



XXXII CONGRESSO BRASILEIRO DE
CIRURGIA

28/04 a 01/05/2017 - SÃO PAULO - SHERATON WTC

RESUMOS DOS TRABALHOS APRESENTADOS DURANTE O CONGRESSO

- **APRESENTAÇÃO ORAL**
- **PÔSTER**
- **VÍDEO**

São Paulo, Abril de 2017



XXXII CONGRESSO BRASILEIRO DE
CIRURGIA

28/04 a 01/05/2017 - SÃO PAULO - SHERATON WTC

APRESENTAÇÃO ORAL

CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 589

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: UTILIZAÇÃO DA TIREOIDECTOMIA TOTAL NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS BENIGNAS DA TIREÓIDE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FRANKLIN VIEIRA DE ALMEIDA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), RAFAEL RIBEIRO BARCELOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), THIAGO DE AGUIAR VALLADÃO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), LIA ROQUE ASSUMPCAO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MIGUEL DE MIRANDA GONCALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MARIA CRISTINA ARAUJO MAYA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO)

RESUMO: Objetivo: As patologias benignas da tireóide são muito prevalentes e a melhor estratégia de manejo cirúrgico varia em função da experiência do Serviço e do perfil dos pacientes. A tireoidectomia total é reservada, classicamente, para o tratamento das neoplasias malignas da tireóide, mas em casos de extenso acometimento da glândula indica-se, no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ (HUPE), a realização de tireoidectomia total. O objetivo é avaliar o resultado do emprego da tireoidectomia total no tratamento das patologias benignas da tireóide. Método: Estudo retrospectivo através de revisão de prontuários dos pacientes submetidos a tireoidectomia total para tratamento de doenças benignas da tireóide no HUPE, no período de 2012 a 2016. Foram avaliados gênero, laudos histopatológicos, complicações intra operatórias, hipocalcemia no pós operatório imediato, hematoma, necessidade de traqueostomia, disfonia e infecção de ferida operatória. Resultados: Foram avaliados 96 pacientes no total, sendo a maioria do sexo feminino (85,54%). As patologias mais prevalentes foram hiperplasia nodular (83,33%) e Adenoma Folicular (8,33%). Não houve nenhuma complicação intra operatória significativa (0%). Com relação às complicações pós operatórias, foram identificados um caso de hematoma (1,04%), um caso de traqueostomia (1,04%), um caso de pneumonia por broncoaspiração (1,04%), três casos de disfonia permanente (3,12%), nenhum caso de infecção de ferida operatória (0%), e sessenta e oito casos de hipocalcemia transitória (70,84%). Conclusões: A tireoidectomia total mostrou-se um procedimento seguro e eficaz no tratamento de casos selecionados de pacientes que apresentam patologia benigna da tireóide em que haja acometimento de quase toda a glândula.

PALAVRAS-CHAVES: Tireoidectomia | Benigna | Complicações

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 622

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Linfonodos do nível VI: estudo anatômico dos linfonodos localizados entre o nervo laríngeo recorrente e a artéria carótida comum direita

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAMIR OMAR SALEH (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), FLAVIO CARNEIRO HOJAIJ (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), MAURO FIGUEIREDO CARVALHO DE ANDRADE (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), FLAVIA EMI AKAMATSU (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CRISTINA PIRES CAMARGO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ANA MARIA ITEZEROTI (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), KASSEM SAMIR SALEH (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ALFREDO LUIZ JACOMO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar uma área específica, não descrita pelos compêndios anatômicos, do compartimento central do pescoço, no nível VI, sede de metástase/recidiva do carcinoma papilífero da tireoide. O objetivo desse estudo foi comparar dados antropométricos e demográficos com a presença ou não de linfonodos nesta região. MÉTODOS: Foram dissecadas 32 regiões cervicais à direita de cadáveres não formalizados, até a exposição da região localizada entre o nervo laríngeo recorrente direito e as artérias carótida comum direita e tireóidea inferior direita, com subsequente ressecção do tecido fibrogorduroso dessa região para análise dos linfonodos após preparação específica para esse fim. RESULTADOS: As características demográficas da população estudada foram: idade, sexo, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), raça e dados antropométricos. Há presença de linfonodos em 68,75% dos casos, com média de $1,65 \pm 0,29$ linfonodos por cadáver. Presença de linfonodos em cadáveres classificados como normolíneos, pelo teste exato de Fischer ($p=0,03$) e da raça branca, pelo teste exato de Fischer ($p=0,04$). Não se observou relação entre IMC e a presença de linfonodos, pelo teste de Sperman ($p=0,461$). CONCLUSÕES: A presença de linfonodos foi confirmada. Houve correlação antropométrica com presença de linfonodos nos cadáveres considerados normolíneos ($p=0,03$) e da raça branca ($p=0,04$). BIBLIOGRAFIA: 1- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *Ca Cancer J Clin.* 2016;66:7-30. 2- Tufano RP, Clayman G, Heller KS, Inabnet WB, Kebelew E, Shaha A, Steward DL, Tuttle RM. Management of recurrent/persistent nodal disease in patients with differentiated thyroid cancer: A critical review of the risks and benefits of surgical intervention versus active surveillance. *Thyroid.* 2015; 25:15-27. 3- Tavares MR, Cruz JAS, Waisberg DR, Toledo SPA, Takeda FR, Cernea CR, Capellozzi VL, Brandão LG. Lymph node distribution in the compartment of the neck: An anatomic study. *Head Neck.* 2014;36:1425-30. 4- Ofo E, Thavaraj S, Cope D, Barr J, Kapoor K, Jeannon JP, Oakley R, Lock C, Odell E, Simo R. Quantification of lymph nodes in the central compartment of the neck: a cadaveric study. *Eur Arc Otorhinolaryngol.* 2016;273:2773-78. 5- Capelli FA. Quantificação dos linfonodos em espécimes de esvaziamento cervical: estudo morfológico [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

PALAVRAS-CHAVES: glândula tireóide | carcinoma papilar | nervos laringeos

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 913

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Paratireoidectomia para doenças benignas no Brasil: Panorama dos últimos 8 anos no SUS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISADORA DE PAULA RAMOS (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), LIA ROQUE ASSUMPÇÃO (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), MARIA CRISTINA ARAUJO MAYA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

RESUMO: Objetivo: O Brasil é um país de dimensão continental, com uma economia que despontou na última década, mas que, desde 2013, tem enfrentado desafios. Embora o direito à saúde pública e gratuita seja garantido pela constituição brasileira, há grande desigualdade na assistência e tratamento cirúrgicos por todo o país, onde algumas regiões, como Sul e Sudeste, se encontram mais desenvolvidas que as demais. O presente estudo objetiva descrever o acesso à paratireoidectomia (PTX) no SUS na abordagem de doenças benignas ao longo dos últimos 8 anos, bem como as disparidades regionais em geral. Método: Um estudo transversal a partir dos registros do DATASUS foi conduzido a partir da identificação de hospitalizações por PTX benignas entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2015. Os dados incluíram informações sobre a região de residência do paciente no momento da admissão, além dos óbitos registrados com os códigos E21 (hiperparatireoidismo primário) e N25.8 (hiperparatireoidismo secundário) do CID-10. Resultados: Entre 2008 e 2011 foram realizadas 2.600 PTX, observando um aumento de 56,9% das PTX neste triênio. No entanto, apesar de o período entre 2012 e 2015 apresentar o número absoluto de 2.927 PTX, houve uma redução de 8,9% das mesmas em todo o país. As disparidades regionais se apresentaram conforme a proporção de PTX realizadas nas regiões Sul e Sudeste, que representaram 77,9% de todas as PTX no Brasil, ao longo de todo período analisado. Para o código E21 notou-se um acréscimo de 27% em números absolutos dos óbitos relacionados à doença, entre 2008 e 2011, enquanto que para o código N25.8 houve uma queda de 41,7% no mesmo período. Já em relação ao período de 2012 à 2015, os óbitos relativos ao código E21 caíram 7,2%, ao passo que, para o N25.8, apresentou-se um aumento de 94,2%. Conclusão: A assistência em saúde do SUS, melhorou o acesso especificamente para a PTX nas doenças benignas. Contudo, a mesma sofreu uma leve redução a partir de 2012. Dificuldades de financiamento e disparidades regionais no acesso à cirurgia permanecem sendo o principal obstáculo para brasileiros com doença das paratireoides, principalmente para os portadores de hiperparatireoidismo secundário.

PALAVRAS-CHAVES: Paratireoidectomia | Hiperparatireoidismo secundário | Hiperparatireoidismo primário

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 938

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES DA TRANSPOSIÇÃO VISCERAL POS FARINGOLARINGOESOFAGECTOMIA CIRCULAR NO CARCINOMA AVANÇADO DA HIPOFARINGE E ESÓFAGO CERVICAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO (PUC CAMPINAS), JOSE FRANCISCO SALLES CHAGAS (PUC CAMPINAS), MARIA BEATRIZ NOGUEIRA PASCOAL (PUC CAMPINAS), LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO (PUC CAMPINAS), DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA (PUC CAMPINAS), FERNANDA FRUET (PUC C AMPINAS), FELIPE RAULE MACHADO (PUC CAMPINAS), JOÃO PAULO ZENUM RAMOS (PUC CAMPINAS)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar as complicações da reconstrução faringo esofágica pela transposição visceral pos faringolaringoesofagectomia (FLE) cervical circular em uma serie de pacientes com carcinoma de hipofaringe(HF) e esofago cervical(EC).METODO: Julho de 1996 a Dezembro de 2016, 74 pacientes com carcinoma espinocelular de HF e EC foram submetidos a faringolaringoesofagectomia circular cervical/toracica com esvaziamento cervical uni ou bilateral. Houve predominio do sexo masculino em 59p(78,3%), com idade variavel de 53 a 74anos. Os pacientes foram divididos em 2 GRUPOS :A- 45p(60,8%) submetidos a FLE cervical sendo que em 41p a reconstrução foi realizada com tubo gastrico isoperistaltico de grande curvatura (TGI) e 4p com retalho microcirurgico de jejuno. GRUPO B:29p(39,2%) submetidos a FLE total com ressecçõ do esofago toracico, sendo a reconstrução do transito realizada com o estomago em 27p e com o coloo em 2p.RESULTADOS: COMPLICAÇÕES SISTEMICAS: GRUPO A: 6p(13,3%)(CV- 2;Pulmonar -3;Sepsis -1), com obito em 1p(2,2%) . GRUPO B:12p(42,7%) (CV-4; Pulmonar -7; CIVD -1) com obito em 3p(10,3%). COMPLICAÇÕES LOCAIS: GRUPO A: 26p(57,7%) (Deiscência/estenose da anastomose glossogastrica/jejunal-24p; necrose parcial/total TGI-2p com obito em 1p(2,2%). GRUPO B:11p(37,9%) (Deiscência/estenose da anstomose glossogastrica/colo -8p; Necrose gastrica parcial-2p; lesão traqueal-1p) com obito em 1p(3,4%).CONCLUSÕES: A reconstrução com TGI e a transposição gastrica/colo são procedimentos com alto indice de morbidade mas com boa resolutividade , tendo proporcionado um resgate da deglutição de maneira satisfatoria na maioria dos pacientes em que se conseguiu realizar seguimento . A transposição gastrica/colo apresentou maior indice de complicações sistemicas por necessitar da ressecção esofagica por via transmediastinal

PALAVRAS-CHAVES: Faringolaringectomia circular | Transposição visceral | Carcinoma de hipofaringe

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1043

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: PROVA ELETRONICA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ALESSANDRA FREIRE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), NATÁLIA ALMEIDA FALCÃO COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WELLINGTON ALVES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUIS ALBERTO ALBANO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Na Universidade Federal do Ceará, há 12 anos funciona semestralmente a Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço de forma opcional para os alunos do oitavo semestre, com a duração de duas semanas. Possui aulas teóricas e práticas nos ambulatórios e enfermarias do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Wálter Cantídio. Pensando em tornar a metodologia de avaliação mais próxima com a realidade que o estudante será cobrado na sua vida profissional, foi elaborado pelos professores da Disciplina uma nova forma de avaliação informatizada, que permite a utilização de fotos e vídeos em questões que se tornam mais interativas do que no modelo habitual impresso. Usar computadores para avaliação não é uma ideia nova, mas, como a tecnologia da informação tem se tornado cada vez mais importante para o ensino da medicina, os computadores estão se tornando um meio estabelecido de avaliação dos alunos. OBJETIVOS: Avaliar a utilização da prova eletrônica na disciplina optativa de cirurgia de cabeça e pescoço para os estudantes de Medicina. METODOLOGIA: Estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado em junho de 2011 após a prova final da disciplina, utilizando um questionário com 10 questões objetivas aplicado a todos os 19 estudantes que cursaram a disciplina optativa. A prova eletrônica foi elaborada pelos professores da disciplina utilizando fotos e vídeos de casos clínicos reais do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HUWC, abordando o diagnóstico, a conduta das principais patologias da cirurgia de cabeça e pescoço. RESULTADOS: A prova eletrônica foi bem avaliada pelos estudantes. 94% dos alunos aprovaram a metodologia de avaliação e 78% consideram que esse novo modelo poderia substituir o tradicional. Todos afirmaram que a prova eletrônica é compatível com o conteúdo da disciplina. A maioria dos estudantes (90%) avaliou o conteúdo teórico da disciplina de forma positiva: 50% o consideraram ótimo e 40% o consideram bom. CONCLUSÃO: A prova eletrônica é um novo modelo de avaliação para o curso de Medicina e foi bem aceita na disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, pois o aluno é avaliado de uma forma mais próxima com o que foi visto nos ambulatórios e enfermarias e que será cobrado em sua vida profissional.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO | ENSINO | AVALIAÇÃO

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1061

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: RESSECÇÃO CRANIOFACIAL DE TUMORES DA BASE DO CRANIO - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO DA UFC

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MARCOS RABELO DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL FREIRE DE FIGUEIREDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As ressecções craniofaciais são abordagens cirúrgicas multidisciplinares para tratamento de tumores benignos ou malignos que se originam na base do crânio. A variedade de condições patológicas e a baixa frequência desses tumores tornam difícil o estabelecimento de comparações entre as diversas séries. OBJETIVO: O objetivo do estudo é definir os aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes, analisar o tipo de tratamento realizado, o tipo de reconstrução e os índices de complicação, a sobrevida livre de doença, específica e a global de todos os pacientes portadores de neoplasia maligna de cabeça e pescoço submetidos à cirurgia craniofacial e acompanhados pelo Serviço. CASUÍSTICA E MÉTODO: Estudo longitudinal de caráter retrospectivo, descritivo, em que foram incluídos todos os pacientes portadores de neoplasia maligna acometendo a base do crânio submetidos a ressecção craniofacial no período de março de 2002 à março de 2012. Os casos em que não foi possível encontrar todos os dados do paciente foram excluídos. A ressecção foi considerada craniofacial quando houve pelo menos exposição da Duramáter. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUWC UFC. RESULTADOS / CONCLUSÕES: No período analisado, foram realizadas 53 cirurgias em 51 pacientes. O follow up médio foi de 31 meses. 74,5% dos pacientes eram do sexo masculino, a idade média foi 57 anos, mínima de 12 e máxima de 86. 72,5% das lesões eram de pele e 11,8% do seio maxilar. 58,8% das lesões acometiam a fossa anterior do crânio e 33,3% o osso Temporal. Quanto ao tipo histológico, o mais prevalente foi o CBC, responsável por 41,2% dos casos, e o CEC por 33,3%. 45,1% dos pacientes (23 casos), realizaram tratamento prévio, 17 deles cirurgia e 6 radioterapia. A sobrevida global em 5 anos foi 48%, e os fatores prognósticos estatisticamente significativos (p

PALAVRAS-CHAVES: CANCER DE PELE | base do crânio | cirurgia crânio-facial

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1281

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Qualidade de vida de pacientes em período pós-operatório de tireoidectomia por cancer ou por doença benigna da tireoide

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANTONIO JOSE GONÇALVES (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARIANNE Y. NAKAI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), WILLIAM KIKUCHI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ALEXANDRE BABÁ SUEHARA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), NORBERTO KODI KAVABATA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCELO BENEDITO MENEZES (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: O câncer diferenciado e as doenças nodulares benignas da glândula tireoide compartilham semelhança em relação ao tratamento, que consiste, na maioria das vezes, na realização da tireoidectomia total ou parcial. De maneira geral, pode-se dizer que o câncer é uma das condições que mais afeta a integridade psicológica do paciente, especialmente devido ao estigma que persiste sobre a doença. Favorecendo para o surgimento de sintomas de ansiedade, depressão, que são tidos como os principais responsáveis por prejuízos na qualidade de vida do paciente oncológico. Mesmo o câncer diferenciado da tireoide sendo considerado uma doença de comportamento biológico favorável, esses pacientes não estão livres do sofrimento emocional imposto pelo estigma do câncer. Porém, os aspectos relacionados ao bem-estar psicológico desses pacientes é pouco estudado, existindo a necessidade de uma maior clareza e aprofundamento em relação a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como a qualidade de vida de pacientes tratados por câncer diferenciado da tireoide. Considerando-se esse panorama teórico, a pesquisa apresentada nesta dissertação teve como objetivos avaliar e comparar a presença de sintomas de ansiedade, depressão e a qualidade de vida de pacientes submetidos à tireoidectomia por câncer e doença benigna. A amostra foi composta por 64 pacientes submetidos à tireoidectomia total, divididos em dois grupos, grupo A (câncer) e grupo B (benigno). Foram utilizados como instrumentos de investigação uma ficha de caracterização sociodemográfica, Inventário de Ansiedade de Beck ? BAI, Inventário de Depressão de Beck ? BDI e Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida ? WHOQOL ? bref. Por meio da análise quantitativa dos dados, foi possível concluir que os pacientes do grupo A (câncer) apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão, assim como piores níveis de qualidade de vida, com significância estatística, em relação ao grupo B (benigno).

PALAVRAS-CHAVES: psicologia | tireoidectomia | qualidade de vida

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1287

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: TRAQUEOSTOMIA CONVENCIONAL FORA DO CENTRO CIRÚRGICO: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANNE Y. NAKAI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANTONIO JOSE GONÇALVES (SANTA CASA DE SÃO PAULO), WILLIAM KIKUCHI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ALEXANDRE BABÁ SUEHARA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), NORBERTO KODI KAVABATA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCELO BENEDITO MENEZES (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: OBJETIVO Descrever a experiência do serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de São Paulo com traqueostomias convencionais realizadas fora do ambiente de centro cirúrgico de 2013 a 2016. MÉTODO Estudo retrospectivo em que foram analisados, no período de janeiro de 2013 a outubro de 2016, o banco de dados de 541 pacientes do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Irmandade da Santa Casa de São Paulo, que foram submetidos à traqueostomia cirúrgica, à beira do leito em Unidade de Terapia Intensiva e leitos de pronto socorro. A técnica realizada foi traqueostomia subtireoidiana aberta, com incisão na traqueia na segunda ou terceira membrana traqueal sob anestesia e sedação. RESULTADOS Foi obtida uma amostra de 534 pacientes. A média de idade da população estudada foi de 55,7 anos, com predomínio do sexo masculino (62%). A principal indicação de traqueostomia foi intubação orotraqueal prolongada (99,4%). Apenas nove sofreram complicações (1,66%), sendo descritos 6 indivíduos com sangramento, um paciente com decanulação acidental, um com lesão traqueal e um óbito (por instabilidade hemodinâmica durante o procedimento). CONCLUSÃO A traqueostomia cirúrgica realizada à beira do leito é uma opção viável, segura e de menor custo, inclusive no ambiente de Terapia Intensiva, desde que se respeite requisitos mínimos para materiais, segurança e padronização da técnica cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: TRAQUEOSTOMIA | beira do leito | Terapia Intensiva

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1868

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ASSOCIAÇÃO ENTRE CARCINOMA DE PARATIREOIDE E PARATORMÔNIO EM PACIENTES COM HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ADRIANA TERUMI SHIMOZONO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MARIANA JUNQUEIRA REIS ENOUT (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), LARISSA IZUMI FUJII (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), THATIANA GUERRIERI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), RODRIGO OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MURILO CATAFESTA DAS NEVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O hiperparatireoidismo primário é uma desordem hipercalcêmica decorrente de um aumento inapropriado da secreção do paratormônio (PTH). Uma de suas causas é o carcinoma de paratireoide. Trata-se de uma neoplasia maligna rara com apresentação clínica semelhante às afecções benignas. Contudo, seu prognóstico é desfavorável com altas taxas de recidiva e persistência. OBJETIVOS: Avaliar se pacientes que apresentam valores elevados de PTH (acima de 1000 pg/mL) apresentam maior incidência de carcinoma de paratireoide. O objetivo deste estudo visa aumentar o grau de suspeição clínica pré-operatória para reduzir a taxa de recidiva e conseqüentemente, a morbimortalidade. CASUÍSTICA E MÉTODOS: Estudo individual, observacional de coorte com aferição retrospectiva de pacientes que apresentaram hiperparatireoidismo primário e foram submetidos à cirurgia de paratireoidectomia durante o período compreendido entre 2000 a 2016. RESULTADOS: Foram encontrados 239 pacientes elegíveis para o estudo. Os níveis de PTH variaram de 55 a 2800 pg/mL. Para avaliar associação estatística entre os valores de PTH e a incidência de carcinoma de paratireoide, a amostra foi dividida em dois grupos (PTH<1000 pg/mL). 199 pacientes (83,2%) apresentavam-se no primeiro grupo, enquanto que 40 pacientes (16,7%) encontravam-se no segundo grupo. Quanto ao resultado de anatomia patológica da peça cirúrgica, 147 pacientes (61,5%) apresentavam adenoma, adenoma atípico foi encontrado em 8 pacientes (3,3%) e 63 (26,3%), hiperplasia. Em 11 pacientes (4,6%) foi observada paratireoide normal e 10 pacientes (4,2%) apresentavam carcinoma de paratireoide. Houve associação estatisticamente significativa ($p=0,002$) entre PTH elevado (PTH>1000 pg/mL) e frequência de carcinoma nos pacientes com hiperparatireoidismo primário. CONCLUSÃO: O nível de PTH elevado acima de 1000 pg/mL está associado com a maior incidência de carcinoma de paratireoide, sendo, portanto, um importante marcador de suspeição clínica. No entanto, visto tratar-se de uma doença rara, o carcinoma de paratireoide permanece como um desafio diagnóstico e terapêutico. BIBLIOGRAFIA:1) Santos RO, Ohe MN, Neves MC. Hiperparatireoidismo. In: Ganança FF, Pontes P. Manual de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Barueri: Manole, 2011;2) Quinn CE, Healy J, Lebastchi AH, et al. Modern Experience with Aggressive Parathyroid Tumors in a High-Volume New England Referral Center. J Am Coll Surg. 2015 Jun; 220(6):1054-62.

PALAVRAS-CHAVES: Hiperparatireoidismo primário | Paratireoidectomia | Carcinoma de paratireoide

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1909

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Prevalência da associação de hiperparatireoidismo primário e doença tireoidiana em um serviço terciário

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARISSA IZUMI FUJII (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), THATIANA GUERRIERI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), ADRIANA TERUMI SHIMOZONO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MARIANA JUNQUEIRA REIS ENOUT (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), RODRIGO OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MURILO CATAFESTA DAS NEVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: O hiperparatireoidismo primário (HPTP) é um estado hipercalcêmico decorrente de uma hiperfunção de uma ou mais glândulas paratireoides. Sua frequência aumentou após a dosagem rotineira de cálcio sérico, sendo encontrada principalmente em mulheres na pós-menopausa. Outra patologia comum na prática clínica é o nódulo tireoideano, chegando a uma prevalência ao exame ultrassonográfico de até 68%. Por essa frequência aumentada, a associação destas duas anormalidades representa um desafio na tomada de decisão clínica e cirúrgica. Objetivo: Avaliar a prevalência da associação de HPTP e doenças tireoideanas, assim como suas características, em um Serviço Universitário Terciário. Métodos: Estudo de coorte retrospectivo onde foram analisados 214 prontuários de pacientes com HPTP submetidos a paratireoidectomia em um período de 17 anos. Resultados: Dos 214 pacientes 172 eram mulheres e 42 homens, com uma média de idade de 56,9 anos. Em 87 casos houve necessidade de abordagem cirúrgica da tireóide. O resultado anatomopatológico evidenciou o bócio em 47 dos doentes (22%) seguido pelo carcinoma papilífero em 24 (11,2%), tecido tireoideano normal em 15 (7%) e 1 (1%) caso de hiperplasia das células C. Dos diagnosticados com carcinoma papilífero 21 eram microcarcinomas, representando 9,8%. Conclusão: A concomitância de HPTP e doença tireoidiana apresenta alta prevalência e, apesar da doença benigna ser a mais frequente, o câncer de tireoide pode estar presente em até 10% dos casos. Por isso recomendamos que durante a avaliação do HPTP atenção também seja dada a glândula tireoide, para melhor planejamento cirúrgico e terapêutico. Bibliografia: 1. Wilhelm SM, Wang TS, Ruan DT, et al. The American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for Definitive Management of Primary Hyperparathyroidism. JAMA Surg 2016;151(10):958-9682. Bandeira L and Bilezikian J. Primary Hyperparathyroidism. F1000Research 2016 5(F1000 Faculty Rev):1

PALAVRAS-CHAVES: Hiperparatireoidismo primário | Paratireoidectomia | Doença tireoidiana

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1967

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Infecção dos espaços profundos do pescoço: análise de 318 casos e proposta de algoritmo de conduta

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE BABÁ SUEHARA (SANTA CASA DE SAO PAULO), CAROLINE SCHMIELE NAMUR (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), NORBERTO KODI KAVABATA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), WILLIAM KIKUCHI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANDRÉ AFONSO NIMTZ RODRIGUES (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI), MARCELO BENEDITO MENEZES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANTONIO JOSE GONÇALVES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARIANNE Y. NAKAI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: Identificar os fatores preditivos de letalidade e complicações das infecções dos espaços profundos do pescoço com o intuito de estabelecer um tratamento mais agressivo antes de sua evolução para a mediastinite ou complicações graves, e propor uma diretriz de conduta para o seu diagnóstico e tratamento. Método: Estudo retrospectivo de 318 casos, tratados pela Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da FCMSCSP, onde foram analisados dados demográficos, as doenças associadas, a apresentação clínica, os exames laboratoriais, o tempo de permanência hospitalar, o número de espaços anatômicos acometidos, os achados cirúrgicos e a microbiologia, no intuito de estabelecer fatores de predição de letalidade e complicações graves dessas infecções cervicais. Resultados: Por meio de análise regressão logística, obtivemos que a presença de choque séptico apresenta risco de morte em 50%. Quanto ao risco de ocorrência de complicações, identificamos que o acometimento de mais de 02 espaços cervicais e idade mais avançada tem mais complicações. A fasciite necrosante e o derrame pleural foram identificados como fatores de risco para mediastinite. Conclusões: O fator preditivo de morte é a presença de choque séptico. Os fatores preditivos de complicações são a idade e/ou a presença de três ou mais espaços anatômicos acometidos pela infecção. A fasciite necrosante é um fator importante para ocorrência de complicações e mediastinite descendente com taxa alta de letalidade alta. Bibliografia: Alotaibi N, Cloutier L, Khaldoun E, Bois E, Chirat M, Salvan D. Criteria for admission of odontogenic infections at high risk of deep neck space infection. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2015 Nov;132(5):261-4. Filiaci F, Riccardi E, Mitro V, Piombino P, Rinna C, Agrillo A, Ungari C. Disseminated necrotic mediastinitis spread from odontogenic abscess: our experience. *Ann Stomatol (Roma).* 2015 Jul 28;6(2):64-8. Staffieri C, Fasanaro E, Favaretto N, La Torre FB, Sanguin S, Giacomelli L, Marino F, Ottaviano G, Staffieri A, Marioni G. Multivariate approach to investigating prognostic factors in deep neck infections. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2014 Jul;271(7):2061-7. Celakovsky P, Kalfert D, Tucek L, Mejzlik J, Kotulek M, Vrbacky A, Matousek P, Stanikova L, Hoskova T, Pasz A. Deep neck infections: risk factors for mediastinal extension. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2014 Jun;271(6):1679-83.

PALAVRAS-CHAVES: infecção cervical | complicação | algoritmo

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1982

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ACHADOS CITOPATOLÓGICOS DE PUNÇÃO ASPIRATIVA DE PACIENTES COM CÂNCER DE TIREÓIDE SUBMETIDOS A TIREOIDECTOMIA TOTAL NO HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO PAMPOLHA GUERREIRO (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), BRUNO LOMBARDI FARIAS (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), JAQUELINE GOMES DA SILVEIRA (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), REBECA MARIA DE OLIVEIRA DIAS (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), ALFIO JOSE TINCANI (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), HUGO KENZO AKASHI (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), ANTONIO SANTOS MARTINS (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), ANDRE DEL NEGRO (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP))

RESUMO: OBJETIVO A análise citológica de nódulos tireoidianos por punção aspirativa por agulha fina (PAAF) utiliza a Classificação de Bethesda para prever o risco de malignidade. No entanto, tem sido observada divergência entre resultados cito e anatomopatológicos na literatura. O objetivo deste estudo foi avaliar a citologia pré-operatória e correlacionar com o resultado anatomopatológico. MÉTODO Foram incluídos 218 pacientes que apresentavam PAAF pré-operatória, operados de janeiro de 2013 a junho de 2016 no Hospital Estadual Sumaré. Os pacientes foram divididos em 2 grupos segundo o sistema de Bethesda ? PAAF não maligna (I a IV) e PAAF maligna (V e VI) ? para serem calculados: valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN), e falso positivo (FP) e negativo (FN). RESULTADOS A correlação entre malignidade ao anatomopatológico e a classificação de Bethesda foi a seguinte: Bethesda I ? 2/27 (7,41%); Bethesda II ? 16/112 (14,29%); Bethesda III ? 12/40 (30%); Bethesda IV ? 5/15 (33,33%); Bethesda V ? 11/15 (73,33%); Bethesda VI ? 9/9 (100%). O VPP da PAAF para malignidade foi de 83,33%; e o VPN 81,96%. A taxa de FP foi de 1,83% e de FN de 16,06%. CONCLUSÃO Houve prevalência de câncer acima do esperado pela Classificação de Bethesda nas categorias I a III. BIBLIOGRAFIA Pustaszzeri M, Rossi ED, Auger M et al. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: Proposed Modifications and Updates for the Second Edition from an International Panel. Acta Cytologica 2016;60:399-405 Misiakos EP, Margari N, Meristoudis C et al. Cytopathologic diagnosis of fine needle aspiration biopsies of thyroid nodules. World J Clin Cases 2016; 4(2): 38-48 Ugurluoglu C, Dobur F, Karabagli P et al. Fine needle aspiration biopsy of thyroid nodules: cytologic and histopathologic correlation of 1096 patients. Int J Clin Exp Pathol. 2015; 8(11): 14800-14805 Krauss EA, Mahon M, Fede JM et al. Application of the Bethesda Classification for Thyroid Fine-Needle Aspiration: Institutional Experience and Meta-analysis. Arch Pathol Lab Med. 2016 Oct;140(10):1121-31 Lee YB, Cho YY, Jang JY. Current status and diagnostic values of the Bethesda system for reporting thyroid cytopathology in a papillary thyroid carcinoma-prevalent area. Head Neck. 2017 Feb;39(2):269-274 Straccia P, Rossi ED, Bizzarro T et al. A Meta-Analytic Review of the Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: Has the Rate of Malignancy in Indeterminate Lesions Been Underestimated? Cancer (Cancer Cytopathol) 2015;123:713-722

PALAVRAS-CHAVES: neoplasia de tireoide | classificação Bethesda | Punção Aspirativa por Agulha Fina PAAF

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2083

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: PERFIL DA PATOLOGIA CIRÚRGICA DA TIREOIDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA: 7 ANOS DE CASUÍSTICA (2010-2016)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL VIEIRA MARTINS DE SIQUEIRA (FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), LARISSA MATOS RODRIGUES DE BRITO (FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), GUILHERME DE CARVALHO CALDAS (FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), GUSTAVO HENRIQUE TAKANO (FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), FABIANA PIRANI CARNEIRO (FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), LEONORA MACIEL DE SOUZA VIANNA (FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

RESUMO: OBJETIVO: Delinear o perfil da patologia de tireoide no Hospital Universitário de Brasília (HUB) entre 2010-2016, à partir da análise das biópsias do arquivo do laboratório de Anatomia Patológica e dos prontuários do arquivo nosológico. MÉTODOS: Análise retrospectiva de 280 biópsias e prontuários e estudo estatístico com o software IBM-SPSS. RESULTADOS: Em 263 casos analisados o sexo feminino predominou com 90,5% sendo a média de idade 44,16 anos. O diagnóstico clínico (DC) (n=261) mais frequente foi Bócio, com 45,6% dos casos, seguido de Nódulo a esclarecer com 23,8% e Neoplasias com 19,1%. A citologia (n=168) teve 5,8% de Bethesda I (BI), 34,5% de BII, 11,7% de BIII, 21,6% de BIV, 5,3% de BV e 21,1% BVI. O procedimento cirúrgico (n=274) foi tireoidectomia total em 58,2% dos casos, parcial em 39,2% e totalização em 2,6%. Os diagnósticos anatomo-patológicos(DAP) (n=268) mais frequentes foram Hiperplasia Nodular(HN) 46,4%, Carcinoma Papilífero(CP) 20,5%, e Microcarcinoma Papilífero(MCP) 14,9%. O Carcinoma Folicular(CF) representou 2,2%. Correlacionando DC e DAP, dentre os 61 pacientes com DC de Nódulo 23% tiveram o DAP de CP, 4,9% de CF e 42,6% HN. Dentre os 4 pacientes com DC de Carcinoma, 75% foram CP e 25% tireoidite linfocítica. Dentre os 38 pacientes com DC de CP o DAP foi confirmado em 81,5% sendo os demais lesões benignas. Os 7 pacientes de DC de CF tiveram DAP de CP em 42,85% dos casos, MCP em 14,3% e HN em 42,85%, não sendo encontrado nenhum CF neste grupo. Aqueles com DC de Bócio (n=79) tiveram DAP de HN em 68,1%, tireoidite linfocítica em 3,4%, adenoma em 0,9% e neoplasia em 25%. Dentre as citologias laudadas como BII (n=58) 65,5% tiveram DAP de HN e 29,2% de neoplasias; BIII (n=19) 63,2% eram HN e 15,8% neoplasias; BIV (n=37) 40,5% eram HN e 48,6% neoplasias; BV (n=9) 22,2% eram HN e 77,8% neoplasias; BVI (n=35) 5,7% eram HN e 94,3% neoplasias. CONCLUSÕES: Numericamente, o perfil do paciente com patologia de tireoide no HUB tem sexo feminino, 44 anos, sendo respectivamente as patologias benigna e maligna mais frequentes a HN e o CP. A tireoidectomia total foi realizada não somente em lesões com DC de malignidade mas também nos bócios volumosos, ressaltando que em 25% destes foi detectada lesão maligna no DAP. Embora dentre os casos de BII tenhamos encontrado 29% de neoplasias vemos que quanto mais alto o Bethesda maior a incidência de lesão maligna.

PALAVRAS-CHAVES: Tireoidectomia | Patologia | Casuística

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2181

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Efeito da fila cirúrgica de pacientes submetidos a paratireoidectomia por hiperparatireoidismo secundário intratável: análise de sobrevida em um hospital quaternário

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LIA ROQUE ASSUMPÇÃO (UERJ), ISADORA DE PAULA RAMOS (UERJ), MAÍRA DA CRUZ GONÇALVES LEAL (UERJ), MARIA CRISTINA ARAUJO MAYA (UERJ)

RESUMO: Objetivo: Pacientes com hiperparatireoidismo secundário (HTPS) serão submetidos a paratireoidectomia (PTX), variando de 10% a 30%, ao longo de mais de 10 anos de hemodiálise. Poucos centros no Brasil realizam a PTX gerando longa espera até sua realização. O presente estudo objetiva avaliar quais fatores clínicos, laboratoriais e tempo de espera na fila podem impactar na sobrevida dos pacientes operados e daqueles que permanecem em tratamento clínico apesar da indicação de PTX. Método: Estudo observacional de coorte retrospectiva entre 2009 e 2016 onde 44 pacientes foram submetidos a PTX (31) e outros (13) permaneceram com tratamento clínico. Foi realizada comparação das variáveis clínicas e laboratoriais e análise de sobrevida pelos métodos de Kaplan-Meier e regressão pelo modelo de Cox. Resultados: Pacientes submetidos a PTX foram mais jovens (média 44,7 vs 54,3 anos, $p=0,03$), possuíam o PTH (média 2578 vs 1837 pg/ml, $p=0,01$) e produto Cálcio Fósforo (média 66,2 vs 47,5, $p=0,04$) mais altos que os não operados, porém tiveram tempo menor de permanência na fila (mediana 10 vs 22 meses, $p=0,03$). No pós-operatório sete pacientes tiveram complicações clínicas cardiológicas e pulmonares (1 deles evoluiu para óbito) e dois pacientes com complicações cirúrgicas. Os que permanecem na fila têm piora de sobrevida (48 vs 87 meses, $\log\text{-rank}=0,015$) e, em análise por regressão univariada de Cox, quem ficou da fila tem 10 vezes ($p=0,047$) mais chance de morrer, assim como os pacientes que sofreram infarto agudo miocárdio prévio (RR 10,3, $p=0,01$) e pacientes mais idosos (RR 1,1 por cada ano adicional, $p=0,02$). Nenhum desses elementos foi fator independente de morte no modelo Cox multivariado, por provável colinearidade. Conclusão: Pacientes com HTPS e que esperam a cirurgia apesar de já possuírem indicação de PTX possuem um risco bem elevado de morte. Infarto agudo do miocárdio prévio e idade por ano também foram fatores preditores de risco de vida nesta coorte de pacientes. Otimizar a fila de pacientes com HTPS e PTX pode melhorar a sobrevida desta população.

PALAVRAS-CHAVES: hiperparatireoidismo secundário | paratireoidectomia | fila cirúrgica

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2206

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ACHADOS ULTRASSONOGRÁFICOS DE TIREÓIDE PREDITIVOS DE MALIGNIDADE E CORRELAÇÃO COM RESULTADOS ANATOMO PATOLOGICOS DE TIREOIDECTOMIA TOTAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JAQUELINE GOMES DA SILVEIRA (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), BRUNO LOMBARDI FARIAS (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), GUSTAVO PAMPOLHA GUERREIRO (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), REBECA MARIA DE OLIVEIRA DIAS (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), ALFIO JOSE TINCANI (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), HUGO KENZO AKASHI (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), ANTONIO SANTOS MARTINS (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), ANDRE DEL NEGRO (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP))

RESUMO: Introdução: O câncer de tireoide corresponde a 1% de todos os tumores malignos na faixa etária dos 30 aos 74 anos e representa hoje cerca de 2,5% dos casos de câncer no país. Portanto, trata-se de patologia que ganha importância na sua investigação e tratamento. A maioria dos pacientes tem o diagnóstico do câncer tireoidiano realizado após a identificação de nódulos tireoidianos em exames de rotina. O US cervical pode identificar estes nódulos, bem como classificá-los em menor ou maior risco para neoplasia maligna. Objetivo: Analisar as características dos exames ultrassonográficos preditivos de malignidade para selecionar pacientes que necessitam de aprofundar a investigação dos seus nódulos Métodos: Selecionamos 59 pacientes submetidos a tireoidectomia total no Hospital Estadual de Sumaré entre Janeiro de 2013 e Junho de 2016 devido a presença de nódulos tireoidianos cujos diagnósticos finais foram neoplasia de tireóide. Estudamos 107 nódulos suas principais características preditivas de malignidade. Resultados: A hipocogêncidade foi a característica preditiva de malignidade mais prevalente entre os nódulos, presente em 43 nódulos(40,18%), enquanto que a presença de microcalcificações foi o achado menos prevalente, presente em 9 nódulos (8,41%) . A presença de pelo menos uma características suspeita de malignidade no US foi observada em 94 nódulos(87,85%). Observou-se que 17(12,14%) nódulos não apresentaram nenhuma característica preditiva de malignidade. Conclusões: A maioria dos nódulos neoplásicos apresenta pelo menos uma característica ultrassonográfica preditiva de malignidade, o que confirma a importância da realização de um US detalhado, já que permite uma melhor seleção dos pacientes com nódulos tireoidianos que necessitam de investigação detalhada . Bibliografias:1 Seo H, Na DG, Kim JH, Kim KW, Yoon JW.Ultrasound-based risk stratification for malignancy in thyroid nodules: a four-tier categorization system.Eur Radiol 2015;25:2153-2162.2.Perros P,Boelaert K,Colley S,Evans C,Evans RM, Gerrard Ba G, et al.Guidelines for the management of thyroid cancer. Clin Endocrinol (Oxf) 2014;81 Suppl 1:1-122. 3.Na DG, Kim JH, Kim DS, Kim SJ. Thyroid nodules with minimal cystic changes have a low risk of malignancy. Ultrasonography 2016;35:153-158.4.Cheng SP, Lee JJ, Lin JL, Chuang SM, Chien MN, Liu CL.Characterization of thyroid nodules using the proposed thyroid imaging reporting and data system (TI-RADS). Head Neck 2013;35:541-547.

PALAVRAS-CHAVES: Classificação Chamas | tireoidectomia | Ultrassonografia cervical

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2274

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação da função renal em pacientes submetidos à paratireoidectomia por hiperparatireoidismo primário

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS (UNIFESP), ADRIANA TERUMI SHIMOZONO (UNIFESP), MARIANA JUNQUEIRA REIS ENOUT (UNIFESP), THATIANA GUERRIERI (UNIFESO), LARISSA IZUMI FUJII (UNIFESP), RODRIGO OLIVEIRA SANTOS (UNIFESP), MURILO CATAFESTA DAS NEVES (UNIFESO)

RESUMO: Introdução O hiperparatireoidismo primário (HPTP) é uma desordem metabólica hipercalcêmica, resultante da secreção elevada ou inapropriadamente normal do paratormônio. O tratamento cirúrgico é considerado padrão ouro. Vários estudos observaram alteração da função renal nestes pacientes após o procedimento, no entanto os fatores de risco ainda não são conhecidos. Objetivo: Este é um estudo do tipo coorte, cujo objetivo principal é descrever e explorar a variação da função renal no pós-operatório dos pacientes com HPTP submetidos à cirurgia no Hospital São Paulo. O objetivo específico é avaliar quais são os possíveis fatores de risco independentes e dependentes para a queda da função renal. Método: Realizado levantamento documental nos prontuários dos pacientes submetidos à PTX por HPT pela equipe de cirurgia de cabeça e pescoço da Universidade Federal de São Paulo, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG) prévia à cirurgia. Resultados: Foram incluídos 78 pacientes, sendo a maior parte (84,6%) do sexo feminino. Os níveis médios de cálcio total e ionizável pré-operatório foi de 11,7 mg/dL e 1,61 mmol/L para o grupo I (TFG > 60) e de 13,3 mg/dL e 1,72 mmol/L para o grupo II, houve normalização dos níveis de cálcio no pós-operatório. O PTH pré-operatório médio foi de 241 pg/mL no grupo I e de 1008,5 pg/mL no grupo II, já a creatinina pré-operatória de 0,76 mg/dL e de 2,42 mg/dL para os grupos I e II (TFG de 90,4 e 31,9 mL/min/1.73 m² respectivamente). Ambos os grupos apresentaram piora significativa da função renal nas primeiras 48 horas, com recuperação gradual, mas não total dos níveis de creatinina e da taxa de filtração glomerular. Conclusão: A queda rápida e acentuada do PTH parece induzir a uma insuficiência renal transitória, independente da função renal prévia dos pacientes, principalmente nos primeiros 4 dias após a cirurgia, havendo tendência de normalização da função renal ainda no primeiro mês, porém sem completa recuperação no primeiro ano após a cirurgia. Bibliografia: 1- Khan, A.A., Hanley, D.A. et al. Primary hyperparathyroidism: review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian and international consensus. *Osteoporos Int* (2016). 2- Felsenfeld AJ, Levine BS, Kleeman CR. Fuller Albright and our current understanding of calcium and phosphorus regulation and primary hyperparathyroidism. *Nefrologia (English Version)* 2011;31:346-57

PALAVRAS-CHAVES: Hiperparatireoidismo | Paratireoidectomia | Taxa de Filtração Glomerular

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2285

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS CITOLÓGICO E PATOLÓGICO EM PACIENTES SUBMETIDOS A TIREOIDECTOMIA TOTAL POR NÓDULOS BETHESDA III NO HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA MARIA DE OLIVEIRA DIAS (UNICAMP), ANDRE DEL NEGRO (UNICAMP), HUGO KENZO AKASHI (UNICAMP), ALFIO JOSE TINCANI (UNICAMP), ANTONIO SANTOS MARTINS (UNICAMP), GUSTAVO PAMPOLHA GUERREIRO (UNICAMP), FERNANDA TELLES SALLES (UNICAMP), JAQUELINE GOMES DA SILVEIRA (UNICAMP)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar o índice de malignidade da PAAF Bethesda classe III (lesões foliculares com atipias de significado indeterminado) nos pacientes submetidos a tireoidectomia total no Hospital Estadual de Sumaré (HES). MÉTODOS: Análise retrospectiva dos 47 pacientes submetidos a tireoidectomia total de 2009 a 2016 com achados citológicos compatíveis com classificação III de Bethesda, avaliação descritiva dos achados histológicos, ultrassonográficos, intra-operatórios e aspectos clínicos (exposição à radiação e hipo/hipertireoidismo), e cálculo da incidência de neoplasias nesses pacientes. RESULTADO: Dos 47 pacientes com citologia Bethesda III submetidos a tireoidectomia total, foram diagnosticados 13 (28%) pacientes com neoplasia de tireoide e 34 (72%) com achados benignos. Dos pacientes com histologia evidenciando neoplasia 10 são mulheres e 3 são homens (100% do total de homens do estudo). A cirurgia foi realizada em 7 (53%) pacientes por nódulos > 2 cm, 4 (30%) apresentavam sintomas compressivos, 4 (30%) achados da USG sugestivos de malignidade, 2 (15%) por repunção e apenas 2 (15%) considerados como cancerofobia. Os achados intra-operatórios, como nódulos endurecidos, linfonodos aderidos e aderência da glândula à traqueia ou músculos foram observados em apenas 3 pacientes. 6 pacientes apresentaram hipotireoidismo e 1 hipertireoidismo. Apenas 1 sofreu exposição à radiação. CONCLUSÃO: O índice de malignidade encontrado nos pacientes do estudos com PAAF Bethesda III submetidos a tireoidectomia total no HES é 2 vezes maior que o encontrado na literatura (28% vs 5-15%). Os resultados apontam a necessidade de uma avaliação criteriosa dos pacientes que irão realizar tratamento clínico pelo risco de neoplasia e um seguimento rigoroso com exame de USG e punções seriadas. Considerar a possibilidade de tratamento cirúrgico se alterações nas características da nova PAAF ou do ultrassom. Achados de malignidade no exame de USG e na história clínica do paciente são fatores fundamentais na escolha do melhor tratamento. Straccia P et al. A Meta-Analytic review of the Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. Cancer Cytopathology, 2015; 126 (12): 713-22. Rosário PW et al. Thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: update on the Brazilian consensus. Arq Bras Endocrin Metab vol.57 no.4.2013 Rosmarin M et al. Analysis of Clinical and Ultrasound Features of Thyroid Nodules With Bethesda III Cytology and their Evolution. Rev arg endocrin metab. vol.52 no.1. 2015.

PALAVRAS-CHAVES: TIREOIDE | BETHESDA III | PAAF

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2287

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Laringectomia Parcial Supra Cricóide: Experiência da Unicamp

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA MARIA DE OLIVEIRA DIAS (UNICAMP), BRENO SANTOS AMARAL (UNICAMP), ANDRE DEL NEGRO (UNICAMP), ALFIO JOSE TINCANI (UNICAMP), ANTONIO SANTOS MARTINS (UNICAMP), GUSTAVO PAMPOLHA GUERREIRO (UNICAMP), JAQUELINE GOMES DA SILVEIRA (UNICAMP), FERNANDA TELLES SALLES (UNICAMP)

RESUMO: Objetivo: avaliar resultados funcionais e oncológicos de pacientes submetidos a laringectomia parcial supra-cricóide por tumores de laringe, além de avaliar complicações pós-operatórias bem como complicações pulmonares. Método: Avaliação retrospectiva de 26 pacientes com CEC de laringe glótica e supraglótica entre 2001 e 2016 submetidos a laringectomia parcial supra-cricóide. Resultados: Avaliando os resultados funcionais em relação ao tempo de uso da cânula de traqueostomia, dentre os pacientes estudados, 85% foram decanulados com sucesso, após treinamento e acompanhamento fonoterápico. 4 pacientes não toleraram decanulação. Em todos estes pacientes ambas aritenóides foram preservadas. O tempo médio para retirada da SNE entre os 18 pacientes com ambas aritenóides preservadas foi de 29 dias; para os três pacientes com apenas uma aritenóide preservada a média foi de 28 dias. 92% dos pacientes tiveram a SNE retirada com boa performance na deglutição e com média de utilização pós-operatória de 29 dias, o que está em consonância com as descrições da literatura. Diversos estudos mostram taxa de retirada de SNE entre 92 e 100% com médias de tempo para retirada de 15-70 dias após tratamento cirúrgico. Outros autores também obtiveram resultados semelhantes. 85% dos pacientes foram decanulados com sucesso, sendo que os quatro pacientes que não toleraram a retirada da traqueostomia tiveram ambas aritenóides preservadas. Nossa taxa de decanulação encontra semelhança na literatura, embora alguns serviços tenham apresentados taxas superiores. Para sobrevida, todos os autores referem resultados sobreponíveis entre a laringectomia supra-cricóide e a laringectomia total. Não houve óbito pela doença em nossa série. Conclusão: O tempo para decanulação e de sonda nasoenteral no nosso serviço, bem como as complicações pós-operatórias estão dentro do esperado de acordo com dados da literatura. A preservação das aritenóides é ainda um tema controverso, necessitando novos estudos para definição. Pinar E, Imre A, Calli C et al: Supracricoid partial laryngectomy: analyses of oncologic and functional outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 147: 1093-1098. Nakayama M, Miyamoto S et al: One hundred supracricoid laryngectomies with cricohyoidoepiglottopexy: do we achieve better local control? *Jpn J Clin Oncol* 2015; 45:732-737. Castro A, Sanchez-Cuadrado I et al. Laryngeal function preservation following supracricoid partial laryngectomy. *Head Neck*. 2012 Feb;34(2):162-7.

PALAVRAS-CHAVES: NEOPLASIA DE LARINGE | LARINGECTOMIA | DECANULAÇÃO

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2327

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Análise descritiva da taxa de complicação das traqueostomias de urgência na Santa Casa de São Paulo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KASSEM SAMIR SALEH (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), CAROLINE SCHMIELE NAMUR (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARIANNE Y. NAKAI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), NORBERTO KODI KAVABATA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), HELVECIO DE RESENDE URBANO NETO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ALEXANDRE BABÁ SUEHARA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCELO BENEDITO MENEZES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANTONIO JOSE GONÇALVES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: A Traqueostomia de Urgência é um procedimento invasivo realizado em centro cirúrgico ou no Pronto Socorro (PS) a fim de restabelecer via aérea superior dos pacientes com insuficiência respiratória aguda (IRAg), causada, principalmente, por tumor obstrutivo de via aérea superior, paralisia de pregas vocais, estenose laringotraqueal e decanulação acidental. Objetivo: Descrever a experiência do serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de São Paulo em traqueostomia de urgência. Método: Levantamento das traqueostomias de urgência realizadas de 2013 a 2017, avaliando idade, sexo, diagnóstico inicial e complicações precoces (menos de 7 dias). Resultados: Foram levantados e descritos 135 casos, sendo 109 homens e 26 mulheres subdivididos em categorias como tumor obstrutivo de via aérea superior (117 casos), paralisia de pregas vocais (5), estenose laringotraqueal (9), decanulação acidental (3) e pós laringectomia supraglótica (1) e suas taxas de complicações, sendo, respectivamente, 5,9%, 0, 11,1%, 0 e 0. Observou-se um total de 8 complicações (5,9%), tais como pneumotórax unilateral (2,9%); bilateral (0,74%); enfisema subcutâneo (0,74%); infecção da ferida operatória (0,74%) e perda da cânula (0,74%). 84 traqueostomias foram realizadas em centro cirúrgico, sendo que houve 5 complicações (6,1%) e 51 no PS, com 3 complicações (3,5%). Conclusões: A Traqueostomia de Urgência é procedimento que traz efetiva taxa de sucesso no nosso serviço devido à pequena taxa de complicação de 5,9% em até 7 dias de pós-operatório. Bibliografia: Cheung NH, Napolitano LM. Tracheostomy: epidemiology, indications, timing, technique, and outcomes. *Respir Care*. 2014;59(6):895-915. Añón JM, Araujo JB, Escuela MP, González-Higueras E. Percutaneous tracheostomy in the ventilated patient. *Med Intensiva*. 2014 ;38(3):181-93.

PALAVRAS-CHAVES: traqueostomia de urgência|tumores obstrutivos de via aérea superior|insuficiência respiratória aguda

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2330

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: NÍVEIS DE HORMÔNIO DA PARATIREOIDE APÓS PARATIREOIDECTOMIA EM TRANSPLANTADOS RENAI

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE FERRAZ MAGNABOSCO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CLIMÉRIO PEREIRA DO NASCIMENTO JUNIOR (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), MARÍLIA D'ELBOUX GUIMARÃES BRESCIA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), SERGIO SAMIR ARAP (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), FABIO LUIZ DE MENEZES MONTENEGRO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

RESUMO: OBJETIVO: Comparar os níveis de hormônio da paratireoide (PTH) após paratireoidectomia subtotal (PTXST) ou total com autoenxerto imediato (PTXAE) no tratamento do hiperparatireoidismo persistente após transplante renal bem sucedido (3HPT) MÉTODO: estudo retrospectivo de uma coorte de pacientes com 3HPT submetidos a tratamento cirúrgico de 2013 a 2015, em uma única instituição. Foram pesquisados os níveis de cálcio, fósforo e PTH, nos períodos pré, pós-operatório nos primeiros dias após a operação (PO) e 1 ano após a operação. RESULTADOS: Houve 17 pacientes submetidos à PTXAE e 7, à PTXST, com médias etárias de 52 e 51 anos respectivamente. Os níveis de Cálcio Total (CaT) no pré-operatório foram semelhantes nos dois grupos (10,8 e 10,6 mg/dL), bem como os níveis de fósforo (P) (média de 2,4 mg/dL para os dois grupos) e as medianas de PTH (284 pg/mL no grupo PTXAE e 188 pg/mL no PTXST, $p=0,52$). No PO, houve redução da média da calcemia para 9,9 mg/dL nos dois grupos, com significância estatística no PTXAE. O P elevou-se significativamente para médias de 3,4 mg/dL (PTXAE) e 3,3 mg/dL (PTXST). A mediana do PTH no PO foi de 3,0 pg/mL no grupo PTXAE e 31,0 pg/mL no PTXST ($p=0,0051$). Após 1 ano, as médias da calcemia foram significativamente mais baixas do que no pré-operatório, mas sem diferença entre si (9,1 e 9,3 mg/dL). Nesse momento, o nível de P do grupo PTXAE continuou diferente do pré-operatório (3,5 mg/dL), o que não foi observado no grupo PTXST (2,7 mg/dL). A mediana de PTH de 1 ano permaneceu significativamente mais baixa do que o pré-operatório, nos dois grupos (PTXAE foi de 32,5 pg/mL e do grupo PTXST, de 76,0 pg/mL) ($p=0,02$). CONCLUSÃO: Há redução significativa do PTH nas duas técnicas de PTX. Apesar da PTXST evitar o hipoparatiroidismo agudo na maior parte dos casos, ela associa-se a níveis mais elevados de PTH no primeiro ano, com P mais baixo, o que pode sugerir excesso do hormônio.

PALAVRAS-CHAVES: hiperparatireoidismo | Paratireoidectomia | Transplante Renal

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2336

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: DOSAGEM INTRAOPERATÓRIA DO HORMÔNIO DA PARATIREOIDE NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HIPERPARATIREOIDISMO EM PACIENTES DIALÍTICOS E EM TRANSPLANTADOS RENAI

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ ALBUQUERQUE SILVEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CLIMÉRIO PEREIRA DO NASCIMENTO JUNIOR (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), MARÍLIA D'ELBOUX GUIMARÃES BRESCIA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), SERGIO SAMIR ARAP (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), MONIQUE NAKAYAMA OHE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), RODRIGO OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), FABIO LUIZ DE MENEZES MONTENEGRO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

RESUMO: OBJETIVO: Analisar se o tempo de decaimento e a intensidade da queda são diferentes na dosagem intraoperatória do hormônio da paratireoide (PTH) durante paratireoidectomia no tratamento do hiperparatireoidismo renal de pacientes em diálise (HPT2) ou transplantados renais (HPT3). MÉTODO: Estudo retrospectivo de pacientes com HPT2 e HPT3 submetidos a tratamento cirúrgico, em uma única instituição. Foram pesquisadas a intensidade da queda do PTH (em redução percentual), em diferentes momento da operação, a saber: PTH BASAL (coleta no início da operação), PTH PRE (apos identificação a e antes da retirada das paratireóides), PTH 10min (coleta 10 minutos apos a retirada das paratireóides) e PTH 15min (coleta 15 minutos após a retirada das paratireóides) RESULTADOS: As medianas do PTH em pg/mL no HPT2 foram PTH BASAL 1833, PTH PRE 1450, PTH 10min 254 e PTH 15min 220,5. No HPT 3 foram PTH BASAL 402 , PTH PRE 378, PTH 10min 77 e PTH 15min 56,5. A queda do PTH 10 min foi significativa em relação ao valor do PTH BASAL nos dois grupos. A medida do PTH 15 min não variou significativamente da medida do PTH 10 min. A mediana da intensidade de queda do PTH 10 min em relação ao PTH BASAL foi de 85,3% no HPT2 e de 84,5% no HPT3, sem diferença significativa entre ambos. CONCLUSÃO: O PTH intra-operatório apresenta queda significativa já em 10 minutos após a paratireoidectomia tanto em pacientes dialíticos como em transplantados renais, com intensidade semelhante apesar da diferença de função renal nos dois grupos.

PALAVRAS-CHAVES: paratireoidectomia | hiperparatireoidismo | paratormônio

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2469

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: EXISTE UMA TENDÊNCIA À RECIDIVA DO HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO APÓS A PARATIREOIDECTOMIA?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLIMÉRIO PEREIRA DO NASCIMENTO JUNIOR (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP E HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO), SERGIO SAMIR ARAP (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP), MARÍLIA D`ELBOUX GUIMARÃES BRESCIA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP), FABIO LUIZ DE MENEZES MONTENEGRO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP)

RESUMO: Objetivo: Avaliar a prevalência da recidiva a longo prazo do hiperparatireoidismo secundário (HPT2) após paratireoidectomia total com auto-enxerto (PTX-AE). Método: Estudo prospectivo de pacientes submetidos à PTX-AE por HPT2 à doença renal crônica dialítica. Resultados: Cinquenta e três pacientes foram submetidos à PTX-AE em antebraço com ressecção de pelo menos 4 paratireoides para o tratamento de HPT2, no período de 2008 a 2010. Foram acompanhados por até 5 anos com coletas laboratoriais periódicas. Cinco e quatro pacientes faleceram nos primeiro e segundo anos de acompanhamento, respectivamente. Dois pacientes apresentaram persistência da doença e abandonaram o acompanhamento. Dos 46 pacientes com mais de um ano de acompanhamento, 1 paciente (2%) nunca apresentou níveis séricos detectáveis de paratormônio (PTH), 1 paciente (2%) apresentou nível sérico detectável de PTH com posterior perda da função do auto-enxerto, 1 paciente (2%) teve recidiva do HPT2 devido paratireoide extra-numerária remanescente e 1 paciente (2%) teve recidiva da doença relacionada ao auto-enxerto. Dos 26 pacientes acompanhados por 5 anos, 24 pacientes (92%) apresentaram níveis séricos estáveis de PTH ao longo do tempo e 1 paciente (4%), recidiva relacionada ao auto-enxerto de paratireoide. Conclusão: A maioria dos pacientes submetidos à PTX-AE não apresentou tendência à recidiva do hiperparatireoidismo a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVES: hiperparatireoidismo secundário | paratireoidectomia | recidiva

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2473

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Perfil epidemiológico dos pacientes com hiperparatireoidismo primário submetidos a paratireoidectomia em um serviço terciário universitário

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THATIANA GUERRIERI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), LARISSA IZUMI FUJII (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), ADRIANA TERUMI SHIMOZONO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MARIANA JUNQUEIRA REIS ENOUT (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), RODRIGO OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MURILO CATAFESTA DAS NEVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: O hiperparatireoidismo primário (HPP) é a terceira endocrinopatia mais comum, decorrente da hiperfunção autônoma de uma ou mais glândulas paratireoides. O resultado dessa anormalidade é a hipercalcemia com secreção elevada ou inapropriadamente normal do paratohormônio (PTH), levando a uma variedade de consequências clínicas. Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com hiperparatireoidismo primário em um serviço terciário. Métodos: Realizado um estudo retrospectivo, através da análise de prontuários, de 144 pacientes com diagnóstico de hiperparatireoidismo primário que foram submetidos a paratireoidectomia no período de abril de 1999 à novembro de 2016 em uma instituição universitária. Resultados: No período de 17 anos, 144 pacientes foram avaliados, os quais 83,3% eram mulheres e 16,6% homens. A idade variou entre 12 à 85 anos com uma média de 45 anos. Os pacientes sintomáticos corresponderam a 75% sendo o acometimento ósseo isolado foi o mais frequente, responsável por 28,4%, seguido de ambas apresentações (renal e ósseo) em 26,3% e renal isolado em 20,1%. Em 25% os casos foram assintomáticos. Nos exames laboratoriais pré-operatório, encontramos uma média do valor do cálcio total de 11,9mg/dl, cálcio iônico 1,55 e PTH de 442. Em 110 pacientes foi realizado USG cervical com o achado da glândula paratireoide aumentada de tamanho em 64 deles. Em 127 pacientes realizou-se cintilografia com sestamibi com positividade em 99 dos casos. A paratireoidectomia cursou com exploração focal em 19 pacientes, unilateral em 43 e bilateral em 83 casos. Foram ressecadas no total de 170 glândulas paratireoides, em que a mais frequentemente acometida era a paratireoide inferior direita em 31,7%, seguida da inferior esquerda em 24,7%, superior esquerda em 22,3%, superior direita em 20,5% e 0,5% o achado de glândula ectópica (mediastino superior). Em 107 pacientes dosou-se o iPTH, e os valores foram separados de acordo com porcentagem de queda. Em 58 dos casos houve queda de >80%, em 42 declínio entre 50-80% e em 7 casos Conclusão: Em nossa casuística os pacientes com hiperparatireoidismo primário submetidos a paratireoidectomia são predominantemente mulheres com média de idade de 45 anos, e com a doença sintomática ainda sendo a mais prevalente.

PALAVRAS-CHAVES: Hiperparatireoidismo primário | Paratireoidectomia | Epidemiologia

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2480

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Análise crítica do decaimento marginal do PTH intra-operatório

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA JUNQUEIRA REIS ENOUT (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), JOÃO HENRIQUE ZANOTELLI DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), ADRIANA TERUMI SHIMOZONO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), LARISSA IZUMI FUJII (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), THATIANA GUERRIERI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), RODRIGO OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MURILO CATAFESTA DAS NEVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: O hiperparatireoidismo primário (HPTP) é uma desordem metabólica hipercalcêmica, resultante da secreção elevada ou inapropriadamente normal do paratormônio. O tratamento padrão ouro é a cirurgia. A dosagem do PTH intra-operatório e a avaliação do seu decaimento é utilizado para orientar o fim do procedimento, consideramos uma queda superior a 50% do nível sérico basal como preditora de cura. [2, 6].Objetivo: Descrever e explorar os níveis séricos de cálcio e PTH dos pacientes com HPTP submetidos à cirurgia. Mais especificamente, avaliar o impacto da queda marginal (50-80%) do PTH intra-operatório e sua relevância clínica para predição de sucesso operatório a longo prazo.Método: Trata-se de um estudo do tipo coorte, desenvolvido a partir do levantamento documental dos dados coletados nos prontuários dos pacientes submetidos à paratireoidectomia por Hiperparatireoidismo primário pela equipe de cirurgia de cabeça e pescoço da Universidade Federal de São Paulo, entre os anos de 2000 e 2016.Resultados: Obtivemos uma amostra com 141 pacientes, majoritariamente do sexo feminino (85,88%). Os níveis séricos de cálcio ionizável pré-operatório foram de 1,48 mg/dL e os de PTH foram 369,33 pg/mL. Foi observada um índice de cura de 92,6% com normalização do cálcio no primeiro mês pós-operatório e de 98,5% ao fim do primeiro ano. Porém, os pacientes com decaimento marginal (50-80%) do PTH intra-operatório, que representaram 42,55% do total, evoluíram com índice de recidiva entre 5-8,3% a longo prazo, significantivamente superior aos 2,1% daqueles com queda superior a 80% no PTH intra-operatório.Conclusão: O decaimento marginal do PTH intra-operatório prediz um maior índice de recidiva do hiperparatireoidismo, a longo prazo, em relação àqueles pacientes cujo decaimento do PTH foi superior à 80%. Portanto, concluímos que os doentes com decaimento do PTH intra-operatório entre 50-80% devem ser seguidos com cautela por um período prolongado após o tratamento cirúrgico.Bibliografia:1- Bilezikian JP, Brandi ML, Eastell R, et al. Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the Fourth International Workshop. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(10):3561-3569.2- Khan, A.A., Hanley, D.A., Rizzoli, R. et al. Primary hyperparathyroidism: review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian and international consensus. Osteoporos Int (2016). doi:10.1007/s00198-016-3716-2

PALAVRAS-CHAVES: Hiperparatireoidismo primário | Paratireoidectomia | PTH intraoperatório

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 3014

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Estudo retrospectivo da prevalência dos tipos de cirurgias de tireóide na Santa Casa de São Paulo entre 1991 e 2010

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KASSEM SAMIR SALEH (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), CAROLINE SCHMIELE NAMUR (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), GIULIANA OLIVI TANAKA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RODRIGO SALMERON DE TOLEDO AGUIAR (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARIANNE Y. NAKAI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCELO BENEDITO MENEZES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANTONIO JOSE GONÇALVES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: Observar as mudanças ocorridas no tratamento cirúrgico das afecções da glândula tireóide entre 1991 e 2010 no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de São Paulo e mostrar as diferenças das características histopatológicas que levaram a indicações cirúrgicas neste período. Método: Estudo retrospectivo através da revisão dos prontuários dos doentes submetidos à cirurgia da tireóide no período entre 1991 e 2010, levando em conta o tipo de cirurgia realizada e o tipo histológico que causou a doença. Houve divisão dos pacientes em dois grupos: de 1991 a 2000 (primeira década) e de 2001 a 2010 (segunda década). Critérios de inclusão: disponibilidade do prontuário e presença da descrição cirúrgica e dos resultados dos exames anatomopatológicos. Critérios de exclusão: indisponibilidade dos dados acima ou dos prontuários e impossibilidade de identificar os dados desejados nas anotações. Resultados: 1412 prontuários atenderam aos critérios de estudo, sendo 664 na primeira década e 748 na seguinte. Entre 1991 e 2000, houve um número alto de tireoidectomias parciais, quase 50% do total (319 casos) e um baixo de tireoidectomias totais (212 casos). Ainda, observamos um número não desprezível de tireoidectomias subtotais, notadamente usadas no tratamento do bócio difuso tóxico (doença de Graves). Na década seguinte, observamos o desaparecimento quase total desse tipo de cirurgia, a tireoidectomia total passando a ser empregada de forma mais ampla (70% do total, 524 casos) e a tireoidectomia parcial perdendo espaço (24%, 180 casos). Os outros 6% são representados por istmectomias, nodulectomias e tireoidectomias subtotais. Também notamos mudanças nas incidências dos tipos histológicos operados. Na primeira década, havia uma prevalência de bócios uninodulares benignos (44%, 294 casos) e multinodulares (209 casos, 31%). Conclusões: A tireoidectomia total tornou-se prevalente sobre as demais técnicas no transcorrer dos anos, assim como aumentaram as indicações cirúrgicas devido a doenças malignas. Bibliografia: Padur AA, Kumar N, Guru A, Badagabettu SN, Shanthakumar SR, Virupakshamurthy MB, Patil J. Safety and Effectiveness of Total Thyroidectomy and Its Comparison with Subtotal Thyroidectomy and Other Thyroid Surgeries: A Systematic Review. J Thyroid Res. 2016;2016:7594615. Fortuny JV, Guigard S, Karenovics W, Triponez F. Surgery of the thyroid: recent developments and perspective. Swiss Med Wkly. 2015;145:w14144.

PALAVRAS-CHAVES: tireoidectomia | santa casa de são paulo | neoplasia de tireóide

CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 496

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Percepções psicossociais da imagem corporal em pacientes pré-operados em Cirurgia Bariátrica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALESSANDRA REGGIO FREIRE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP), ELINTON ADAMI CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), EVERTON CAZZO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), FELIPE DAVID MENDONCA CHAIM (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP), ANA MARIA NEDER DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), ELAINE CRISTINA CANDIDO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MARTINHO ANTONIO GESTIC (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MURILLO PIMENTEL UTRINI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS)

RESUMO: Objetivo: Avaliar a percepção da imagem corporal em adultos obesos pré-operados em cirurgia bariátrica mensurando aspectos de adequação social, satisfação e distorção da imagem corporal. Métodos: Realizado no Ambulatório de Obesidade da Clínica Cirúrgica localizado no 2º andar do HC- UNICAMP, foram incluídos no estudo 75 (setenta e cinco) adultos com média de 39,61 anos (DP=11,23), obesos grau I,II e III com IMC médio 37,97 (DP=3,7), variando entre 32 a 49, acompanhados no Programa multidisciplinar de preparo pré-operatório para cirurgia bariátrica. Estes foram informados sobre os objetivos do estudo, conforme explícito em termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) realizando três testes de imagem corporal: Escala de Silhuetas (Sorensen e Stunkard, 1991) Questionário de Imagem corporal (BSQ-Body Shape Questionary, Di Pietro, 2001) e Questionário de Evitação da Imagem Corporal (BIAQ - Body Image Avoidance Questionnaire, Rosen et. Al, 1991. Adaptado e traduzido por Campana, 2007) bem como uma ficha de identificação. Resultados: No teste de BSQ notou-se que 33% dos pacientes possuem graves distorções da imagem corporal, apresentando média geral de 132 (DP=58,44. Pontuação mínima=34, máxima=204), o que representa distorção moderada. O teste de silhuetas de Stunkard demonstrou que, dos 75 entrevistados, apenas 18 percebem sua imagem corporal de acordo realidade. Quanto ao BIAQ, a média dos pacientes quase sempre evitam situações sociais que possam o constranger devido a ao peso (Média=4,26/DP=1,73/min=1, máx=6). Conclusões: Pacientes obesos em condições pré-operatórias apresentam distorções e impressões negativas acerca de sua imagem corporal, bem como dificuldade em manter relações sociais saudáveis. Bibliografia: Apovian CM. Obesity: definition, comorbidities, causes and burden. Revista Am J Manag Care, 2016; 22(1):176-185. Haslam DW, Le Roux SC (Org.). Controversies in Obesity. London:Springer; 2014. Ribeiro GANA, Giampietro HB, Belarmino LB, Salgado-Junior W. Perfil psicológico de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Revista Arq Bras Cir Dig, 2016; 29(1):27-30.

PALAVRAS-CHAVES: Imagem Corporal|Obesidade|Psicossocial

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1503

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: A INFLUÊNCIA DA DIMENSÃO DA ANASTOMOSE GASTROENTÉRICA DO BYPASS GÁSTRICO NO TRATAMENTO DOS PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO PICOLLI MORSCH (PUCRS), ALEXANDRE VONTOBEL PADOIN (PUCRS), CLAUDIO CORA MOTTIN (PUCRS), LANA BECKER MICHELETTO (PUCRS), LETICIA MANOEL DEBON (PUCRS), MARINA SENGER NIEWIEROWSKI (PUCRS), RODRIGO PETERSEN SAADI (PUCRS)

RESUMO: Introdução: A informação da dimensão da anastomose gastroentérica de pacientes submetidos ao bypass gástrico é descrita rotineiramente por endoscopistas experientes e anastomoses grandes estão associadas a perda insuficiente de peso, apesar da escassez de altos níveis de evidência sobre o assunto. Objetivo: Avaliar a influência da dimensão da anastomose gastroentérica do bypass gástrico no tratamento dos pacientes obesos mórbidos. Material e método: Os dados coletados foram inseridos em um banco criado no Excel, o qual continha outras informações dos pacientes como IMC, idade, sexo e perda de peso após 1 ano da cirurgia. Todos os pacientes foram submetidos a endoscopia 1 ano após a cirurgia bariátrica, sendo que a medida do diâmetro da anastomose é realizada rotineiramente. Para efeito de análise foram criadas duas categorias: 1) anastomoses com até 2cm de diâmetro; 2) anastomoses com mais de 2cm de diâmetro. Os dados foram analisados no SPSS. Cabe ressaltar que o projeto foi aprovado pelo CEP desta Instituição. Resultados: Foram avaliados 456 pacientes, sendo 361 (79,2%) mulheres, média de idade de 37 anos, IMC 46,7 kg/m², cintura 130cm, % perda do excesso de peso 79%. Para evitar vieses de sexo e IMC, os pacientes foram divididos em grupo por sexo e IMC (ponto de corte em 50kg/m²) para fins de avaliação. Foi observada diferença significativa no % de perda do excesso de peso apenas entre mulheres com IMC 2. A perda foi maior (89%) no grupo com a anastomose mais ampla quando comparada à anastomose mais estreita 83% - P=0,008. Nos demais grupos não se observou diferença significativa (P>0,05). Conclusões: Os dados deste estudo sugerem que anastomoses amplas não estão associadas a menor perda de peso. Ao contrário do que se imaginava, a anastomose ampla esteve associada a uma maior perda de peso em um grupo de pacientes. Bibliografia: 1: Cottam DR, Fisher B, Sridhar V, Atkinson J, Dallal R. The effect of stoma size on weight loss after laparoscopic gastric bypass surgery: results of a blinded randomized controlled trial. *Obes Surg.* 2009;19(1):13-7. 2: Villar L. *Endocrinologia Clínica.* 5ª edição ed2013.

PALAVRAS-CHAVES: Obesidade mórbida | bypass gástrico | técnica cirúrgica

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1726

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Análise da Função Sexual de Mulheres Submetidas à Cirurgia Bariátrica.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALICE FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), GABRIELA OLIVEIRA BAGANO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), CLAUDIA FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)), HOSANNAH LEITE FILHO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)), ERIVAN BARBOSA LIMA JUNIOR (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)), PAULO OLIVEIRA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)), REINALDO ATAIDE DE OLIVEIRA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), UBIRAJARA BARROSO JUNIOR (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA)

RESUMO: OBJETIVO: Analisar a melhora da função sexual de mulheres submetidas a cirurgia bariátrica. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e analítico, do tipo corte transversal, quasi-experimental, realizado com uma amostra de conveniência composta por 62 pacientes operadas de Fobi-Capella em um centro de referência de cirurgia bariátrica em Feira de Santana ? BA, entre abril de 2015 e abril de 2016. Foram incluídas pacientes que, necessariamente, tenham obesidade mórbida e tenham comparecido às consultas pré-operatórias, realizado a cirurgia bariátrica no serviço-sede da pesquisa e aceitado responder aos questionários propostos, após assinatura do TCLE, no período de abril 2015 a abril 2016. Os critérios de exclusão foram: a recusa em participar da pesquisa, submissão a cirurgias e/ou radioterapia pélvica prévia ou em curso, histórico de doenças neurológicas, inatividade sexual nos últimos seis meses ou a não adesão ao seguimento por pelo menos 6 meses pós-operatórios. Para os selecionados, aplicou-se o questionário FSFI, validado internacionalmente, em regime ambulatorial antes e 6 meses após a cirurgia. Este trabalho é parte de um estudo maior sobre a relação entre obesidade e função sexual em pacientes de cirurgia bariátrica em Feira de Santana ? BA. RESULTADOS: A média do escore total do FSFI obtida no pré-operatório foi de 22,8, traduzindo o quadro de disfunção sexual. Após seis meses de operação, observou-se uma ascensão do escore a 27,2, que já se configura uma melhora da função sexual (p

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Bariátrica | Função Sexual | FSFI

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1866

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Diabetes Mellitus tipo 2 e parâmetros simples do metabolismo glicídico são preditores mais significativos de Doença Hepática Gordurosa não-Alcoólica do que os marcadores de resistência insulínica HOMA, TyG and TG/HDL em indivíduos submetidos à cirurgia ba

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EVERTON CAZZO (HOSPITAL CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS), LAISA SIMAKAWA JIMENEZ (HOSPITAL CLÍNICAS UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS), MARTINHO ANTONIO GESTIC (HOSPITAL CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS), MURILLO PIMENTEL UTRINI (HOSPITAL CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS), FELIPE DAVID MENDONCA CHAIM (HOSPITAL CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS), FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM (HOSPITAL CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS), ELINTON ADAMI CHAIM (HOSPITAL CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: A detecção da doença hepática gordurosa não-alcoólica (DHGNA) por meio de métodos não-invasivos tornou-se um tema relevante. Objetivo: Investigar a correlação entre a DHGNA em indivíduos obesos e os marcadores: modelo de avaliação homeostático de resistência insulínica (HOMA), produto de triglicérides e glicose (índice TyG), e razão triglicérido/HDL colesterol (TG/ HDL). Métodos: Estudo transversal com 89 indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. DHGNA foi avaliada através do exame histológico de biópsias hepáticas e correlacionada com valores de HOMA, TyG, e TG/HDL e os seus respectivos valores de corte para resistência insulínica (RI). Resultados: A prevalência de esteatose foi de 68,5%; os indivíduos afetados apresentaram níveis de glicemia de jejum ($p=0,00112$) e hemoglobina glicada (HbA1c) ($p=0,00758$), e prevalência de diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) ($p=0,000103$). Fibrose ocorreu em 66,3% dos indivíduos e associou-se com maiores níveis de HbA1c ($p=0,03236$) e prevalência maior de DM-2 ($p=0,038776$). Esteato-hepatite ocorreu em 64% dos indivíduos e associou-se com idade elevada ($p=0,03318$), níveis elevados de glicemia de jejum ($p=0,01428$) e prevalência maior de DM-2 ($p=0,000968$). Conclusão: DM-2 foi um preditor significativo DHGNA entre indivíduos submetidos a cirurgia bariátrica; altos níveis de glicose foram associados com esteatose e esteato-hepatite, enquanto HbA1c elevada correlacionou-se com esteatose e fibrose. HOMA, TyG e índice TG/HDL-c não apresentaram associações significativas com DHGNA assim como a RI avaliada pelos três métodos. Bibliografia: 1. Cazzo E, Jimenez LS, Gallo F de F et al. Influence of type 2 diabetes mellitus on liver histology among morbidly obese individuals. A cross-sectional study. Sao Paulo Med J. 2016 Jan-Feb;134(1):79-83. 2. Zhang S, Du T, Zhang J et al. The triglyceride and glucose index (TyG) is an effective biomarker to identify nonalcoholic fatty liver disease. Lipids Health Dis. 2017 Jan 19;16(1):15. 3. Wu KT, Kuo PL, Su SB et al. Nonalcoholic fatty liver disease severity is associated with the ratios of total cholesterol and triglycerides to high-density lipoprotein cholesterol. J Clin Lipidol. 2016 Mar-Apr;10(2):420-5.e1. 4. Fukuda Y, Hashimoto Y, Hamaguchi M et al. Triglycerides to high-density lipoprotein cholesterol ratio is an independent predictor of incident fatty liver; a population-based cohort study. Liver Int. 2016 May;36(5):713-20.

PALAVRAS-CHAVES: Fígado gorduroso | Obesidade | Cirurgia Bariátrica

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1959

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Estudo da Evolução da Função Sexual em Homens Operados de Cirurgia Bariátrica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA OLIVEIRA BAGANO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP)), CLAUDIA FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)), PAULO OLIVEIRA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)), ALICE FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP)), HOSANNAH LEITE FILHO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)), ERIVAN BARBOSA LIMA JUNIOR (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)), UBIRAJARA BARROSO JUNIOR (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP))

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar o efeito da cirurgia bariátrica na evolução da função sexual de pacientes obesos operados. METODOLOGIA: Este trabalho é um estudo quantitativo, descritivo e analítico, do tipo corte transversal, quase-experimental, para o qual foram selecionados pacientes do sexo masculino operados de Fobi-Capella por uma equipe de cirurgia bariátrica de Feira de Santana ? BA, entre abril de 2015 e abril de 2016, dos quais foram incluídos 10 pacientes que, necessariamente, tivessem comparecido às consultas de acompanhamento e aceitado responder aos questionários aplicados. Foram excluídos pacientes submetidos a cirurgia pélvica ou radioterapia prévia ou em curso, com histórico de doenças neurológicas ou inatividade sexual nos últimos seis meses. Procedemos com uma análise em dois tempos - no pré e pós-operatórios ? mediante aplicação do validado internacionalmente IIEF (The International Index of Erectile Function). No planejamento estatístico, foi utilizado o programa SPSS versão Windows 21.0. Para as variáveis contínuas, analisamos a normalidade através da estatística descritiva e pelo teste de Shapiro Wilk. Este trabalho é parte de um estudo maior sobre a relação entre obesidade e função sexual em pacientes de cirurgia bariátrica em Feira de Santana ? BA. RESULTADOS: A média do escore total do questionário IIEF melhorou de 57,5 (47,8-60,5) no pré-operatório para 64 (61-70,5) no pós-operatório ($p=0,032$). O aumento dos escores isolados dos domínios, por sua vez, foi de 60% em função erétil, 60% em orgasmo, 90% em desejo sexual, 80% em satisfação no intercurso e 90% em satisfação sexual geral. CONCLUSÃO: A cirurgia bariátrica constitui um tratamento efetivo no sentido de melhorar a qualidade de vida sexual de homens obesos. Verificou-se evolução expressiva da função e do desempenho sexuais dos pacientes seis meses após a operação. Destarte, observa-se que a perda de peso se reflete positivamente não somente nas comorbidades, mas também na função sexual, quer seja pelo ganho da autoestima, pela melhora da autoimagem, pela recuperação do balanço hormonal ou pelo aumento da desenvoltura física. BIBLIOGRAFIA: 1.Fried, M., et al. (2013). "Interdisciplinary European Guidelines on metabolic and bariatric surgery." *Obes Facts*6(5): 449-468. 2.Colquitt, J. L., et al. (2014). "Surgery for weight loss in adults." *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8).

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Bariátrica | Disfunção Sexual | IIEF

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2195

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: GRAVIDEZ APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: AVALIAÇÃO DO DESFECHO REPRODUTIVO E DO CRESCIMENTO FETAL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), CAROLINE GRAVEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), PAULO ROBERTO MERÇON DE VARGAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), LORAINÉ ENTRINGER FALQUETO (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ISAAC WALKER DE ABREU (HOSPITAL MERIDIONAL), PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), HENRIQUE MOURA BRAGA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES)

RESUMO: Objetivos: Avaliar o desfecho reprodutivo e o crescimento fetal em gestações após cirurgia bariátrica. Métodos: Foram incluídas pacientes que engravidaram após cirurgia bariátrica no período de 2004 a 2015 com informação sobre o desfecho reprodutivo e o peso-fetal (PF). O PF foi categorizado como baixo peso (BPN, 4000g) e a adequação para a IG em pequeno (PIG), adequado (AIG) e grande (GIG), definidos por escore z/IG menor, entre ou maior que $\pm 1,28$. A proporção observada foi contrastada com a proporção da distribuição esperada e expressa como relação observado esperado (OER), considerando-se uma OER $>1,2$ como critério de magnitude significativa. Resultados: 100 pacientes satisfizeram os critérios de inclusão, mas somente 75/100 (75%) possuíam informação sobre a IG. A cirurgia realizada foi o Bypass gástrico em Y de Roux em 97% dos casos e a gastrectomia vertical em 3,0%. Após um ano de cirurgia, a porcentagem média de perda do excesso de peso foi 81,0% (mediana 78,4; IQR 65,7 a 94,3). Dentre as 95 pacientes com índice obstétrico conhecido, 49 (51,6%) eram nulíparas. 46 eram múltíparas, totalizando 80 gestações prévias e destas 18 (22,5%) terminaram em abortamento. Nas gestações pós-bariátricas, foram observados somente 3 casos de diabetes mellitus gestacional, 5 de doença hipertensiva específica da gravidez, um caso de malformação maior com morte neonatal e não houve nenhum caso de abortamento. Nenhum recém-nascido apresentou índice de Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida e nenhuma macrossomia foi observada. BPN foi observado em 19/100 (19,0%), peso fetal PIG em 15/75 (20,0%; OER 2,0), AIG em 51/75 (68%; OER 0,85) e GIG em 9/75 (12%; OER 1,2). Conclusão: Os resultados indicam maior sucesso reprodutivo, com aumento da fertilidade, baixa prevalência de comorbidades associadas à obesidade e ausência de macrossomia fetal. Todavia, a frequência de restrição de crescimento fetal ainda é maior que os 10% esperados. Nós planejamos ampliar a casuística e o escopo do estudo para identificar quais os determinantes dos distúrbios do crescimento fetal nas gestações após cirurgia bariátrica. Bibliografia: Johansson K, Cnattingius S, Nslund I, et al. Outcomes of Pregnancy after Bariactric Surgery. N Engl J Med. 2015;372:814-24. Willis K, Sheiner E. Bariatric surgery and pregnancy: the magical solution? J Perinat Med. 2013;41(2):133-40.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Bariátrica | Gravidez | Crescimento Fetal

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2312

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Otimização perioperatória baseada em protocolos Fast Track em Cirurgia Bariátrica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA TRANCOSO DE ALMEIDA (HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BENJAMIM GUIMARÃES), MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS (HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BENJAMIM GUIMARÃES), DIEGO PEREIRA ZILLE (HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BENJAMIM GUIMARÃES), HENRIQUE DE ANDRADE FERREIRA PINTO (HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BENJAMIM GUIMARÃES), PEDRO CORRADI SANDER (HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BENJAMIM GUIMARÃES), ADRIANO GUIMARAES FRANCO (HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BENJAMIM GUIMARÃES), LUCAS FERNANDES ANDRADE (HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BENJAMIM GUIMARÃES), SUYANNE THYERINE DA SILVA LOPES (HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BENJAMIM GUIMARÃES), MAÍRA AMORIM SILVEIRA E SANTOS (HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BENJAMIM GUIMARÃES)

RESUMO: Introdução: A cirurgia bariátrica é apontada como o único tratamento eficaz baseado em evidências para a obesidade mórbida. O aumento da demanda por esse procedimento torna necessária a busca por meios de otimizar os cuidados perioperatórios dos pacientes operados. O surgimento de programas de cuidados multimodais peroperatórios, também chamados de protocolos fast-track, possibilitou a melhoria dos desfechos para os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Assim, através de protocolos com o ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) e o projeto ACERTO (Acelerando a Recuperação Total Pós-operatória), vários centros conseguiram reduzir o tempo de hospitalização e as taxas de complicações cirúrgicas. Objetivo: descrever os dados dos pacientes submetidos à gastroplastia videolaparoscópica em um hospital de grande porte de Belo Horizonte, após implementação de medidas que vão ao encontro de protocolos fast-track. Método: Foram analisados os prontuários de 261 pacientes submetidos à gastroplastia videolaparoscópica entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016, com levantamento de dados demográficos, técnica cirúrgica utilizada, intercorrências peroperatórias, tempos para início da dieta, da deambulação, complicações e reinternações. Resultados: entre os 261 pacientes incluídos no estudo, 81,2% eram mulheres. A média de idade foi de 35,76 anos. 70,3% dos pacientes eram grau III. Quanto às comorbidades, estavam presentes em 71,2%. Foram realizadas 152 cirurgias utilizando a técnica de bypass e 99 pela técnica de Sleeve, sendo que 97,91% das cirurgias não tiveram intercorrências peroperatórias. No pós-operatório, 87% dos pacientes deambularam e tiveram a dieta reintroduzida com menos que 12 hora. Dos 261 pacientes, 94,56% evoluíram sem complicações pós-operatórias. Apenas 2,51% apresentaram complicações maiores, e 2,93% complicações menores. Houveram 5 reinternações e nenhum óbito. Conclusão: as medidas baseadas em protocolos fast-track foram eficazes para reduzir o tempo de internação e acelerar a recuperação pós-operatória dos pacientes submetidos à gastroplastia, mantendo reduzidas taxas de complicações decorrentes da cirurgia e baixa incidência de necessidade de reinternação, sendo uma proposta atraente para otimizar os custos nosocômiais.

PALAVRAS-CHAVES: Fast track|Cirurgia Bariátrica|ERAS

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 3077

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE OS RESULTADOS 15 ANOS APÓS BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX (RBY), MINIGASTRIC BYPAS (MGB) E MINIGASTRIC BYPASS COM CIRURGIA DE NISSEN (MGBN)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), FELIPE ARAÚJO LACERDA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), LARA SILVA PAIXÃO (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), RAFAEL BEZE SOUZA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), GABRIEL ALVES CARRIÃO (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), ISABELA SUAVINHA JAYME (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS)

RESUMO: Introdução - Este estudo apresenta os resultados de todos procedimentos cirúrgicos realizados em nosso serviço para o tratamento da obesidade durante um período de 15 anos. São apresentados de forma evolutiva ao longo do tempo. Objetivos - comparar RYGBP, MGB e MGBN na (1) perda de peso; (2) sintomas de refluxo e (3) achados endoscópicos 15 anos depois. Métodos: O RYGBP teve 2 períodos de tempo em nossa prática. Primeiro, em 1998 começamos com a técnica de Wittgrove com uma gastrojejunostomia circular mecânica de 21mm e uma alça alimentar de 75cm. Depois disso, evoluímos para uma bolsa vertical regular e a alça do Roux mediu 150cm. No MGB, o estômago foi seccionado na incisura angularis e iniciamos a confecção de um coto longo e estreito para 36-Fr em direção ao ângulo de His. Em seguida, foi realizada uma gastroenterostomia manual terminolateral de 200cm distal ao Treitz. No MGBN após a gastroenterostomia, a crura foi aproximada posteriormente com suturas permanentes. Em seguida, a parede posterior do fundo foi passado por trás do esôfago da esquerda para a direita. A válvula de Nissen foi criada com um comprimento de 3 a 4 cm o suficiente para cobrir a mais proximal e mais crítica linha de grampeamento do tubo gástrico. O total de doentes estudados foram 298 e foram assim divididos: grupo RYGB 158 doentes sendo 62 pela técnica de Wittgrove; grupo MGB 81 doentes e grupo MGBN 59 doentes. Resultados: A taxa de seguimento geral de 15 anos foi de 60,7%. Aos 15 anos, diminuições significativas e similares foram relatadas no IMC médio em todos os grupos. 86,25% em MGBN estavam livres de sintomas significativos de refluxo; 10,2% tinham esofagite erosiva (EE) e 8,5% tinham hérnia hiatal (HH) na endoscopia; 53,1%; 22,2% e 29,6%, respectivamente, no MGB, e 60,8%, 25,9% e 32,3%, respectivamente, no RYGBP. O esôfago de Barret foi similar em MGB (4) e RYGBP (3) (média 2,9%) e nenhum em MGBN. Nenhum câncer ou displasia foi observado nos esôfagos avaliados. A perda do excesso de peso (%EWL) em 15 anos foi 34, 62, 79 e 78% nos respectivos grupos Wittgrove; RYGB; MGB e MGBN. Houve uma diferença significativa entre os grupos RYGB e MGB/MGBN (p

PALAVRAS-CHAVES: BYPASS GÁSTRICO | ESTUDO COMPARATIVO | RESULTADOS TARDIOS

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 3080

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ANÁLISE DAS REOPERAÇÕES DA CIRURGIA DENOMINADA DERIVAÇÃO INTESTINAL SELETIVA (DIS) UTILIZADA PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), RAFAEL BEZE SOUZA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), MAXLEY MARTINS ALVES (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), GUILHERME SERONNI (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), LUDMILLA DA SILVA BATISTA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), ISABELA SUAVINHA JAYME (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS)

RESUMO: Introdução - A operação chamada de DIS consiste numa anastomose latero-lateral no intestino delgado, com a intenção de criar dois trajetos para os nutrientes: um mais curto, com trânsito rápido, e outro mais lento (?hipofuncionante?) por um estreitamento criado pela colocação de um anel de silicone logo após a anastomose. Objetivos - analisar as reoperações realizadas em nosso serviço avaliando a causa e a morbi mortalidade da reoperação. Métodos: Ao longo de 19 anos de experiência na área de cirurgia metabólica e para o tratamento da obesidade tivemos a oportunidade de reoperar 18 doentes submetidos à derivação intestinal seletiva em outros serviços de cirurgia. Avaliamos retrospectivamente a causa da reoperação; morbi/mortalidade da reoperação assim como a evolução do doentes. Resultados: A média de idade dos doentes foi de 36 + 6 anos. Dos 18 doentes reoperados, 12 o foram por desnutrição protéico-calórica grave (albumina Conclusão: A cirurgia de DIS para o tratamento da obesidade ainda que seja uma cirurgia não padronizada continua a ser realizada e suas complicações são graves demandando grande período de internação e elevado custo hospitalar com grave ameaça a vida dos doentes.

PALAVRAS-CHAVES: DERIVAÇÃO INTESTINAL SELETIVA | COMPLICAÇÃO | REOPERAÇÃO

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 3085

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: CONVERSÃO DE SLEEVE GÁSTRICO EM MINIGASTRIC BYPASS COMO CIRURGIA REVISIONAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), FELIPE ARAÚJO LACERDA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), GUILHERME SERONNI (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), MAXLEY MARTINS ALVES (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), ISABELA SUAVINHA JAYME (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS)

RESUMO: Objetivo - avaliar a perda ponderal, melhora ou remissão do diabetes tipo 2 (T2DM), doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e hipertensão arterial em pacientes submetidos previamente a "sleeve" gástrico e que não obtiveram sucesso terapêutico nessas variáveis e então foram submetidos à conversão para "minigastric bypass" (MGB). Método - os critérios de inclusão foram pacientes submetidos ao "sleeve" gástrico que não obtiveram sucesso na perda ponderal; e/ou melhora ou remissão do T2DM tipo 2 e/ou melhora ou remissão na hipertensão arterial e/ou apresentaram DRGE de novo e/ou recidivaram e/ou tiveram piora clínica DRGE. Em todos os portadores de DRGE foi realizada a crurorrafia sistemática junto com o MGB. Foram excluídos pacientes que estavam em uso de bebida alcoólica e/ou tabagistas; usuários de drogas ilícitas; pacientes que não aceitaram se submeter ao acompanhamento nutricional e psicológico pré-operatório por um período mínimo de 6 meses. Os pacientes foram acompanhados até 10 anos de pós-operatório com avaliação de IMC; %EWL; HbA1c; Glicemia de jejum e níveis pressóricos de pressão arterial. Foram considerados como completa remissão do T2DM aqueles com HbA1c Resultados - 62 doentes foram submetidos à conversão entre Janeiro/2006 a Janeiro/2017 sendo 53/85% do sexo masculino. A maioria dos pacientes (48/77%) foram incluídos por falha na perda ponderal. Destes doentes 16/33% não melhoraram T2DM e 7/15% recidivaram T2DM após reganho de peso. 100% dos doentes reoperados apresentavam algum grau de DRGE na reoperação. Destes, 22/35% apresentavam DRGE de novo; 100% estavam em uso de IBP; 41/66% apresentavam hérnia hiatal. 18/29% pacientes hipertensos (HAS) não melhoraram suas pressões arteriais e mantiveram as medicações e todos estavam no grupo que reganharam peso ou não perderam peso adequadamente, e assim foram também reoperados. Dos 48 que foram operados por insucesso na perda ponderal apenas 2 doentes não atingiram a perda ponderal completa. Quanto ao T2DM dos 23 doentes incluídos apenas 3 não curaram a doença. A DRGE foi curada em 100% dos pacientes. Na análise da HAS apenas 5 não curaram a HAS. A mortalidade foi zero. Conclusão - a conversão de sleeve em MGB em pacientes que não obtiveram sucesso no tratamento da obesidade; T2DM; DRGE e HAS é um método factível, eficaz e seguro.

PALAVRAS-CHAVES: SLEEVE | REGANHO DE PESO | CIRURGIA REVISIONAL

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 3091

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: AVALIAÇÃO TARDIA (15 ANOS) DE 1452 DOENTES SUBMETIDOS À MINIGASTRIC BYPASS COM NISSEN ASSOCIADO COMO CIRURGIA METABÓLICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), FELIPE ARAÚJO LACERDA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), ALEX BESSA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), MAXLEY MARTINS ALVES (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), ISABELA SUAVINHA JAYME (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS)

RESUMO: O objetivo deste estudo foi avaliar retrospectivamente a incidência de refluxo e alterações endoscópicas no pós-operatório de MGBN após 5 anos; entre 5 a 10 anos pós-operatório; entre 10 a 15 anos pós-operatório. Método: Os critérios de inclusão pré-operatórios para MGBN foram: (1) esofagite erosiva; e/ou (2) hérnia hiatal por deslizamento > 3cm; e/ou (3) hipotonia do esfíncter inferior do esôfago (LES). Os dados de pacientes obesos mórbidos submetidos a MGBN pela mesma equipe em dois Hospitais diferentes de 1999 a 2016 foram coletados retrospectivamente. Durante este período 2135 pacientes foram submetidos a MGBN. Chamamos todos os 2135 pacientes por meio de e-mail; Telefone celular e redes sociais. No entanto, apenas 1452 doentes (68%) responderam à chamada. Dividimos esses 1452 pacientes em três grupos. Grupo 1: Pacientes submetidos a MGBN até 5 anos de pós-operatório; Grupo 2 de 5 a 10 anos no pós-operatório e Grupo 3 de 10 a 15 anos no pós-operatório. Avaliamos a mortalidade; Morbidade; GERD sintomas; Achados da endoscopia alta; Achados histológicos após biópsia endoscópica; Perda de peso e resolução T2DM. A idade média foi de 42. O IMC foi de $44 \pm 4,5$. Nenhuma conversão para cirurgia aberta. A mortalidade global foi de 0,2%. A morbidade perioperatória foi de 0,8%. O tempo médio de operação foi de 92 ± 4 minutos. Nenhum vazamento foi observado. % EWL foi de $88 \pm 4,4\%$ aos 5 anos; $81 \pm 2,1\%$ e $79 \pm 1,2\%$ aos 15 anos. Barret`s foi de 0,8%. Nenhum câncer ou displasia foram encontrados. A doença de refluxo não erosiva foi de 12% e a doença de refluxo erosiva foi de 5%. O incidente T2DM (46,8%) foi curado em 81,2% (glicemia Existem algumas limitações neste estudo. Em primeiro lugar, não foi avaliada a avaliação funcional do refluxo gastroesofágico por monitorização do pH de 24 horas e / ou alterações da pressão do esfíncter esofágico inferior pré e / ou pós-operatório. Em segundo lugar, a resposta clínica foi determinada pelo uso de IPPs após LSCNG, e nenhuma outra avaliação / escala clínica prospectiva foi utilizada. Conclusão: Este estudo de longo prazo demonstrou que o MGBN é um procedimento seguro, simples e eficaz para tratar pacientes obesos graves.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA METABÓLICA | RESULTADOS TARDIOS | MINI GASTRIC BYPASS

CIRURGIA PEDIÁTRICA

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 308

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ANÁLISE COMPARATIVA DA FUNÇÃO RENAL POR RENOGRAMA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE DA JUNÇÃO PIELO-URETERAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AMILCAR ALVES ASSIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), EDEVARD JOSÉ DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), CAROLINA OLIVEIRA PARANAGUÁ DE CASTRO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), OSVALDO DE ALCÂNTARA BRAGA AIDAR (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA)

RESUMO: Introdução: A estenose da Junção Ureteropielica (JUP) é a principal causa de hidronefrose em lactentes e crianças, sendo o Renograma, com obtenção da função renal através da cintilografia por DMSA, o exame que têm se destacado na decisão terapêutica destes casos. Porém a literatura ainda não tem uma clara definição acerca do efeito da correção cirúrgica (pieloplastia) na função renal pós-operatória destas crianças. Objetivos: Avaliar a variação da função renal pré e pós Pieloplastia, por meio da Cintilografia Renal, nos pacientes operados no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) e no Hospital Maternidade Santa Helena (HMSH). Métodos: Observacional, transversal e retrospectivo de 82 pacientes submetidos à Pieloplastia no HIJG e no HMSM, entre 1990 e 2013. Resultados: Dos 82 pacientes estudados, 48 eram do sexo masculino e 34 do sexo feminino, sendo a faixa etária mais prevalente a dos Lactentes (54%). A maioria foi diagnosticada ainda no período pré-natal, através do exame ultrassonográfico. O grau da hidronefrose mais prevalente foi o III (52%). A média da função renal relativa pré-operatória do lado acometido pela hidronefrose, verificada pelo DMSA, foi de 40,7% e no pós-operatório de 42,4%. Uma variação na função renal pré e pós-operatória menor que 5% tanto para mais como para menos, considerada neste estudo não significativa ocorreu em 38 pacientes (48%); diminuição maior que 5% em 13 pacientes (16%) e aumento maior que 5% em 28 pacientes (36%). Conclusão: Há evidência estatisticamente significativa de pequeno ganho na função renal quando observados todos os dados. Quando analisado o fator Faixa Etária, os Lactentes (<2 anos) tem uma tendência estatisticamente significativa de apresentar ganhos mais pronunciados na função renal.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA PEDIÁTRICA | UROLOGIA | ESTENOSE DE JUP

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1722

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Estudo retrospectivo de crianças operadas de apendicite aguda na disciplina de cirurgia pediátrica do Hospital Geral do Grajau- UNISA no primeiro semestre de 2015.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALFREDO S.CABRAL JR (UNISA), NEIL FERREIRA NOVO (UNISA), YARA JULIANO (UNISA)

RESUMO: OBJETIVO Avaliar se as fases de apendicite aguda (AA) e as técnicas operatórias (TO) utilizadas interferem no período de internação hospitalar. MÉTODOS No primeiro semestre de 2015 foram operados 70 casos de AA na Disciplina de Cirurgia Pediátrica ? CIPE ? no Hospital Geral do Grajaú ? HGG ? da Faculdade de Medicina de Santo Amaro ? UNISA. Fases da AA estudadas: a) edematosa; b) flegmonosa e c) supurativa. Técnicas operatórias (TO) utilizadas de acordo com o grau crescente de isquemia: TO I ? Ligadura simples ? KRÖNLEIN ? 1886 TO III ? Sutura em bolsa sem ligadura ? DAWBARN ? 1895 TO II ? Sutura em bolsa com ligadura ? TREVES ? 1888 Não foram incluídos os pacientes com AA complicadas, os operados na fase hiperplástica e por Videolaparoscopia. ANÁLISE ESTATÍSTICA Para a análise dos resultados foram aplicados os seguintes testes estatísticos: 1- Análise de variância de Kruskal-Wallis (Siegel 2006) com objetivo de comparar as três técnicas cirúrgicas estudadas (TOs I, II, III) em relação aos períodos de internação hospitalar. 2- Teste do Quiquadrado (Siegel 2006) com a finalidade de comparar as três técnicas operatórias (TOs I, II, III) em relação à presença de intercorrências clínicas, independente das fases de evolução patológicas. RESULTADOS 1- Não houve diferença na incidência da AA entre os gêneros masculino e feminino nas três fases; a, b e c. 2- Na fase a) edematosa utilizando a técnica da ligadura simples ? TO I, não houve complicações, assim como na fase b) flegmonosa, não necessitando análise estatística. 3- A incidência de complicações dos grupos TO II e TO III foram significativamente maiores que as do grupo TO I. 4- O período de internação da técnica operatória da ligadura simples ? TO I foi significativamente menor ($x = 5,2$ dias) do que o observado na técnica operatória ? TO III ($x = 9,2$ dias) com ($p = 0,0053$). Tabela 1. 5- A incidência de complicações das TO II e TO III foram significativamente maiores que as da técnica de ligadura simples ? TO I, independentemente das fases da evolução anatomopatológica. Tabela 2. CONCLUSÕES: 1- A análise estatística mostrou que o período de internação dos pacientes submetidos à TO I ? ligadura simples ($? = 5,2$ dias) foi significativamente menor do que o período observado com a TO II ? sutura em bolsa com ligadura do coto ($? = 9,2$ dias). 2- A incidência de complicações das TO II e III foram significativamente maiores que as da técnica de ligadura simples ? TO I, independentemente das fases da evolução. REFERÊNCIAS: ?na apresentação.

PALAVRAS-CHAVES: apendicite aguda | técnicas cirúrgicas | permanência hospitalar

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1955

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Preparação cirúrgica pediátrica: Presença dos pais na indução anestésica e recuperação imediata

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONAN REGINATTO (FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL), EDUARDO HENRIQUE SOARES ALMEIDA (FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL), ANA LETÍCIA ARGENTINO BONONI (FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL), KARLOS JENNYSSON SOUSA SOARES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL/UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA FERNANDES VELOSO (FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL)

RESUMO: Objetivo: A intervenção cirúrgica representa uma circunstância crítica que gera uma crise vital, discutiremos a importância de uma correta preparação do ponto de vista biopsicosocial, buscando um consenso sobre a importância da presença dos pais durante a indução anestésica e no pós-operatório imediato. Metodologia e fontes dos dados: Revisão de literatura contendo a descrição e análise crítica de bibliografias publicadas, dando-se preferência para aquelas datadas dos últimos cinco anos, abordando o preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos, bem como aspectos prós e contras a presença efetiva dos pais no centro cirúrgico antes do início da operação e no pós-operatório imediato. Discussão: Em relação às vantagens podemos citar: redução da necessidade de sedativos pré-operatórios, a diminuição do medo e da ansiedade que acompanham a separação dos pais, menor necessidade de restrição física, melhor relação família-equipe de saúde. Além disso, durante a indução anestésica a criança pode ficar agitada aumentando o risco de apnéia e laringoespasmo. Por outro lado, alguns pesquisadores afirmam que a presença dos pais pode alterar a rotina do centro cirúrgico, aumentar o número de pessoas na sala. Além disso, a ansiedade dos pais pode piorar a ansiedade da criança, prolongar o tempo de indução e promover estresse adicional no anestesiológico e no restante da equipe. A recuperação imediata também é uma situação crítica para o paciente pediátrico. A frequente agitação pós-operatória, denominada emergence delirium, caracterizado por confusão mental, irritabilidade, desorientação, choro inconsolável pode ocasionar um prolongamento do tempo de recuperação na sala de recuperação pós-anestésica, pode levar à perda de cateteres intravenosos, desconexão de cabos e instrumentos de monitorização. Cabe ressaltar que legislação vigente, incluindo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), embora garanta o direito de um tratamento diferenciado de saúde para estas faixas etárias, não obriga a permanência de pais em nenhum momento durante a realização de procedimentos médicos invasivos ou mais especializados.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia pediátrica | Preparação cirúrgica | Pós operatório

CIRURGIA PLÁSTICA

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 331

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Reduzindo custos na gestão de feridas complexas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO FERIANI (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA E HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DE ARAGUAÍNA), GUILHERME NUNES SKRIPKA (ITPAC), DÉLIO RUBENS BELÉM ROSA (ITPAC), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), HANNA PAULA CAROLAYNE FERREIRA PEREIRA (ITPAC)

RESUMO: Objetivo: Descrever a importância da redução de custos e tempo de internação para pacientes com feridas complexas e crônicas. Método: Estudo observacional analítico transversal. Foram selecionados pacientes com diferentes patologias, nos quais foi usada a terapia de feridas por pressão negativa. Esses foram internados no início do tratamento e depois, após receberem alta, retornaram ao hospital apenas para troca de curativo, ou eventual cirurgia. Através dos dados obtidos durante o tratamento dos pacientes escolhidos, foram feitas comparações com os pacientes antigos, tendo como foco o custo e o tempo de internação. Resultados: Diferentes etiologias foram observadas, como acidentes motociclísticos (principal causa), infecções, doenças tropicais (picadas de cobra, ferroadas de arraia e leishmaniose) e complicações pós cirúrgicas (cirurgias gerais e plásticas). O tempo de hospitalização dos pacientes nos quais não foram utilizados curativos modernos ou terapia de ferida por pressão negativa foi, em média, de sessenta a cento e oitenta dias de internação. Com a introdução do tratamento moderno, associado a cirurgias precoces, houve uma redução de cinquenta por cento desse valor. Além disso, os custos sofreram uma redução de quarenta por cento quando comparados com os do tratamento convencional; nesse, eram usados óleos vegetais com curativos simples, sem muita expectativa que a ferida fosse curada. Pacientes obtiveram mais conforto, menos dor e uma melhor qualidade de vida. A terapia de feridas por pressão negativa provou melhorar a granulação e neovascularização em diversas etiologias. Conclusão: A terapia de feridas por pressão negativa e os curativos modernos promoveram uma melhor qualidade de vida aos enfermos e, ao mesmo tempo, diminuíram os custos e o tempo de hospitalização para aqueles com feridas complexas e crônicas. Bibliografia: Driver, V. R., Eckert, K. A., Carter, M. J. and French, M. A. (2016), Cost-effectiveness of negative pressure wound therapy in patients with many comorbidities and severe wounds of various etiology. *Wound Repair and Regeneration*. V.24, n.6, p.1041-1058. Nov.2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/wrr.12483B>. Nie e B. Yue. Biological effects and clinical application of negative pressure wound therapy: a review. *Journal of Wound Care*. v. 25, n. 11, p.617-626. nov./2016. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/jowc.2016.25.11.617>

PALAVRAS-CHAVES: Feridas complexas | Redução de custo | Terapia por pressão negativa

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 333

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Recuperação de membros usando a terapia de feridas por pressão negativa

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO FERIANI (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA E HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DE ARAGUAÍNA), GUILHERME NUNES SKRIPKA (ITPAC), DÉLIO RUBENS BELÉM ROSA (ITPAC), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), HANNA PAULA CAROLAYNE FERREIRA PEREIRA (ITPAC)

RESUMO: Objetivo: Descrever a importância da terapia de feridas por pressão negativa na recuperação de membros após trauma com dano crítico. Método: Estudo Coorte Retrospectivo. Foram escolhidos pacientes com sérios danos após trauma e que receberam indicação para amputação. O tratamento começou com a aplicação da terapia de feridas por pressão negativa sobre o membro atingido e terminou com a completa recuperação deste ou recuperação parcial com sequelas ? evitando a amputação. Através dos arquivos do paciente, foi feita uma retrospectiva, analisando os métodos e tempo de tratamento; as evoluções funcional e estética foram documentadas por fotos ao decorrer do tratamento. Resultados: Cinco pacientes foram escolhidos: duas mulheres e três homens. O tempo de tratamento, em média, foi de cinquenta e quatro dias. O tratamento se deu metade no hospital e metade no ambulatório. A terapia de feridas por pressão negativa foi introduzida no início do tratamento, apenas no período em que os pacientes se encontravam no ambiente hospitalar. Enxertos de pele foram feitos nos cinco pacientes. Retalhos musculares foram feitos em apenas um paciente, o qual possuía uma fratura exposta na perna. Todos os cinco pacientes tiveram seus membros mantidos (quatro pés e uma perna). A estética dos membros após a terapia foi aceitável, de modo que todos conseguem usar sapatos, mesmo, em alguns casos, tendo que usar adaptações de silicone. A função dos membros, após fisioterapia, foi mantida, mas não de forma plena. A terapia de feridas por pressão negativa aumentou a granulação, reduziu a área da ferida e facilitou a cirurgia de reconstrução do membro acometido. Conclusão: A terapia de feridas por pressão negativa se mostrou uma boa opção para a gestão de feridas complexas, facilitando o processo de reconstrução cirúrgica. Bibliografia: B. Nie e B. Yue. Biological effects and clinical application of negative pressure wound therapy: a review. *Journal of Wound Care*. v. 25, n. 11, p.617-626. nov./2016. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/jowc.2016.25.11.617> Wang, C.-Y., Chiao, H.-Y., Chou, C.-Y., Wu, C.-J., Chang, C.-K., Chu, T.-S. and Dai, N.-T.. Successful salvage and reconstruction of a finger threatened by *Vibrio vulnificus* necrotising fasciitis using fenestrated-type artificial dermis and three steps of topical negative pressure wound therapy. *International Wound Journal*. doi:10.1111/iwj.12711. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12711>

PALAVRAS-CHAVES: Recuperação de membros | Terapia por pressão negativa | Amputação

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 381

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: AVALIAÇÃO OBJETIVA DA SEPTOPLASTIA ABERTA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPPE GRISARD (UNISUL), STEFANY GOUDZENKO HERNANDEZ (UNISUL), FELIPE OLIVEIRA DUARTE (POLIGENE CLINICA MEDICA)

RESUMO: OBJETIVO Avaliar os resultados de uma casuística de 15 casos de septoplastia aberta MÉTODO foram avaliados 15 casos de pacientes submetidos à septoplastia aberta, no período 01/01/2008 a 01/11/2010, considerando casos de desvios septais graves. Foram avaliadas as seguintes variáveis: tempo cirúrgico, complicações nas primeiras 24 horas, complicações após 3 meses. Técnica de acesso: Dorso nasal: feita pela rinoplastia aberta Técnica de correção da cartilagem septal: Realizado a sutura septal: sutura em colchoeiro, onde os pontos são dados em "U", importando mucosa, pericôndrio e cartilagem, usando fio catgut 3.0. Técnicas adicionais: em todos pacientes também foi utilizada a colocação de enxertos cartilagosos expansores na válvula interna e colocação de enxerto tipo estaca para sustentação da ponta nasal. RESULTADO Em relação ao tempo cirúrgico, este foi de em média 50 minutos. Nas complicações imediatas (primeiras 24 horas) 1 paciente apresentou sangramento na narina esquerda 5 horas após o encerramento do ato cirúrgico. Este sangramento foi controlado com tamponamento nasal anterior da narina esquerda por 48 horas. Em relação a hemostasia, em nenhum caso foi usado tampão nasal no pós operatório imediato, em 2 casos foram utilizados splints. Em relação as complicações tardias, foi necessario fazer uma revisão cirúrgica em uma paciente onde na cirurgia inicial se associou a septoplastia com a rinoplastia estética, por queixa de giba dorso nasal e ponta nasal sem projeção. A revisão foi feita no oitavo mês de ós operatório não por queixa funcional, mas sim por uma giba óssea residual no dorso. A correção foi feita por endorrioplastia onde foi realizado apenas a raspagem da giba óssea residual. CONCLUSÃO surgimento de novas abordagens como a septoplastia por rinoplastia aberta, mostra que a septoplastia apesar de bastante sistematizada, ainda, se apresenta em evolução técnica BIBLIOGRAFIA 1. BERNARDO, MT; ALVES, S. Septoplastia com ou sem tamponamento pós operatório? Estudo prospectivo. 2013. Braz. J. Otorhinolaryngol. vol 79. no.4 São Paulo. June/aug.2013. SEVIK ELICORA, S; ERDEM,D; Difficult septal deviation cases: is it open or closed technique? 2016. Braz.J. Otorhinolaryngol. Apr.29

PALAVRAS-CHAVES: septoplastia aberta | septoplastia extracoporea | septoplastia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 396

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: RECONSTRUÇÃO ESCROTAL COM RETALHO FÁSCIO-CUTÂNEO SÚPERO-MEDIAL DA COXA ? SÉRIE DE CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL FRANCISCO MELLO (SANTA CASA/SP), AMERICO HELENE JR (SANTA CASA/SP)

RESUMO: INTRODUÇÃO A fascíte necrosante do períneo, também chamada de síndrome ou gangrena de Fournier é uma infecção rara, de elevada morbidade e mortalidade. O tratamento é predominantemente cirúrgico e em caráter emergencial, sendo a antibioticoterapia de amplo espectro uma medida de grande importância. Observa-se com grande frequência nos pacientes do sexo masculino a perda da cobertura cutânea da região escrotal, sendo necessária a reconstrução local, incluindo a utilização de retalhos e enxertos. OBJETIVO Descrever a utilização do retalho fásquio-cutâneo súpero-medial da coxa (RFCSMC) para a reconstrução escrotal em áreas cruentas secundárias ao tratamento cirúrgico da fascíte necrosante do períneo. MÉTODO Análise retrospectiva de casos atendidos em serviço de cirurgia plástica de hospital de referência, no período de 2009 a 2015. RESULTADOS Quinze pacientes foram submetidos à reconstrução escrotal utilizando o RFCSMC. A média de idade foi de 48,9 anos (28-66). A estimativa de perda cutânea da região escrotal variou de 60 a 100 %. A reconstrução definitiva foi realizada em média 30,6 dias (22-44) após o tratamento cirúrgico inicial. O tempo cirúrgico médio foi de 76 min (65-90) para a realização dos retalhos, bilaterais em todos os casos. O tamanho dos retalhos variou de 10 a 13 cm no sentido longitudinal por 8 a 10 cm no sentido transversal. O índice de complicações observado foi de 26,6% (4 casos), estando principalmente vinculado à deiscências segmentares e parciais. CONCLUSÃO O retalho descrito é uma opção confiável e versátil para a reconstrução de áreas cruentas na região escrotal, apresentando resultados estéticos e funcionais adequados. Observamos que a realização deste retalho não é tecnicamente difícil ou demorada, não apresentando sequelas significativas na área doadora. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1 - Ferreira PC, Reis JC, Amarante JA, Pinho CJ, Silva PN. Fournier's Gangrene: A Review of 43 Reconstructive Cases. *Plast Reconstr Surg* (2007) 119: 175-184. 2 - Franco D, Rodrigues C, Tavares Filho JM, Franco T. Reconstrução do escroto após fascíte necrosante. *Rev Bras Cir Plást* 2010; 25(2): 349-54. 3 - Mauro V. Retalho fasciocutâneo de região interna de coxa para reconstrução escrotal na síndrome de Fournier. *Rev Bras Cir Plást* 2011; 26(4): 707-9. 4 - Balbinot P, Ascenco AAS, Nasser IJG, Freitas RS. Síndrome de Fournier: Reconstrução de bolsa testicular com retalho fasciocutâneo de região interna de coxa. *Rev Bras Cir Plást* 2015; 30(2): 329-334.

PALAVRAS-CHAVES: Gangrena de Fournier | Fásquia | Escroto

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 397

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: DRENAGEM LINFÁTICA DOS MEMBROS INFERIORES EM SEQUELAS DE DESENLUVAMENTOS CIRCUNFERENCIAIS - AVALIAÇÃO LINFOCINTILOGRÁFICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL FRANCISCO MELLO (SANTA CASA/SP), AMERICO HELENE JR (SANTA CASA/SP), JOSE CESAR ASSEF (SANTA CASA/SP)

RESUMO: INTRODUÇÃOAs formas secundárias de linfedema são as mais frequentes, podendo ocorrer em consequência de tumores, cirurgias, radioterapia, traumas e infecções. Em formas graves e infrequentes de trauma dos membros, como nos desenlívamentos, forças que determinam compressão, estiramento e fricção dos tecidos, causam avulsão entre a pele e tecido subcutâneo com o plano da fáscia muscular, com consequente lesão do sistema linfático.OBJETIVO Avaliar as sequelas e alterações na drenagem linfática nos pacientes vítimas de desenlívamentos circunferenciais nos membros inferiores, a partir da linfocintilografia.PACIENTES E MÉTODOS Análise retrospectiva dos casos atendidos no período de 2007 a 2013. Foram incluídos os casos com acometimento segmentar, circunferencial e unilateral em membros inferiores, que tenham sido tratados através de desbridamentos dos tecidos traumatizados, preparo do leito e enxertia de pele. A linfocintilografia foi realizada após um intervalo mínimo de 12 meses após o término do tratamento. O membro inferior não traumatizado foi utilizado como controle.RESULTADOS Foram avaliados 15 pacientes, sendo 5 do gênero feminino e 10 do masculino. A média de idade foi de 33,6 anos. Foi observado a existência de segmento traumatizado circunferencial de no mínimo 15 cm, em espessura total, incluindo todo o tecido subcutâneo até segmentos da fáscia muscular. O segmento traumatizado apresentou variações de 5 a 12 % da superfície corporal. Todos os pacientes foram submetidos a enxertia de pele parcial. A linfocintilografia foi realizada após intervalo de 12 a 17 meses após o término do tratamento. Foram observadas alterações no exame linfocintilográfico em onze pacientes - 5 em nível grave, 3 em nível moderado e 3 alterações leves. Nos casos mais graves foram observados a presença de vasos múltiplos e colaterais, tortuosidades e refluxo dérmico.CONCLUSÃOAs alterações na circulação linfática são significativas nos casos de sequelas de desenlívamentos circunferenciais em membros inferiores e podem evoluir com piora progressiva e desenvolvimento de linfedema, se não houver o tratamento adequado e precoce.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS1 - Mello DF, Assef JC, Solda SC, Helene Jr A. Desenlívamento de tronco e membros: comparação dos resultados da avaliação precoce ou tardia pela cirurgia plástica. Rev Col Bras Cir (2015); 42(3): 143-48.2 - Murdaca G, Cagnati P, Puppo F. Current views on diagnostic approach and treatment of lymphedema. Am J Med (2012); 125: 134-140.

PALAVRAS-CHAVES: Linfedema | Lesões dos tecidos moles | Cintilografia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 500

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Estudo comparativo entre o método USP de terapia por pressão negativa e o sistema V.A.C.® no tratamento de feridas traumáticas [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FABIO KAMAMOTO (FACULDADE DE MEDICINA DA USP)

RESUMO: A terapia de tratamento de feridas por pressão negativa (TPN) não é nova. Foi aprovada nos Estados Unidos da América em 1996 e desde então, tem sido amplamente utilizada em uma grande variedade de ferimentos. Ela tem aplicação no tratamento de feridas agudas e crônicas, e trouxe conforto para pacientes, cuidadores e profissionais da área da saúde. Uma das indicações desta terapia é no tratamento de feridas decorrentes de trauma. Pode ser utilizada como uma ?ponte? entre o surgimento da lesão inicial e a cirurgia de fechamento definitivo da ferida, naqueles casos em que o fechamento primário não é possível. O grande obstáculo para democratização desse procedimento é o custo. Ele se mantém alto, principalmente nos pacientes que necessitam de um uso prolongado do método. Na tentativa de contornar esse problema, o Hospital Universitário da USP desenvolveu em 2007 uma TPN de baixo custo baseada em uma válvula estabilizadora de pressão (Curavac VX 200®, Ventrix Health Innovation, Brasil) conectada à fonte de vácuo da parede do hospital e a uma cobertura de ferida com gaze estéril selada por filme plástico adesivo. Este estudo comparou essa terapia de baixo custo (grupo USP) com a terapia padrão no Mercado (VAC system®, KCI, San Antonio ? Texas) ? Grupo VAC em um desenho prospectivo, randomizado, no formato de não inferioridade. Ou seja, o objetivo primário era verificar se o tempo necessário para a ferida estar apta para cirurgia de fechamento definitivo era equivalente nos dois métodos propostos. Foram estudadas, a velocidade de crescimento do tecido de granulação e as mudanças na área da ferida, além do custo de cada tratamento. Em relação ao tempo necessário para ferida estar apta para a cirurgia de retalho, o Grupo USP apresentou um resultado de $9,6 \pm 4,5$ dias. O Grupo VAC apresentou $12,8 \pm 8,6$ dias. A diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,379$). Em relação ao aumento de tecido de granulação por dia de tratamento, os dois métodos apresentaram resultados semelhantes: USP= $5,79 \pm 2,93\%$ e VAC $5,06 \pm 5,15\%$ ($p=0,408$). Em relação à variação de área, os dois grupos apresentaram um aumento: USP $1,13 \pm 0,80\%$ e VAC $1,12 \pm 0,80\%$ ($p=0,934$). Foi observada uma importante diferença entre os custos do tratamento. O tratamento no Grupo USP custou, em média, R\$ 47,89; enquanto o tratamento no grupo VAC, R\$ 2.757,40. A terapia USP de tratamento de feridas por pressão negativa não é inferior à terapia VAC system® no tratamento de feridas complexas de origem traumática.

PALAVRAS-CHAVES: Terapia a vacuo | feridas | tratamento de feridas

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 682

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Efeito de modulador seletivo do receptor de estrogênio na integração da lipoenxertia autóloga ? um estudo experimental

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE HAUPENTHAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)), ANDRÉ D'AVANÇO DE MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)), ANA PAULA MARTINS SEBASTIÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)), APAGAR REGISTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR))

RESUMO: Objetivo: Há muito tempo tem-se usado enxerto de gordura autóloga tanto para benefícios estéticos como para fins reconstrutivos, como em procedimentos de simetrização das mamas. Entretanto, o grau de reabsorção é imprevisível e alguns autores calculam que cerca de 20% a 90% do volume injetado são perdidos depois do primeiro procedimento. Com isso, muitas vezes há a necessidade de recorrer a várias sessões para a obtenção do resultado estético desejado. O objetivo deste estudo foi analisar o efeito do Tamoxifeno, medicamento comumente prescrito para pacientes com câncer de mama, como uma possível alternativa para reduzir as taxas de reabsorção do enxerto de gordura autóloga. Método: O coxim gorduroso da região inguinal de 16 ratos adultos fêmeas da linhagem Wistar foi retirado e então autoenxertado, sob volume padrão de 0,2 mL, em plano subfascial da região dorsal. Os animais foram randomizados em grupo-controle e grupo de estudo, sendo administrados, durante 21 dias, 20 mg/kg/dia de Citrato de Tamoxifeno para o grupo de estudo, via gavagem. Ao final do experimento, os animais foram eutanasiados e os enxertos analisados quanto à morfologia e histopatologia. Resultados: Os ratos submetidos ao tratamento com Tamoxifeno (grupo de estudo) apresentaram valores mais elevados em relação ao peso e ao volume dos enxertos quando comparados aos valores iniciais e ao grupo-controle. A análise histológica mostrou que a resolução do processo inflamatório foi mais rápida no grupo-controle e maior área e porcentagens superiores de colágeno imaturo predominaram nas lâminas do grupo de estudo. Conclusões: O uso do medicamento Tamoxifeno reduziu as taxas de reabsorção e de fibrose da lipoenxertia, resultando em maior integração do enxerto de gordura autóloga. Bibliografia: 1. BAEK, R.M., PARK, S.O., JEONG, E.C., OH, H.S., KIM, S.W., MINN, K.W., LEE, S.Y. The effect of botulinum toxin A on fat Graft survival. *Aesthetic Plastic Surgery*, Seul, v. 36, n. 1, p. 680-686, 2012. 2. BEZERRA, F.J.F., MOURA, R.M.G, NETO, J.D.M. Lipoenxertia em reconstrução mamária. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, Fortaleza, v. 28, n. 2, p. 241-246, 2013. 3. FU, S., LUAN, J., XIN, M., WANG, Q., XIAO, R., GAO, Y. Fate of adipose-derived stromal vascular fraction cells after co-implantation with fat grafts: evidence of cell survival and differentiation in ischemic adipose tissue. *Plastic Reconstructive Surgery*, Pequim, v. 132, n. 2, p. 363-373, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Enxerto de gordura | Tamoxifeno | Reconstrução

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 687

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: DESCRIÇÃO DA TÉCNICA DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓS MASTECTOMIA TOTAL UTILIZADA NO SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL DE CÂNCER NAPOLEÃO LAUREANO, EM JOÃO PESSOA ? PB

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR CHAVES GOMES LUNA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JÉSSICA MONTENEGRO PONTES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOSANN FREDERICO RIBEIRO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GABRIELLA SANCHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Objetivo: Em função da relevância do câncer de mama na saúde feminina, este trabalho objetiva demonstrar a técnica cirúrgica de reconstrução mamária pós mastectomia utilizada no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB. Método: Foi descrita a técnica de reconstrução mamária utilizando o retalho miocutâneo do músculo grande dorsal com incorporação da fáscia gordurosa inferior e lateral ao retalho no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB, no período de maio de 2015 a maio de 2016, englobando 54 reconstruções com a técnica descrita e avaliação das complicações pós-operatórias. A cirurgia consiste em utilizar o retalho do músculo grande dorsal com inclusão da fáscia gordurosa adjacente para preenchimento dos polos superior e medial da neomama, baseando-se na técnica elaborada por Bailey (2010) e modificada pelo nosso serviço por também incluir a extensão lateral da fáscia gordurosa, que fica sobre o músculo serrátil anterior, permitindo um melhor preenchimento dos polos superior e medial da mama reconstruída. Além disso, nossa técnica permite que a paciente permaneça todo o tempo operatório em decúbito lateral, sem necessidade de mudança de decúbito. Resultados: Das 54 reconstruções foram observados: 04 infecções de sítio operatório, 02 retiradas de implante, 03 seromas, nenhuma perda de retalho, tromboembolismo pulmonar, trombose venosa profunda ou óbito. Foi observado que a técnica de preenchimento dos polos superior e medial é simples e fácil de reproduzir, não aumenta o índice de complicações, diminui ou anula a necessidade de refinamentos secundários, como lipoenxertia, e melhora o contorno do flanco/região lombar. A cirurgia em decúbito único, através de uma sequência uniforme de dissecação, permite otimização e redução do tempo cirúrgico, reduzindo as complicações tempo-dependentes (hematoma, infecção e tromboembolia). Conclusão: O câncer de mama é a neoplasia que mais afeta a mulher, com consequências estéticas e psicossociais. Por isso a importância da reconstrução mamária no sentido de resgatar a autoestima e a qualidade de vida da mulher. A técnica cirúrgica em decúbito único, por diminuir o tempo operatório, diminui os riscos de complicações. A incorporação da fáscia gordurosa inferior e lateral ao músculo grande dorsal permite uma neomama de contornos melhor preenchidos, com diminuição da necessidade de refinamentos cirúrgicos posteriores, como a lipoenxertia.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde da Mulher | Cirurgia Plástica | Neoplasias da Mama

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 811

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Plasma rico em plaquetas no tratamento de queimaduras

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BÁRBARA NARCISO DUARTE (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ANDREZA LUIZA DE SOUSA LOBATO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), JÔNATAS PONTE VASCONCELOS (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ALISOM MICHEL CAMPOS AZEVEDO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), KAROLINE MICHELLE MAIA CORREIA (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Objetivo: Revisar os principais resultados obtidos pela utilização do plasma rico em plaquetas (PRP) como adjuvante no tratamento de queimaduras e registrar os resultados dessa técnica. Métodos: Realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema nas bases de dados internacionais MEDLINE e Scielo, utilizando como descritores: ?platelet-rich plasma? e ?burn? ou ?thermal injury?. Foram incluídos artigos na língua inglesa publicados entre 2011 e 2016. Resultados: As queimaduras fazem cerca de 1 milhão de vítimas por ano no Brasil. Mesmo com avanços na medicina, as complicações, como contraturas e perda de sensibilidade, ainda permanecem frequentes. O uso adjuvante do PRP tem se mostrado eficaz no manejo desses pacientes. Esta abordagem está mais estabelecida no tratamento de queimaduras oculares moderadas e severas, onde ocorre uma reepitelização mais rápida. Em queimaduras elétricas, foi observado um encurtamento no período de hospitalização e de tratamento cirúrgico e farmacológico, assim como redução das zonas de isquemia. Enxertos dermo-epidérmicos, utilizados no tratamento de queimaduras de 2º e 3º grau, também foram beneficiados com o uso adjunto do PRP. Nestes, o período de internamento também foi abreviado, e o número de complicações, como infecção, foi menor que o usual. Além disso, a qualidade final do enxerto foi melhor, proporcionando bons resultados no aspecto estético, funcional e psicológico. Conclusão: Portanto, apesar de não existirem muitos trabalhos sobre o uso do PRP em queimaduras, a maioria dos estudos mostram resultados positivos. Dentre os benefícios encontrados, podemos citar: cicatrização mais rápida, redução do tempo de internação hospitalar e complicações. Bibliografia: PICARD, Frédéric et al. Should we use platelet-rich plasma as an adjunct therapy to treat ?acute wounds,? ?burns,? and ?laser therapies?: A review and a proposal of a quality criteria checklist for further studies. *Wound Repair And Regeneration*, [s.l.], v. 23, n. 2, p.163-170, mar. 2015. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/wrr.12266>. MARCK, Rose E.; MIDDELKOOOP, Esther; BREEDERVELD, Roelf S.. Considerations on the Use of Platelet-Rich Plasma, Specifically for Burn Treatment. *Journal Of Burn Care & Research*, [s.l.], v. 35, n. 3, p.219-227, 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/bcr.0b013e31829b334e>.

PALAVRAS-CHAVES: Queimaduras | Plasma rico em plaquetas | Cicatrização

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 833

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Reconstrução microcirúrgica em cabeça e pescoço: análise retrospectiva de 30 retalhos livres

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ COELHO NEPUCENO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), MARIANA FIDELIS SOLLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), FERNANDA FRUET (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), JOÃO PAULO ZENUM RAMOS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), DIEGO GARDENAL ALCANTARA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: Cirurgia reconstrutiva em cabeça e pescoço representa desafio ao cirurgião plástico e requer amplo arsenal técnico, no qual a microcirurgia figura papel essencial. Objetivo: Analisar retrospectivamente as reconstruções microcirúrgicas em cabeça e pescoço realizadas na PUC-Campinas no período de dois anos. Métodos: Pacientes submetidos à reconstrução microcirúrgica após cirurgia de cabeça e pescoço, entre junho de 2014 e outubro de 2016, tiveram seus prontuários revisados para avaliação do retalho utilizado, comprimento do pedículo vascular, vasos receptores, anastomoses microvasculares, duração da cirurgia, tempo de internação, complicações e índice de sucesso. Resultados: Foram realizadas 30 reconstruções microcirúrgicas com três tipos de retalhos: ântero-lateral da coxa (n=15), antebraquial radial (n=8) e fíbula (n=7). Vasos receptores: artéria facial (70%) e veia facial (50%), sendo que 92,4% das anastomoses microvasculares foram término-terminais. As cirurgias duraram em média 10,1 horas. O tempo médio de internação hospitalar foi de 10,7 dias. Houve perda de dois retalhos por trombose arterial, levando a taxa de sucesso de 93,3%. Conclusões: As reconstruções microcirúrgicas analisadas foram eficazes na reparação dos defeitos complexos, restaurando parcialmente forma e função dos tecidos acometidos. Foram observadas complicações em menos da metade dos casos, porém com morbidade elevada. O índice de sucesso foi semelhante ao de grandes centros de microcirurgia reconstrutiva. A curva de aprendizado é longa, mas tende a melhorar com o treinamento da equipe e aquisição de experiência ao longo do tempo.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Reconstrutiva | Microcirurgia | Cabeça e Pescoço

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1191

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação epidemiológica e anatomopatológica dos pacientes submetidos à ressecção cirúrgica por tumores cutâneos em face no Município de Teresópolis-RJ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NICOLA FIORINO BIANCARDI (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), THAÍS MATHIAS AGUIAR DA SILVA (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), LUCIANA SILVA POMBO (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), FLÁVIA SILVA MOREIRA (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), DOMINGOS LOPES DO AMARAL JUNIOR (EMESCAM), LUMA GUARESCHI (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO), MARCIO MENDES MANENTE (HOSPITAL SERVIDORES DO ESTADO), SULAMITA SHIZUKO OKAYAMA (INCA)

RESUMO: OBJETIVO Avaliar perfil dos pacientes internados para ressecção de tumores cutâneos em face, e análise anatomopatológica das peças ressecadas. METODO Estudo epidemiológico do tipo observacional com delineamento transversal, baseado na análise de laudos anatomopatológicos dos pacientes submetidos à ressecção cirúrgica de tumores cutâneos em face. O estudo avaliou indivíduos internados para cirurgia plástica, no período de janeiro-dezembro de 2013, no Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano, no município de Teresópolis-RJ. Foram analisados: idade, sexo, local das lesões, margem de segurança oncológica, e resultados anatomopatológicos. RESULTADOS No período do estudo foram submetidos a ressecção cirúrgica por tumores cutâneos em face 20 pacientes, sendo que um dos casos apresentava duas lesões oncológicas em face. Quanto ao sexo dos pacientes, temos: 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino. Quanto a idade dos pacientes, observa-se: 9% na faixa etária dos 40-50 anos; 23% dos 51-60 anos; 27% na faixa de 61-70 anos; 18% de 71-80 anos e 23% nos pacientes com idade acima de 80 anos. Analisando a área da face acometida, temos: 20% de acometimento em região de orelha, tanto esquerda quanto direita; 10% em lábios; 35% em nariz, sendo desse total 14% em ponta de nariz e 86% em asa nasal; 5% em sulco naso geniano e 30% em região malar. O resultado da ressecção cirúrgica, atingiu-se 100% dos tumores ressecados com margem cirúrgica livre. A análise anatomopatológica, temos: 86% de carcinoma basocelular (CBC) e 14% de carcinoma espinocelular (CEC). DISCUSSÃO No estudo observamos ligeiro predomínio do sexo masculino sobre o feminino, porém a proporção de 2:1 apresentada nos estudos para CBC. A faixa etária predominante é semelhante à encontrada na literatura, sendo as faixas de 61-70 anos com maior número. No estudo, a região nasal foi identificada com predominância dos casos, principalmente as asas nasais. O predomínio maior de casos de CBC sobre o CEC e melanoma, mantém-se preservada. Observa-se no CBC o subgrupo nodular sendo o mais frequente. Para o CBC e CEC a exérese cirúrgica deve ser feita com margem adequada. CONCLUSÃO De acordo com dados comparativos apresentados, segundo literatura médica confiável e índices internacionais, os dados apresentados nesse estudo se assemelham no perfil epidemiológico dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: TUMORES CUTÂNEOS EM FACE | RESSECÇÃO CIRÚRGICA | ANATOMOPATOLOGIA TUMORES CUTÂNEOS

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1327

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: AVALIAÇÃO COMPARATIVA DOS PACIENTES INTERNADOS POR QUEIMADURA NO ESTADO DE SÃO PAULO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NICOLA FIORINO BIANCARDI (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), THAÍS MATHIAS AGUIAR DA SILVA (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), LUCIANA SILVA POMBO (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), MARINA FIORINO BIANCARDI (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), FLÁVIA SILVA MOREIRA (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), SULAMITA SHIZUKO OKAYAMA (INCA), LUMA GUARESCHI (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL- HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO), MARCIO MENDES MANENTE (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO)

RESUMO: OBJETIVO Traçar perfil epidemiológico dos pacientes internados por queimaduras e corrosões no estado de São Paulo. METODOLOGIA Trata-se de um estudo descritivo transversal dos pacientes internados por queimaduras e corrosões no estado de São Paulo. Os dados foram obtidos mediante consulta ao banco de dados do DATASUS, nos anos de 2010-2015. Foram analisados: o número de internações, a idade e sexo dos pacientes, bem como o tempo médio de internação. RESULTADOS No período da pesquisa foram internados 13.961 pacientes por queimaduras e corrosões, sendo no ano de 2010: 3.179 casos; 2011: 2.592 casos; 2012: 2.374 casos; 2013: 2.146 casos; 2014: 1.969 casos, e 2015: 1.701 casos. O número de pacientes internados por faixa etária, no período, foi: na faixa etária de menores de 1 ano: 269 pacientes; 1-4 anos: 1.973 pacientes; 5-9 anos: 973 pacientes; 10-14 anos: 874 pacientes; 15-19 anos: 739 pacientes; 20-29 anos: 2.270 pacientes; 30-39 anos: 2.278 pacientes; 40-49 anos: 1.977 pacientes; 50-59 anos: 1.345; 60-69 anos: 695 pacientes; 70-79 anos: 351 pacientes; e acima de 80 anos: 213 pacientes. Quanto ao sexo, nos 5 anos da pesquisa, 9.183 eram do sexo masculino, e 4.778 eram do sexo feminino. O tempo médio de internação foi de 8,5 dias. DISCUSSÃO O ano com maior número de casos notificados e o ano de 2010, correspondendo a 22,7%, seguido do ano de 2011, com 18,5% dos casos notificados. Avaliando o número de casos por idade, temos na população pediátrica e geriátrica (menores de 1 ano a 19 anos), a faixa etária de 1-4 anos com 14%, seguido da de 5-9 anos, com 7%. Na população adulta, observa-se a população na faixa etária de 20-29 anos e 30-39 anos, ambos com 16% dos casos. Quando ao sexo dos pacientes, observa-se predomínio do sexo masculino sobre o feminino.

PALAVRAS-CHAVES: QUEIMADURAS NO ESTADO DE SÃO PAULO | INTERNAÇÕES | EPIDEMIOLOGIA

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1331

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação histopatológica e imunohistoquímica das queimaduras de 2º grau superficial em dorso de ratos tratadas com curativo de celulose bacteriana

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME FREDERICO FERRO ALVES (FCMS-PUC-SP), GUSTAVO MEIRELLES DOS SANTOS (FCMS-PUC-SP), TALES BARIONE REGINALDO (FCMS-PUC-SP), DECIO LUIS PORTELLA (FCMS-PUC-SP)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Queimaduras são lesões frequentes na população, com altos gastos no Sistema Único de Saúde. Frequentemente são causadas por escaldamento, gerando feridas de 2º grau de pequena a média extensão. Contudo, ainda não há um consenso sobre o uso de curativos. Recentemente curativos com celulose bacteriana (CB) estão sendo utilizados como coberturas para tratamento de queimaduras e representam grande avanço na área de biomateriais. **OBJETIVOS:** Necessidade de elucidação sobre os aspectos cicatriciais e de epitelização das queimaduras tratadas com CB, justificando avaliação histológica e imunohistoquímica de queimaduras de 2º grau tratadas por esse curativo. **MÉTODOLOGIA:** Foram provocadas queimaduras de 2º grau por escaldamento em ratos Wistar sp. tratados com CB Bionext® ou solução fisiológica 0,9%, de acordo com o grupo. Posteriormente foi realizada aferição da espessura de epiderme e avaliação imunohistoquímica com os marcadores α -actina e Fator de VonWillebrand. **DISCUSSÃO E RESULTADOS:** As avaliações imunohistoquímica e histológica não evidenciaram diferença significativa em relação à presença de miofibroblastos $p=0,7816$, neovascularização $p=0,7465$, espessura epidérmica $p=0,5849$, infiltrado inflamatório $p=0,6495$, cicatriz $p=0,5889$ e colágeno $p=0,8864$ entre os grupos tratados com CB e solução fisiológica 0,9%. Diferem do estudo de Kwak et al, que relatou aumento de neoangiogênese no grupo tratado com celulose bacteriana. **CONCLUSÃO:** as avaliações imunohistoquímica e histológica não evidenciaram diferença significativa em relação à presença de miofibroblastos, neovascularização e espessura epidérmica.

PALAVRAS-CHAVES: Queimaduras | Celulose Bacteriana | Curativo

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1373

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: EFEITO DA NICOTINA NA INDUÇÃO DE ISQUEMIA EM RETALHOS: ESTUDO UTILIZANDO MODELO ANIMAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENATO DA SILVA FREITAS (UFPR), ANA LUISA BETTEGA (UFPR), MARCO ANTONIO FACCIO (UFPR), FELIPE SANTOS XAVIER (UFPR)

RESUMO: Introdução: O tabagismo influencia negativamente no processo de cicatrização, induzindo vasoconstrição e isquemia. Parar de fumar diminui os riscos perioperatórios e melhora os resultados a longo prazo. O uso da terapia de reposição de nicotina (TRN) é uma forma de evitar a abstinência em pacientes com desejo de parar o tabagismo. No entanto, não há dados da literatura que demonstrem com clareza os efeitos do uso da TRN no processo de cicatrização e indução de isquemia. Objetivo: Analisar os efeitos da nicotina na indução de isquemia em retalhos no dorso de ratos. Material e métodos: É um estudo experimental, longitudinal, controlado e randomizado. Foi utilizada uma amostra de 30 ratos adultos, machos, da linhagem Wistar. Os ratos foram distribuídos, ao acaso, em três grupos: controle (GC), nicotina (GN, expostos a nicotina 2mg/kg em duas aplicações SC diárias, duas semanas antes da elevação do retalho) e fumaça de cigarro (GF, expostos a fumaça de cigarro, dois cigarros, duas vezes ao dia, durante duas semanas antes da elevação do retalho). Foi feita a elevação do retalho cutâneo dorsal de base cranial e subsequente reposto em seu leito original, através de pontos separados de fio de náilon monofilamentado 3-0. A quantificação da área de necrose dos retalhos cutâneos se deu através das análises das imagens, geradas após eutanásia no 14º dia de pós-operatório, através de escalas padronizadas pelo programa ImageJ®. Foi retirada toda a área do retalho, após a eutanásia, e encaminhada para a análise histológica. Resultados: A avaliação da porcentagem da área de necrose do retalho mostrou menor taxa de necrose no GC (35%), seguido pelo GN (50,3%) e pelo GF (59,8%) ($p = 0,05$). Os dados histológicos mostraram que o GN teve score de inflamação semelhante ao GF e maior do que o GC ($p=0,009$). Foi observado que o GF possuiu mais neovascularização, seguido pelo GN e pelo GC. Conclusão: A utilização do modelo animal para pesquisa dos efeitos isquêmicos do cigarro e nicotina em retalhos foi adequado. Os dados apresentados sugerem que o tabagismo possui efeito isquêmico mais intenso que a nicotina isolada. No entanto, os índices de necrose do grupo nicotina foram maiores que o grupo controle. Portanto, pacientes em uso de terapia de reposição de nicotina, mesmo com a interrupção do tabagismo, apresentam risco maior de necrose se submetidos a cirurgias que necessitem de retalhos. Bibliografia: Pluvy I et. al., 2015. Barnes PJ et. al. 2015. Gazzalle A, et al. 2014. Selçuk CT, et al. 2016

PALAVRAS-CHAVES: nicotina | retalho | necrose

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1550

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Reconstrução de Face com Retalho Microcirúrgico Antero-lateral da Coxa com Anastomose nos Vasos Temporais Superficiais

AUTORES/INSTITUIÇÕES: APAGAR REGISTRO (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), WILLIAM MASSAMI ITIKAWA (HOSPITAL ERASTO GAERTNER)

RESUMO: Introdução: As sequelas oriundas das grandes ressecções oncológicas com exanteração de órbita invariavelmente necessitam de reconstrução. Em casos quando há a preservação das pálpebras e musculatura ocular, apenas enxertias de pele são suficientes para a reconstrução da cavidade e adaptação de próteses oculares. No entanto em casos mais extensos há a necessidade de cobertura com retalhos elaborados, dentre eles o retalho antero-lateral da coxa. Neste trabalho apresentamos uma série de casos em que utilizamos o retalho antero-lateral da coxa microcirúrgico anastomosado nos vasos temporais superficiais (VTS).Objetivo: Demonstrar a efetividade de retalhos microcirúrgicos na cobertura de grandes defeitos orbitais após ressecções complexas. Dando ênfase ao retalho antero- lateral da coxa anastomosado nos vasos temporais superficiais.Materiais e Métodos: Foram selecionados casos de reconstrução imediata e tardia de pacientes com sequelas de extensas ressecções orbitais. A documentação de cada caso foi realizada através de fotografias previamente autorizadas pelo paciente.Resultados:Obtivemos bons resultados com a utilização dos vasos temporais superficiais, sem perdas totais dos retalhos. Como complicação apresentamos uma fistula cutânea do seio frontal em um paciente que apresentava exposição prévia do seio.Discussão:Usualmente os vasos utilizados como receptores são os vasos faciais devido a sua facilidade de dissecação e anastomose, no entanto alguns autores preconizam a utilização dos VTS como primeira escolha, uma vez que é um pedículo confiável e mais próximo ao terço superior da face¹. Em alguns casos a utilização desses vasos receptores foi devido a dificuldade de dissecação dos vasos faciais uma vez que a radioterapia ou dissecação cervical prévia podem gerar intensa fibrose local e inviabilizar a anastomose nos vasos faciais².Com o conhecimento adequado da anatomia e das técnicas cirúrgicas, os VTS são uma excelente opção de pedículo para a reconstrução de órbita e escalpe³.Conclusão:Assim como exposto neste trabalho, apresentamos casos de reconstrução de face utilizando o antero-lateral da coxa como opção segura e confiável. A utilização dos vasos temporais superficiais é uma opção confiável naqueles pacientes em que há uma intensa fibrose cervical.

PALAVRAS-CHAVES: microcirurgia | retalho microcirúrgico | reconstrução de face

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1569

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Ligamentos retentores da face: estudo anatômico na população baiana

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANILO PINHEIRO NUNES (UFBA), JOSÉ VALBER LIMA MENESES (UFBA), RODRIGO DEL PINO SILVA (UFBA), REBECA FERNANDES DE CARVALHO (UFBA), JACQUELINE SALES BRANDÃO RIOS (UFBA), PEDRO MORAES DÓREA (UFBA), JULIANA VIEIRA PINTO TRAVASSOS (UFBA), TAUANE BAHIA MODESTO (UFBA)

RESUMO: Os ligamentos retentores da face permitem o suporte dos tecidos faciais moles na sua posição anatômica normal. Com a frouxidão desses ligamentos, que servem de pontos de ancoragem para o SMAS e a derme até a fáscia profunda e perióstio, as gorduras faciais descem ao plano entre as fâscias superficial e profunda, criando estigmas do envelhecimento facial. Para cirurgia faciais, reconstrutivas ou estéticas, a obtenção de um avanço e reposicionamento adequado dos tecidos faciais é necessária e a transecção e fixação dos ligamentos retentores às estruturas fixas subjacentes permite resultados mais seguros. Objetivo: Estudar anatomia dos ligamentos da face (medidas, localização e suas relações com estruturas faciais adjacentes) possibilitando comparações entre nossa população e dados já existentes. Metodologia: Dissecados 08 cadáveres não reclamados do IML Nina Rodrigues total 12 hemifaces, excluídos cadáveres com cicatrizes ou deformidades. Parâmetros fixos (porção anterior do tragus e rebordo orbitário inferior) e medidas em planos horizontal e vertical a partir desses marcos. Resultados: Na totalidade foi observado os ligamentos zigomático e pré-auricular, tendo distâncias médias do tragus de 49,3 e 12,475 mm, respectivamente. Largura do zigomático foi de 22,36 mm, média. O massetérico foi observado em 9 casos com distância média do tragus de 41,032 mm. O mandibular foi observado em 9 hemifaces, com distância média de 63,877 mm a partir do ângulo da mandíbula. Discussão: Em média os valores encontrados foram semelhantes ao da literatura existente, não havendo dados na literatura acerca do ligamento mandibular. Em geral, pequenas variações observadas quando relacionando com estudos anteriores podem ser atribuídas a diferenças antropométricas na população estudada, considerando predominância de cadáveres negros na população estudada. Conclusão: Os ligamentos retentores da face são estruturas essenciais no entendimento do envelhecimento e estrutura facial e apresentam características anatômicas constantes. Bibliografia: 1. Wong CH, Mendelson BC. Facial soft-tissue spaces and retaining ligaments of the midcheek: defining the premaxillary space. *Plast Reconstr Surg* 2013;132:49-56. 2. Mendelson BC. Anatomic study of the retaining ligaments of the face and applications for Facial Rejuvenation. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2013; 37:513-515.

PALAVRAS-CHAVES: Ligamentos retentores | Face | Rejuvenescimento

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1604

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Risco de Recidiva em Carcinoma Basocelular da Face

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OLY CAMPOS CORLETA (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), THAIS VICENTINE XAVIER (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), HENRIQUE IAHNKE GARBIN (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), GABRIELLA RICHTER DA NATIVIDADE (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), BERNARDO SILVEIRA VOLKWEIS (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), LUIS FERNANDO MOREIRA (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), BRUNO TISCHER JUNG (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), MARCELO CASTRO MARÇAL PESSOA (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS)

RESUMO: Objetivo: O objetivo deste estudo foi investigar as características histológicas e o papel do cirurgião envolvido na recorrência de carcinoma basocelular (CBC) facial quanto às margens de segurança. Pacientes e métodos: Análise multivariada foi realizada em 285 casos de CBCs consecutivos referidos ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Serviços de Cirurgia Geral ou Plástica, entre 1º de Janeiro e 31 de dezembro de 2013 e seguidos a cada 6 meses até 30 de novembro de 2016; média (SD) de 14,7 (11,7) meses. Todos os dados foram analisados em áreas de alto ou baixo-risco, lesão primária ou recorrente e grupos de excisão completa ou incompleta. Resultados: Houve 145 (51%) homens e 140 (49%) mulheres; idade mediana (intervalo) de 67 anos (29 a 85). Cirurgião geral ou plástico operaram 218 (77%) ou 67 (23%) casos de CBCs, respectivamente. A maioria dos CBCs faciais era de área de alto risco (n = 188; 66%); primária (n = 246; 86,3%) principalmente subtipos nodular (195; 68%) ou infiltrativo (n = 57; 20%), com tamanho médio (SD; variação) de 10,6 (8,2; 3-120) mm. Recidiva ocorreu em 19 (7%) casos em uma média (SD) de 18,7 (7,9) meses; 14 (5,7%) e 5 (13%), respectivamente para CBCs primários e recorrentes, sendo 33,9% para ressecções incompletas e apenas 3% para lesões completamente ressecadas. Um risco significativamente aumentado para recidiva foi observado para lesões maior que 10mm [OR = 0,19; 95% CI (0,05 - 0,67); p = 0,01] e para lateral [OR = 7.10; 95% CI (2,70-18.66); p = 0,0001] profundo [OR = 4,92; 95% CI (1,59-15,19); p = 0,005] ou qualquer [OR = 6,75; 95% CI (2,57-17,73); p = 0,0001] margem comprometida (n = 56; 20%). Lesões recorrentes tendem a recidivar novamente [OR = 2,58; 95% CI (0.87 - 7,67); NS]. Não foram observadas diferenças em relação a áreas de alto e baixo-risco, tempo de recidiva ou especialidade do cirurgião. Conclusão: O controle de margem cirúrgica é ainda crucial para recidiva, apesar de áreas de alto ou baixo-risco e da especialidade do cirurgião para CBCs da face. Bibliografia: van Loo E, Mosterd K, Krekels GA, Roozeboom MH, Ostertag JU, Dirksen CD et al. Surgical excision versus Mohs` micrographic surgery for basal cell carcinoma of the face: A randomised clinical trial with 10 year follow-up. Eur J Cancer. 2014; 50(17):3011-20. doi: 10.1016/j.ejca.2014.08.018.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de pele | Carcinoma basocelular | Recidiva

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1699

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Perfil das Cirurgias Realizadas em Pacientes Internados no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Geral do Estado da Bahia: Estudo Inicial

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS VIANA DA SILVA BARROSO (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), PAULO PLESSIM DE ALMEIDA FILHO (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), NILMAR GALDINO BANDEIRA (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), OSVALDO FERREIRA DE JESUS (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), TAMYRES SOUZA BARROS (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), ADSON ANDRADE DE FIGUEREDO (HOSPITAL GERAL DO ESTADO)

RESUMO: Objetivo: Verificar o perfil dos pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Geral do Estado da Bahia submetidos a cirurgia, assim como os tipos de cirurgias realizadas. Metodologia: Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado em pacientes admitidos no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Geral do Estado da Bahia, no período de 04/11/2016 a 02/02/2017. Os prontuários dos pacientes internados foram revisados e analisados quanto aos seguintes aspectos: sexo, idade, etiologia da queimadura, superfície corpórea queimada (calculada pela tabela de Lund-Browder), cirurgia realizada (enxerto, retalho, enxerto e retalho ou desbridamento), caráter eletivo ou urgência e agente causal. Foi analisada a quantidade total de procedimentos e a média mensal. Foram excluídos os procedimentos em que as informações sobre os aspectos analisados não constavam em prontuário. Resultados: Do total de 149 procedimentos, foram selecionados 99 para o presente estudo, com média de 33 procedimentos por mês. A idade mínima variou de 1 a 66 anos, média de 25,29 anos. Corresponderam ao sexo masculino 68 pacientes e 31 ao sexo feminino. A superfície corpórea queimada variou de 1,5% a 60% com média de 23,31%. Dos 99 procedimentos, 87 foram realizados em caráter eletivo e 12 em regime de urgência. Quanto ao tipo de cirurgia, foram realizados 65 enxertos de pele, 9 retalhos, 8 enxertos associados a retalhos e 17 desbridamentos cirúrgicos. Como agente causal, foram observados 84 casos por queimadura térmica, 14 casos por queimadura elétrica e 4 casos por queimadura química. Conclusão: Apesar da recente inauguração do serviço, há 04 meses, já se observa amostragem semelhante aos dados da literatura mundial referente à distribuição epidemiológica da população atendida. Queimaduras por agentes térmicos, em homens, tratados com enxertia de pele representa o cenário de maior prevalência deste serviço. Bibliografia: 1- Smolle C, Cambiaso-Daniel J, Forbes AA, Wurzer P, Hundeshagen G, Branski LK, Huss F, Kamolz LP. Recent trends in burn epidemiology worldwide: A systematic review. *Journal of the International Society for Burn Injuries*. 2016 <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.08.013> 2-Pavoni V, Gianesello L, Paparella L, Buoninsegni LT, Barboni E. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2010;18:24.

PALAVRAS-CHAVES: queimaduras|enxerto|retalho

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1944

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: CIRURGIA "WIDE AWAKE" NA DESCOMPRESSÃO DO TÚNEL DO CARPO: A PERSPECTIVA DO PACIENTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BIANCA ZANETTE DE ALBUQUERQUE (PUCRS), RAFAEL CANANI SOMMER (PUCRS), MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER (PUCRS), JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA (PUCRS)

RESUMO: Objetivo: O tratamento cirúrgico da Síndrome do Túnel do Carpo (STC), patologia prevalente em até 5% da população, representa importante alternativa na diminuição da pressão intratúnel e consequente alívio sintomático. Técnicas mais simples, econômicas e com resultados semelhantes devem ser buscadas em benefício dos médicos, dos pacientes e da saúde pública. O objetivo deste estudo é comparar, quanto à satisfação dos pacientes, a técnica wide awake local anestesia no tourniquet (WALANT) ? que consiste em anestésiar localmente o paciente com lidocaína e epinefrina ? com outros tipos de anestésias utilizadas na cirurgia de Descompressão do Túnel do Carpo (DTC), já que o uso da epinefrina se mostrou seguro na cirurgia da mão. Métodos: Uma revisão da literatura foi feita nas databases Embase e Pubmed; os artigos foram selecionados por dois pesquisadores independentes. Resultados: Recentemente a técnica WALANT, que dispensa o uso de torniquete, de sala cirúrgica convencional e de anestesia geral, surge como uma nova opção na cirurgia de DTC. Braithwaite, em um estudo controlado randomizado, comparou o conforto e hemostasia de pacientes com STC bilateral, demonstrando a eficiência hemostática da WALANT. Além disso, 73% dos pacientes relataram maior desconforto com o torniquete. Koegst et al. analisou, por questionários, pacientes submetidos a WALANT. 90% dos pacientes relataram sentir-se extremamente bem ou bem. Em 2013 Davison comparou pacientes submetidos a WALANT com outros submetidos a DTC com sedação, anestesia local e torniquete. Os dois grupos mostraram-se igualmente satisfeitos. Contudo, o grupo submetido a WALANT reduziu tempo de internação, realizou menos exames e relatou menor ansiedade pré-operatória. Teo, em 2013, avaliou pacientes submetidos a cirurgias wide awake e 91% descreveram a dor como menor que a de um procedimento odontológico e 86% gostariam de usar a mesma anestesia se fosse necessário repetir o procedimento. Hustedt, em um estudo com 27.041 pacientes sugere que evitar anestesia geral pode reduzir o risco de complicações pós-operatórias. Rhee et al. em 2016 constatou que a cirurgia de DTC realizada por WALANT impactou em uma redução de 85% no custo do procedimento. Conclusões: Nossa revisão aponta que WALANT para DTC é um procedimento seguro, econômico e efetivo. Somado ao fato de ser um procedimento ambulatorial, com menores custos em exames, medicações e internações, acreditamos que a cirurgia wide awake seja o futuro da cirurgia de DTC.

PALAVRAS-CHAVES: wide awake | túnel do carpo | anestesia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2102

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Centros de Tratamento de Queimaduras: uma necessidade nacional

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ JOSÉ YABAR ALFARO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), SILVIA IRLA ALFARO YABAR (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA), NURIA ALFARO YABAR (UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA)

RESUMO: Objetivo: Quantificar os Centros de Tratamento de Queimaduras (CTQ) habilitados no Brasil e correlacioná-los com a quantidade de pacientes queimados no território nacional no ano de 2016. Método: Verificou-se os CTQs habilitados no Brasil a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Os dados referentes ao número de pacientes com queimaduras foram obtidos a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, considerou-se todo paciente com Autorização de Internação Hospitalar (AIH) desde pequenas queimaduras até tratamento de urgência de grandes queimados. Resultados: O Ministério da Saúde habilita 45 unidades de CTQs sendo duas de Média Complexidade e 42 de Alta Complexidade. Dessas unidades há 38 CTQ com Unidades de Terapia Intensiva para queimados, totalizando 178 leitos pelo Sistema Único Saúde (SUS). É estimado 1 milhão de acidentes por queimaduras por ano no Brasil e 2500 irão falecer. Em 2016 houve 17.389 AIH na rede pública do SUS que geraram 144.107 dias de permanência em leitos. Conclusão: Se considerarmos a quantidade de vítimas de queimadura no país vemos a necessidade de mais CTQs para uma cobertura nacional e homogênea. Muitos estados ainda não possuem nenhum centro, principalmente na região Norte e Nordeste. As duas regiões apresentam apenas 9 unidades e possuíram em 2016 40,3% das AIH. Ao compararmos com os Estados Unidos há 159 CTQs, uma média de um centro para 2 milhões de habitantes, contra um centro para 4,5 milhões de habitantes no Brasil. Existe uma dificuldade enfrentada pelos CTQ nos diversos sistemas de saúde, os Estados Unidos sofrem uma retração nas unidades e o Brasil apresenta dificuldade na implementações de novos centros. Cabe ressaltar a importância dos CTQs no cenário nacional, uma vez que permitem um atendimento integral ao paciente queimado a partir de sua equipe multiprofissional, assim, é necessário incentivar novas implementações, principalmente nos estados desprovidos de nenhum centro especializado. Bibliografia: Ferreira MC, Gomes DS. Tratado de cirurgia plástica, volume II: queimaduras. São Paulo: Atheneu, 2013. Brasil. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Departamento de Informática do SUS ? Datasus [acesso 3 de fevereiro de 2017]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Poovey B. Hospitals are shutting down burn centers. Washington Post Journal [acesso 3 de fevereiro de 2017]. Disponível em <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/08/08/AR2007080800272.html>.

PALAVRAS-CHAVES: Centro de Tratamento de Queimaduras | Sistema Único de Saúde | Atendimento Hospitalar

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2388

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Comparativo do perfil de pacientes submetidos a cirurgia plástica pós-bariátrica em Hospital Universitário e DATASUS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS RIOS ROCHA (UFBA), VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH (UFBA), RODRIGO FERREIRA DA ROCHA (UFBA), PEDRO MORAES DÓREA (UNIFACS), RODRIGO DEL PINO SILVA (UNIFACS), GUSTAVO VIANA CONCEIÇÃO (UNIFACS), BEATRIZ MOURA COSTA E COSTA (UNIFACS), JOSÉ VALBER LIMA MENESES (UFBA)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o perfil dos pacientes submetidos a abdominoplastia pós-bariátrica em um hospital universitário de cirurgia plástica no período de 2008-2015 e comparar dados dos prontuários com dados disponibilizados pelo DATASUS. Método: O estudo observacional, transversal realizado em Hospital Universitário. Após seleção dos pacientes os dados foram coletados dos prontuários e instrumentos de avaliação padronizados foram aplicados durante avaliação no ambulatório. Foi realizada ainda coleta de dados e estudo de série temporal com dados agregados e secundários oriundos do sistema DATASUS e do Sistema de Informações Hospitalares/SIH. Foram analisadas todas cirurgias bariátricas e pós bariátricas realizadas no estado da Bahia no mesmo período de coleta do hospital universitário no período de 2008 a 2015. Resultados: O peso no período da dermolipectomia variou entre 55,4 e 111,8 kg (média de 86,361 Kg) apresentando cerca de 50 kg a menos que antes da gastroplastia. Na avaliação pós-operatória no ambulatório foi constatado uma média de idade de 49 anos, A altura da cicatriz com relação ao púbis foi de 9,1 cm e foi observado uma pequena assimetria entre a distância entre as extremidades da cicatriz e o eixo central variando de 0 a 6 cm. A média do comprimento da cicatriz horizontal foi de 57,8 cm. Conclusões: Identificou-se uma demanda muito grande de pacientes que necessitam de tratamento pós gastroplastias. As pacientes são operadas com idades diferentes das esperadas para a indicação das gastroplastias. Houve pouco ganho de peso no pós-operatório tardio, mesmo em pacientes com IMC prévio elevado. Foi identificado o uso de códigos de dermolipectomias não estéticas quando poderia ser usado o de cirurgia pós-bariátrica, onerando o hospital. Referências: 1. Massabki LHP, Sewaybricker LE, Nakamura KH, Mendes RT, Barros FAA, Monteiro MARG et al . Bariatric surgery: is it reasonable before the age of 16?. Rev. Col. Bras. Cir. 2016 Oct; 43(5): 360-367 2. Pierpont YN, Dinh TP, Salas RE, Johnson EL, Wright TG, Robson MC, Payne WG. Obesity and Surgical Wound Healing: A Current Review. ISRN Obes. 2014. 3. Mattioli WM et al.. Importância e análise da estabilização ponderal nos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica candidatos à cirurgia plástica. Rev. Bras. Plást. 2012; 27(supl): 1-102.4. Grieco M, et al. Analysis of Complications in Postbariatric Abdominoplasty: Our Experience. Plast Surg Int. 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Abdominoplastia | Pós-bariátrica | DATASUS

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2389

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação da extração do Foliculo Piloso Para Transplante

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANTONIO ARCANJO BATUIRA TOURNIEUX (CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAUO), TATIANA TOURINHO TOURNIEUX (CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAULO), WANESSA DA COSTA LIMA (CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAULO)

RESUMO: AVALIAÇÃO DA EXTRAÇÃO DO FOLÍCULO PILOSO PARA TRANSPLANTEAUTORES ANTONIO ARCANJO BATUIRA TOURNIEUXTATIANA TOURINHO TOURNIEUXFUGÊNCIO COSTA RAMOSWANESSA DA COSTA LIMA INTRODUÇÃO VÁRIOS MÉTODOS USADOS PARA EXTRAÇÃO DO FOLÍCULO PILOSO, TIVERAM A PREOCUPAÇÃO DE CRIAR E UTILIZAR VÁRIOS INSTRUMENTOS E TÁTICAS DIVERSAS PARA FACILITAR. PORÉM A REGIÃO DOADORA E O SENTIDO DA HASTE NO AFLORAMENTO DO FOLÍCULO ORIENTOU O MANUSEIO DO MESMO, PERMITINDO CADA VEZ MAIS O APRIMORAMENTO. NO BRASIL O PRIMEIRO RELATO DO TRATAMENTO DA CALVICIE COM RETALHO E COM TRANSPLANTE DO FOLÍCULO, FOI DE MUNIR CURI, MAS FOI NORMAN ORENTRAICH NOS ESTADOS UNIDOS DA AMERICA, QUE PROPORCIONOU A GRANDE DESCOBERTA DO EVENTO TRANSPLANTE COM MINIENXERTIA. OS AVANÇOS DA CIRURGIA DA CALVÍCIE, TEVE O OBJETIVO DE CONSEGUIR DENTRO DO POSSÍVEL RESULTADO COURO CABELUDO NORMAL. TÉCNICAS OPERATÓRIAS E OBSERVAÇÕES VAMOS NOS REPORTAR AO TRATAMENTO COM MINIENXERTIA (COM DOIS OU MAIS FOLÍCULOS), ATÉ OS DE UNIDADE CAPILAR, ESSAS TÉCNICAS FORAM DESCRITAS PELOS AUTORES BRASILEIROS. AS TÉCNICAS (FUT) FOLICULAR UNIT TRANSPLANTATION E A (FUE) FOLICULAR UNIT EXTRACTION, COMPREENDE O APERFEIÇOAMENTO DO TRATAMENTO. NOS MINIENXERTOS, BASEADOS EM ESTUDO HISTOLÓGICOS, PODEMOS CONFIRMAR QUE O "COMPLEXO CAPILAR", PODE APRESENTAR FOLÍCULO FASE TERMINAL (TELÓGENA) E FOLÍCULO NO PRIMEIRA FASE (ANÁGENA), ESTES DOIS FOLÍCULOS DENTRO DESTE FRAGMENTO PARA ENXERTIA, PASSA TER IMPORTÂNCIA NA CONFECÇÃO, POIS APENAS, O FOLÍCULO DA ÚLTIMA FASE PARTICIPA DO CICLO FOLICULAR. OS FOLICULOS DA ÚLTIMA FASE APRESENTAM ASPECTO HIPOTRÓFICO, ESPAÇOS VAZIOS E ESCAPE MELÂNICO. COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES DEPOIS DE UMA LONGA EVOLUÇÃO ENTRE DIVERSAS TÉCNICAS E TÁTICAS ACREDITAMOS TER ENCONTRADO UM PROGRAMA QUE ATENDE SATISFATORIAMENTE A ESSE DESIDERATO, TANTO AO PROFISSIONAL E O PACIENTE

PALAVRAS-CHAVES: Transplante Capilar | Calvicie | Alopecia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2403

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Qualidade de Vida após Cirurgia Plástica do Abdome

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO MORAES DÓREA (UNIVERSIDADE SALVADOR), VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), LUCAS RIOS ROCHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), RODRIGO DEL PINO SILVA (UNIVERSIDADE SALVADOR), RODRIGO FERREIRA DA ROCHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), CIRO PIRES VENTURA AZEVEDO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), PRISCILA BOMFIM NERI (UNIVERSIDADE SALVADOR), JOSÉ VALBER LIMA MENESES (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar o perfil da qualidade de vida, autoestima e imagem corporal dos pacientes submetidos à dermolipectomia abdominal. MÉTODOS: Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, realizado com uma amostra de conveniência composta por 26 pacientes operados no serviço de cirurgia plástica do hospital universitário de referência em Salvador-BA. Critério de inclusão: pacientes operados neste hospital no período nos últimos 9 anos submetidos a dermolipectomia abdominal que tenham aceitado responder aos questionários propostos, após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: recusa em participar da pesquisa, idade menor que 18 anos e idade maior ou igual à 70 anos. Do grupo amostral foram identificados como elegíveis para participar do projeto de pesquisa 26 pacientes (22,6%). Foram coletado dados dos prontuários dos pacientes relativo a idade e IMC. Os pacientes foram solicitados a comparecer ao ambulatório do serviço de cirurgia plástica, onde foram aplicados os questionários de Qualidade de Vida SF-36, Escala de Auto Estima de EPM/Rosenberg e Imagem Corporal (Body Shape Questionnaire). RESULTADOS: A média do escore total do Body Shape Questionnaire obtida foi de 87,2 traduzindo o quadro de preocupação razoável com a imagem corporal. No SF-36 observou-se melhores escores nos itens: Funcionamento Social (80) e Desempenho Físico (86,4); e piores escores nos itens: Saúde Geral (65,7), Vitalidade (68,6) e Dor Corporal (69,7). Também foi observado que 84% dos pacientes estão satisfeitos consigo e 45,8% avaliam a saúde com muito boa ou excelente. CONCLUSÃO: Estudos sobre aspectos psicológicos envolvendo pacientes são importante para guiar os protocolos de tratamento e os critérios de seleção dos pacientes para as cirurgias. Este estudo mostrou melhora na qualidade de vida, auto estima e imagem corporal dos pacientes operados. BIBLIOGRAFIA: 1. Singh D, Zahiri HR, Janes LE, Sabino J, Matthews JA, Bell RL, Thomson JG. Mental and Physical Impact of Body Contouring Procedures on Post-Bariatric Surgery Patients. *Eplasty*. 2012; 12: e47.2. Vilà J, Balibrea JM, Oller B, Alastrué A. Post-bariatric surgery body contouring treatment in the public health system: cost study and perception by patients. *Plast Reconstr Surg*. 2014 Sep;134(3):448-54. 3. Pinho PR, Chillof CLM, Mendes FH, Leite CVS, Viterbo F. Abordagem psicológica em cirurgia plástica pós-bariátrica. *Rev. Bras. Cir. Plást*. 2011 Dec; 26(4): 685-690.

PALAVRAS-CHAVES: ABDOMINOPLASTIA|AUTOESTIMA|SF-36

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2593

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Perfil de úlceras crônicas em membros inferiores nos portadores de anemia falciforme tratados com células tronco

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS RIOS ROCHA (UFBA), VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH (UFBA), RODRIGO FERREIRA DA ROCHA (UFBA), BRUNA MUCCINI DE ALMEIDA (EBMSP), CIRO PIRES VENTURA AZEVEDO (EBMSP), RODRIGO DEL PINO SILVA (UNIFACS), PEDRO MORAES DÓREA (UNIFACS), JOSÉ VALBER LIMA MENESES (UFBA)

RESUMO: Objetivo: Descrever a qualidade de vida, a dor e a sensibilidade em pacientes portadores de anemia falciforme e com úlceras crônicas em membros inferiores tratados com células tronco. Método: Trata-se de um estudo de corte transversal baseado na aplicação de questionário de qualidade de vida SF-36, do teste dos monofilamentos de Semmes-Weinstein, da caracterização quantitativa e qualitativa da dor e de perguntas semi-estruturadas. O grupo amostral foi composto pelos pacientes portadores de anemia falciforme com presença de úlceras crônicas em membros inferiores e tratados com enxertias de pele e células tronco, sendo incluídos os pacientes com recidiva da úlcera, e que atualmente estão sendo atendidos no Serviço de Cirurgia Plástica. Resultados: Todos os pacientes foram submetidos à enxertia de pele com utilização de células tronco com fechamento completo após o procedimento e recidiva das úlceras após o período máximo de 1 mês, à exceção de 1 paciente, que obteve o fechamento completo da úlcera com recidiva após 2 anos. A média dos diferentes domínios do SF-36 revelou valor mínimo de 32,1 e máximo 57,7 representados por limitação por aspectos físicos e saúde mental, respectivamente. Uma análise detalhada revelou maior capacidade funcional e menor dor nos pacientes mais jovens, enquanto que as melhores pontuações nos domínios de estado geral de saúde, aspectos sociais e vitalidade foram predominantes nos pacientes com número médio da idade. O teste de sensibilidade revelou maior prevalência de sensibilidade protetora reduzida nos nervos tibial posterior, fibular e sural. Em um único paciente constatou-se a perda da sensibilidade protetora unilateral na região dos respectivos nervos. Todos os pacientes deste estudo referiram que o uso de tratamento com enxertia com células-tronco significou em melhoria de suas queixas clínicas, referindo necessidade de continuar a terapia. Resultados: O perfil dos pacientes portadores de anemia falciforme com úlceras crônicas em membros inferiores revela grande frequência de sensação de prurido e pontada, perda de sensibilidade protetora e pior qualidade de vida em pacientes mais jovens. Sendo assim, é fundamental que exista continuidade do tratamento neste perfil de pacientes, com o desenvolvimento de novas terapias e estudos. Referências: 1: Nguyen VT, Nassar D, Batteux F, Raymond K, Tharaux PL, Aractingi S. Delayed Healing of Sickle Cell Ulcers Is due to Impaired Angiogenesis and CXCL12 Secretion in Skin Wounds.

PALAVRAS-CHAVES: Úlcera crônica | Anemia falciforme | Células-tronco

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2802

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Alternativas de tratamento para os siliconomas ? experiência no HUGG

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDUARDO COSTA TEIXEIRA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), VLADIMIR SANCHEZ JIMENEZ (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), NAZLY GARCES MURILLO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), LEIDY CATHERINE PINZON MURILLO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), PABLO JORDÃO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), EDGAR MARTIN ROSARIO ABREU (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO)

RESUMO: INTRODUÇÃO ? A injeção ilegal de silicone líquido industrial em tecidos moles, notadamente em região glútea e membros inferiores, para aumento de volume com fins supostamente estéticos tem se configurado um problema de saúde pública em nosso meio, bem como em outros países. A desinformação a respeito do procedimento, muitas vezes confundido com técnicas e substâncias reconhecidas no meio médico, contribui para a disseminação da prática criminosa, trazendo aos consultórios médicos um número crescente de complicações e seqüelas. O objetivo deste trabalho é revisar as condutas adotadas pela equipe do Departamento de Cirurgia Geral e Especializada da Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO para corrigir ou minimizar as seqüelas decorrentes do implante de silicone industrial. MÉTODO ? Foram estudados 23 casos de pacientes, que procuraram o ambulatório do HUGG apresentando seqüelas importantes após a injeção de silicone industrial em mamas, região glútea e/ou membros inferiores. Foram analisadas descritivamente as técnicas empregadas para a correção e a minimização das complicações e seqüelas apresentadas pelos pacientes, bem como a sua efetividade na melhora dos quadros tratados. RESULTADOS ? Dos pacientes tratados, 18 eram do sexo feminino e 5 do masculino. Na maioria dos casos, a conduta consistiu na drenagem e aspiração de parte do silicone industrial através do uso de cânulas de lipoaspiração, com melhora do processo inflamatório local. Em 4 casos foram necessárias intervenções mais amplas, com ressecção de tecidos (incluindo segmentos de pele) ou cicatrizes secundárias a ulcerações. Em todos os casos os pacientes referiram melhora com os tratamentos realizados. CONCLUSÃO ? Embora seja sabidamente impossível a retirada completa do silicone industrial injetado em tecidos moles, a alta incidência e as potenciais seqüelas decorrentes deste tratamento ensejam as tentativas de tratamento cirúrgico que possam reduzir estas complicações. As condutas empregadas pelos autores se mostraram efetivas nesta redução, trazendo melhora a qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Silicone industrial|tratamento|sequela

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2861

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação da mobilidade do tronco após cirurgias plásticas do abdome

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO DEL PINO SILVA (UNIFACS), VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH (UFBA), LUCAS RIOS ROCHA (UFBA), RODRIGO FERREIRA DA ROCHA (UFBA), REBECA FERNANDES DE CARVALHO (UFBA), BEATRIZ MOURA COSTA E COSTA (UNIFACS), PEDRO MORAES DÓREA (UNIFACS), DARLAN RODRIGUES TORRES (FTC), JOSÉ VALBER LIMA MENESES (UFBA)

RESUMO: Objetivo: Comparar a mobilidade da parede abdominal após dermolipectomia clássica e pós-bariátrica com uso do programa CvMob. Método: Estudo observacional, transversal, realizado no serviço de cirurgia plástica do hospital universitário de referência. Foram incluídos pacientes operados neste hospital no período de 2008 a 2016, submetidos a dermolipectomia clássica e dermolipectomia pós-bariátrica. Do grupo amostral identificados como elegíveis para participar do projeto de pesquisa, 26 (22,6%) pacientes foram incluídos por conveniência de uma amostra de 115, grupo que aceitou participar do projeto. Foram coletado dados dos prontuários e convidados para consulta e dados do exame físico. Foi realizada a filmagem dos movimentos dos pacientes conforme protocolo previamente estabelecido medindo a trajetória de rotação do abdome, ângulo de extensão, trajetória do movimento e inclinação lateral do abdome de maneira padronizada. Os dados foram analisados pelo programa CVMOB, que utiliza a análise dos fluxos de pixel em vídeos. Resultados: Foi observado que o perfil dos pacientes estudados após dermolipectomia pós bariátrica apresentou médias de 1,62m de altura, 86,36 kg de peso, Hb de 12,3, tempo cirúrgico médio (TCM) de 4h 54min, 49,5 anos de idade e cicatriz horizontal (CH) de 57,8 cm. Já o grupo da dermolipectomia clássica apresentou altura de 1,59m, peso de 64,3kg, Hb de 12 e TCM de 3h 54min, idade de 48 anos e CH de 44,9 cm. Dados da trajetória revelaram deslocamento lateral de 16 e 17 cm, trajetória da rotação 13,4 cm e 13,5 cm; e ângulo de hiperextensão 30,7º e 25,2º nos grupos pós-bariátrico e clássico, respectivamente. Conclusões: Existiu diferença no perfil dos grupos estudados entre cirurgia clássica e pós-bariátrica não havendo repercussão no movimento de trajetória de rotação e inclinação e uma diferença no grau de extensão do abdome. Uso do Cvmob como ferramenta de inovação e tecnologia mostrou-se reprodutível e de baixo custo. 1. García-García ML, Martín-Lorenzo JG, Campillo-Soto A, Torralba-Martínez JA, Lirón-Ruiz R, Miguel-Perelló J, Mengual-Ballester M, Aguayo-Albasini JL. Complications and level of satisfaction after dermolipectomy and abdominoplasty post-bariatric surgery. *Cir Esp.* 2014 Apr;92(4):254-60. 2. Poodt IG, van Dijk MM, Klein S, Hoogbergen MM. Complications of Lower Body Lift Surgery in Postbariatric Patients. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2016 Sep 29;4(9).

PALAVRAS-CHAVES: Abdominoplastia | Amplitude de movimento | Qualidade de vida

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 3009

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: O USO DA COLA DE FIBRINA NA PREVENÇÃO DE HEMATOMAS EM RITIDECTOMIAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCOS VINÍCIUS MENDES DE OLIVEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), TICIANO CESAR TEIXEIRA CLO (CLÍNICA PREMIER BELO HORIZONTE), CARLOS FREDERICO DUAYER PICARDI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), FELIPE XAVIER CLÓ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), LEONARDO MOURÃO LACERDA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), MARLON HEBERT DE AQUINO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), MATHEUS TAVARES TÔRES MIRANDA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), RICCARDO CASAROTTI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Introdução: A cola de fibrina (CF) é um composto derivado de plasma sanguíneo humano, utilizado como um selante tecidual em diversos tipos de cirurgia, como em ritidectomias, ou "face liftings" (FL). Essa consiste em um descolamento tecidual entre o subcutâneo e a aponeurose muscular da face e o uso da CF poderia ser útil no processo de readesão dos tecidos e na prevenção de complicações pós-operatórias, principalmente hematomas (HT). Objetivos: Analisar se o uso da CF realmente possui desfechos estéticos que justifiquem o seu custo/riscos e expor a importância da prevenção de HTs em FL. Metodologia: Buscamos artigos nas bases de dados PubMed, Scielo e LiLacs, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde "rhytidectomy"; "face-lift"; "fibrin glue"; "tissue sealant"; "complications"; "hematoma", com uso do operador booleano "AND". Selecionamos dez artigos levando em consideração sua qualidade e objetivos propostos. Resultados/Discussão: O FL consiste na diminuição de linhas de marcação entre as regiões da face, visando melhora estética. A pele é separada da aponeurose muscular em nível subcutâneo criando um espaço intertecidual naturalmente inexistente (espaço morto) e sua presença facilita a ocorrência de HTs pela falta de uma pressão contrária. O HT é a principal complicação desta cirurgia (75%) e pode levar à diminuição do aporte vascular ao retalho de pele, aumentando o tempo de cicatrização e as chances de necrose na região, sendo essencial a sua prevenção. A CF promove uma adesão entre o retalho de pele e o tecido subcutâneo, diminuindo o espaço morto e prevenindo formação de HTs. O seu uso é discutido, pois existem artigos que demonstram sua eficácia, e outros que demonstram não haver vantagens estéticas e de custo quando comparado a outras medidas preventivas. Alguns estudos afirmam que o uso da CF traz riscos (raros) de transmitir doenças como HIV e Hepatite B. Além disso, possui custos elevados para uma prevenção de HTs pouco significativa estatisticamente. Outros autores afirmam que seu uso é seguro e eficaz, sendo importante para um desfecho estético satisfatório e para uma redução de complicações. Conclusão: Tornam-se controversos os estudos da CF pelo fato de não existir um padrão técnico para realizar o FL: cada cirurgião possui uma técnica que pode influenciar no resultado final. Ademais, a maioria dos estudos possui caráter retrospectivo, havendo perda de dados (padrões anestésicos, complicações, comorbidades e exames complementares).

PALAVRAS-CHAVES: Cola de Fibrina | Hematomas | Ritidectomia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 3045

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E DESEJO DE REALIZAR CIRURGIAS ESTÉTICAS EM ESTUDANTES DE MEDICINA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA COELHO XAVIER (UNINASSAU), LUÍS AUGUSTO PRAZIM BEZERRA (UESB), MATHEUS OLIVEIRA CARLOTA (PUCCAMP), HEMELI GEANINE BERTOLDI (SUPREMA), FELIPE AUGUSTO FERREIRA SIQUELLI (FACISB), TATYANE RIBEIRO DE CASTRO PALITOT (UFRN), GABRIEL LUNARDI ARANHA (SUPREMA)

RESUMO: A insatisfação corporal pode ser definida como a avaliação negativa do próprio corpo, sendo diagnosticada, geralmente, por meio de figuras (silhuetas corporais) e questionários. Os olhares têm se voltado a corpos moldados por exercícios físicos, cirurgias plásticas e tecnologias estéticas. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica revelou que o Brasil é o campeão mundial em relação ao número de cirurgias plásticas realizadas mundialmente. Fato preocupante é que a maioria das intervenções são de natureza estética, sendo que 11% desses procedimentos foram realizados em adolescentes na faixa etária de 14 a 18 anos. **OBJETIVO:** Avaliar a insatisfação com a imagem corporal, auto-estima e desejo de realizar cirurgias estéticas nos estudantes do Curso de Medicina de duas universidades do estado da Bahia. **MÉTODOS:** Foram interrogados, através de questionário autoaplicado, 279 estudantes de medicina do 1º ao 12º semestres. Através de sorteio, foi selecionada proporcionalmente a metade dos homens e das mulheres de cada semestre do curso. **RESULTADOS E CONCLUSÃO:** Dos 313 entrevistados, 42,8% dos participantes foram do gênero masculino e 57,2% do feminino. A média de idade foi de $24,3 \pm 3,9$ anos. A insatisfação com o corpo foi encontrada em 54,9%, maioria em mulheres e os locais mais apontados foram Abdome e Mama. Mesmo apresentando algum tipo de insatisfação, os homens almejam silhuetas corporais maiores, possivelmente, aparentando um maior desenvolvimento muscular. O desejo de realizar cirurgia estética foi mostrado em 43,1% dos pesquisados. O principal impedimento para cirurgia foram financeiro e o momento de realização mais apontado foi após a formatura. O critério mais utilizado para a escolha do profissional foi possuir bons resultados anteriores e, em segundo lugar, com apenas 54% dos estudantes, ser um cirurgião plástico. A autoestima baixa não teve relação estatisticamente significativa com o desejo de realizar cirurgia plástica. Observou-se que 96,2% dos sujeitos pesquisados que desejam fazer cirurgia declararam que possuem auto-estima normal. Os dados do presente estudo permitem concluir que a prevalência de insatisfação com a imagem corporal é elevada, porém essa insatisfação não está necessariamente atrelada à auto-estima baixa. Neste sentido, recomenda-se que os profissionais da saúde atentem para a alta prevalência de insatisfação corporal entre a população jovem e para a necessidade de estratégias que visem à maior satisfação das pessoas com o seu corpo.

PALAVRAS-CHAVES: Auto-estima | Cirurgia plástica | Universitários

CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 524

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ANÁLISE DOS RESULTADOS TARDIOS DA PNEUMOSTOMIA COMO TRATAMENTO DO ENFISEMA PULMONAR AVANÇADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO SAAD JR (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JULIO MOTT ANCONA LOPEZ (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCIO BOTTER (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), VICENTE DORGAN NETO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JORGE HENRIQUE RIVABEN (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RAUL DOS REIS URURAHY (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), GUSTAVO YAMIN FERNANDES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: OBJETIVO presente estudo pretende descrever a técnica e o manejo cirúrgico da pneumostomia, como tratamento do enfisema pulmonar (EP) avançado, além de demonstrar a evolução clínica de nove pacientes operados, por período de acompanhamento pós-operatório de até nove anos. MÉTODOS critérios de inclusão no estudo foram: diagnóstico de EP avançado, idade de até 75 anos, invalidez apesar do tratamento clínico máximo por ao menos seis meses, volume expiratório final no primeiro segundo após broncodilatador menor que 40% predito, volume residual maior ou igual a 150% do predito, cessação do tabagismo no mínimo seis meses antes do procedimento e candidatos ao transplante pulmonar ou à cirurgia redutora do volume pulmonar. Os pacientes selecionados foram submetidos a avaliações clínicas nos momentos pré e pós-operatórios e as intervenções desempenhadas no Hospital Central da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo pela mesma equipe de cirurgiões, entre 09/2006 a 04/2009. A pneumostomia apresenta as seguintes características: emprego de anestesia local sem a necessidade de suporte ventilatório ou ventilação monopulmonar, sem ressecção de segmento costal ou sutura de parênquima pulmonar doente, técnica simples e rápida, permite breve internação hospitalar, dispensa a UTI e tem baixo custo. RESULTADOS A sobrevida média dos pacientes foi próxima a 45 meses com desvio padrão de 50 meses. Houve aumento da distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos em 89% dos doentes; não houve diferença estatisticamente significativa quanto à espirometria; ao Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey houve diferença significativa nos escores de atividades, impacto e no escore total (p=0,01), limitação por aspectos físicos (p=0,05), estado geral de saúde (p=0,02), vitalidade (p=0,01) e aspectos sociais (p=0,02); no Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status 89% dos pacientes apresentaram melhora funcional, assim como pelo Medical Research Council Scale. CONCLUSÃO A pneumostomia é alternativa cirúrgica para os portadores do EP avançado, pois compõe método tecnicamente simples e que permite melhora na qualidade de vida dos pacientes operados, mesmo a longo prazo. Entretanto, por tratar-se de um estudo com número reduzido de pacientes, tais conclusões devem ser cautelosas e inspiram o seguimento do projeto com maior amostra.

PALAVRAS-CHAVES: PNEUMOSTOMIA | ENFISEMA PULMONAR | AVANÇADO

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 620

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: EFEITOS RESULTANTES DA SIMPATECTOMIA LOMBAR POR VIA RETROPERITONIOSCÓPICA EM PACIENTES COM HIPERIDROSE PLANTAR DE 2005 A 2014 NO ESTADO DE SERGIPE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: STEPHANIE ARAUJO MARQUES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA LINS LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GUSTAVO HENRIQUE BARBOZA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LUNNA OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), JÉSSICA SARAH SILVA DOS SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Introdução: Hiperidrose primária (HP) corresponde a uma condição, de origem idiopática, caracterizada pela hipersecreção de suor, principalmente, nas palmas das mãos, plantas dos pés, axilas e face. Os pacientes com tal condição sofrem com as limitações decorrentes dessa transpiração excessiva, as quais são tão significativas ao ponto de interferir no estilo de vida individual e profissional, reduzindo, assim, a qualidade de vida. O tratamento da HP visa reduzir o excesso da transpiração das regiões acometidas. Objetivo: Avaliar os efeitos resultantes da simpatectomia lombar por via retroperitonioscópica em pacientes com hiperidrose plantar de 2005 a 2014 no estado de Sergipe. Método: Estudo retrospectivo de delineamento longitudinal por conveniência com 58 pacientes, os quais buscaram tratamento específico para hiperidrose plantar primária grave no período de outubro de 2005 a outubro de 2014. No pós-operatório imediato (POI) e após pelo menos 12 meses da simpatectomia lombar, foi aplicado um questionário que avaliou o resultado da cirurgia, ocorrência ou aumento de sudorese compensatória e sua intensidade, presença de recidiva e de ejaculação retrógrada. Resultados: Realizou-se 116 simpatectomias lombares em 58 pacientes, sendo 36 do sexo feminino. Destes, em 57 pacientes os resultados alcançados foram efetivos e 26 referiram sudorese compensatória como agravamento. Não houve relato de ejaculação retrógrada e ocorreu apenas uma recidiva. Conclusão: A simpatectomia lombar retroperitonioscópica é um procedimento seguro e eficaz para o tratamento da hiperidrose plantar primária grave em ambos os sexos. Bibliografia: Romero FR, et al. Palmar hyperhidrosis: clinical, pathophysiological, diagnostic and therapeutic aspects. An Bras Dermatol. 2016 Nov-Dec;91(6):716-725.

PALAVRAS-CHAVES: Hiperidrose primária | Hiperidrose plantar | Simpatectomia lombar

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 895

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Relação entre unidade de procedência de pacientes com derrame pleural submetidos a biópsia pleural e apresentação ou não de resultados anatomopatológicos em hospital de referência em Salvador ? BA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINICIUS FERNANDES DE FREITAS (UFBA), LIZ TAUANA DE AZEVEDO BARROSO (UFBA), CAMILA MATTOS (UNIME), ANA TERESA MOURA DE SALLES ANDRADE (UNIFACS), LAÍS GOMES SPINOLA (UFBA), VANESSA CORREIA FERNANDES BACELAR (UNIFACS), BRENO MACHADO COSTA (UFBA), GUILHERME MACEDO SOUZA (UFBA)

RESUMO: Objetivo: Os resultados da biópsia pleural são de extrema importância para confirmação diagnóstica e indicação de conduta terapêutica em casos de pacientes com derrame pleural, e, dessa forma, o seu não recebimento acarreta prejuízos ao paciente e raciocínio clínico. É objetivo deste estudo determinar a relação entre a unidade de procedência de pacientes com derrame pleural submetidos à biópsia pleural e a apresentação ou não de resultados anatomopatológicos. Métodos: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, de corte transversal, com amostra de conveniência, no qual foram analisados prontuários de pacientes submetidos a procedimentos de toracocentese e biópsia pleural no HEOM (Hospital Especializado Otávio Mangabeira) em Salvador ? BA, entre janeiro de 2013 e janeiro de 2015. Foram coletados dados referentes à unidade de procedência dos pacientes (regulação, ambulatório ou enfermarias) e à apresentação ou não de resultados anatomopatológicos de biópsia pleural em consulta de seguimento. Resultados: Foram analisados trezentos e oito pacientes, sendo 67,40% oriundos do ambulatório, 20,40% das enfermarias do HEOM e 12% da regulação. Acrescenta-se que os pacientes do sexo masculino equivalem a 55,19% da população em estudo, enquanto o sexo feminino equivale a 44,80% dos pacientes analisados. Além disso, 77,70% dos pacientes provenientes da enfermaria apresentaram resultado anexado ao prontuário, enquanto que 56,70% dos pacientes do ambulatório e 56,70% da regulação apresentaram o mesmo resultado. Houve significância estatística entre a procedência do paciente e a presença do resultado anatomopatológico anexado ao laudo ($p=0,009$) Conclusão: Após um derrame pleural, sobretudo quando se há suspeita de doença inflamatória, a coleta e posterior análise da anatomia patológica é essencial. Em um país como o Brasil, onde os índices de tuberculose são altos, a falta de informação a respeito da biópsia é extremamente danosa para o paciente. Em pacientes atendidos fora da enfermaria hospitalar, a junção de diversos fatores como demora para se marcar e realizar exames pelo Sistema Único de Saúde, má informação a respeito da importância do diagnóstico, falta de acesso, contribuem para um menor número de laudos, prejudicando a continuidade do tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: Biópsia Pleural | Toracocentese | Derrame Pleural

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1884

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Valor diagnóstico da Ecoendoscopia Endobrônquica com punção por agulha fina (EBUSTBNA) nas lesões pulmonares e mediastinais.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AUGUSTO PINCKE CRUZ CARBONARI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ROBERTO SAAD JR. (SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUCIO GIOVANNI BATTISTA ROSSINI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), FABIO MARIONI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCO ANTONIO RIBEIRO CAMUNHA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), FELIPE ZOCATELLI YAMAMOTO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), GUILHERME CAVAZZANI VACCAREZZA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), VICENTE DORGAN NETO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCIO BOTTER (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o valor diagnóstico da ecoendoscopia endobrônquica com punção por agulha fina (EBUS-FNA) nas lesões pulmonares e mediastinais. Método: coletados os dados prospectivamente de 38 pacientes, submetidos ao procedimento de EBUS-TBNA, no período de Março de 2014 e Junho de 2016, no Serviço de Endoscopia do Hospital da Santa Casa de São Paulo. O trabalho foi aprovado no comitê de ética da Santa Casa de São Paulo. Resultados: Analisados os dados de 38 pacientes, sendo 17 (45%) do sexo masculino e a média de idade foi 62 anos (26-84 anos). O EBUS-TBNA possibilitou um diagnóstico final em 32 pacientes (84%), sendo 22 diagnósticos de neoplasias malignas (57%), 10 diagnósticos negativos para neoplasia maligna (27%) e 3 diagnósticos inconclusivos por material insuficiente (8%). Em 2 pacientes (5%) não foi possível realizar a punção (probe não atingiu a lesão e interposição vascular) e 1 paciente (3%) foi excluído da amostragem por perda de seguimento clínico. Com relação ao diagnóstico histopatológico tivemos: 12 adenocarcinomas, 3 carcinomas de células escamosas, 2 carcinomas de pequenas células, 1 carcinoma neuroendócrino, 1 metástase de carcinoma de glândulas salivares, 1 metástase de adenocarcinoma de ovário, 1 sarcoidose e 1 material positivo para neoplasia maligna. Nenhum paciente apresentou evento adverso. Resultados estatísticos: sensibilidade de 88%; especificidade de 100%; valor preditivo positivo de 100%; valor preditivo negativo de 76,9% e acurácia de 91,4%. Conclusões: a realização do EBUSTBNA apresenta significativo valor diagnóstico, exercendo importante influência na conduta dos pacientes. O exame pode ser considerado seguro e com ótimos resultados estatísticos, conforme demonstrado na literatura. Bibliografia: 1. Yang et. al. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle biopsy for the diagnosis of intrathoracic lymph node metastases from extrathoracic malignancies: a meta-analysis and systematic review. *Respirology*. 2014 Aug;19(6):834-41. 2. Dong et.al. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in the mediastinal staging of non-small cell lung cancer: a meta-analysis. *Ann Thorac Surg*. 2013 Oct;96(4):1502-7. 3. Agarwal et.al. Efficacy and safety of convex probe EBUS-TBNA in sarcoidosis: a systematic review and meta-analysis. *Respir Med*. 2012 Jun;106(6):883-92.

PALAVRAS-CHAVES: EBUS-TBNA | NEOPLASIA DE PULMÃO | ECOENDOSCOPIA

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2149

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Análise da viabilidade do sangue coletado por toracostomia com drenagem pleural fechada para reinfusão em pacientes com hemotórax traumático, atendidos no Hospital Municipal São José - Joinville SC

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO GUILHERME CAVALCANTI KRIEGER (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), FELIPE CARLOS DE SOUZA OLIVEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), RAFAEL POMPERMAIER TONIN (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), PAULO EDUARDO ZANONI (HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSÉ)

RESUMO: INTRODUÇÃO Pacientes vítimas de trauma com hemorragias agudas e instáveis hemodinamicamente sem resposta a reposição volêmica com cristalóides, possuem indicação de transfusão sanguínea imediata. A autotransfusão é definida como um método terapêutico que utiliza o sangue do próprio paciente para reintroduzi-lo em suas veias, valorizada por seu benefício econômico e por sua segurança clínica. METODOLOGIA Estudo de coorte prospectiva, realizado no Hospital Municipal São José, Joinville/SC, com o objetivo de analisar a viabilidade do sangue proveniente de hemotórax traumático para posterior realização de transfusão autóloga. As amostras foram coletadas de forma estéril após toracostomia com drenagem pleural fechada e encaminhada para análise bioquímica e cultura, comparado com sangue venoso periférico do próprio paciente. Foram incluídos no estudo maiores de 18 anos, sem suspeita de lesão diafragmática e com menos de 24 horas do trauma. Para análise estatística foi calculado o p valor, através da distribuição t student. RESULTADOS E DISCUSSÃO Foram coletadas amostras do sangue venoso e do hemotórax de dez pacientes, sendo que nove eram do sexo masculino e um do sexo feminino, com idade entre 18 e 68 anos. Ao compararmos o sangue venoso com o sangue proveniente da toracostomia, a diferença encontrada entre a média dos valores dos eletrólitos não foi significativamente estatística. Quando interpretamos as alterações significativamente estatísticas evidenciadas no hematócrito (p 0.0055), hemoglobina (p 0.0055) e na desidrogenase láctica (p 0.0059) pressupomos que houve lise celular. Na literatura, é descrito estudos anteriores com características similares e segundo o autor, esse poderia ser utilizado na ressuscitação aguda, mas com a ressalva de que isso pode expor o paciente a uma grande quantidade de produto de degradação de fibrina. (Salhanick et al. em 2011). Uma cultura obtida do sangue da cavidade pleural, em um trauma torácico aberto, apresentou crescimento de Staphylococcus epidermidis. Em um estudo em pacientes com hemoperitônio, das amostras de sangue enviadas para cultura, 90% foram positivas, ainda assim reinfundidos e sem aumento de complicações relacionados a infecção. (Bowley et al. em 2006). CONCLUSÃO Em pacientes politraumatizados com choque hipovolêmico, a transfusão autóloga seria uma alternativa na ressuscitação volêmica. O seguimento do estudo pode vir a tornar o método como uma alternativa a ser realizada na emergência do Hospital Municipal São José.

PALAVRAS-CHAVES: Reinfusão | hemotórax | autotransfusão

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2235

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Tumores de pulmão: casos tratados entre 2010 e 2014

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), MASSAKAZU KATO (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), LUIZ ANTONIO NEGRÃO DIAS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), VICTOR JOSÉ DORNELAS MELO (UFPR), HYGOR TROMBETTA (UFPR), DANIELE REZENDE XIMENEZ (UFPR), GABRIELA ROMANIELLO (UFPR)

RESUMO: Objetivo: Apresentar os dados coletados pelo Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner no período de 2010 a 2014 referentes aos pacientes portadores de tumores bronco-pulmonares admitidos e tratados na instituição. Estudar as características epidemiológicas tentando definir os fatores de risco para a doença e para o resultado do seu tratamento. Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no formato padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema Epilinfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram admitidos 864 casos de tumores primários de pulmão no período de 2010 a 2014. Sendo a distribuição por sexo 54% homens e 46% mulheres. A procedência foi 70,7% de Curitiba e região metropolitana. A distribuição por idade mostrou prevalência acima dos 50 anos, com predominância entre 65-70 anos nos homens. O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma escamocelular com 42,4% dos casos, seguido pelo adenocarcinoma com 36,5%. 58,6% apresentavam história familiar de câncer. 55,4% dos homens apresentaram história de alcoolismo, e 17,6% das mulheres. 90,6% dos homens apresentaram história de tabagismo, 77,8% das mulheres. O estadiamento, baseado no TNM (UICC), apresentou predominância de casos avançados 87,9%. Quanto ao tipo de tratamento, 3,6% dos pacientes foram submetidos à cirurgia, 29,4% a quimioterapia isolada e 8,7% a radioterapia isolada e tratamento combinado em 58,3%. Ao término desta primeira fase do tratamento 73,8% dos pacientes estavam vivos. A sobrevida global em 5 anos foi 17,1%, com alto índice de óbito entre 12 e 24 meses do diagnóstico. Conclusões: Houve forte associação com tabagismo, principalmente entre homens. A sobrevida em 5 anos é muito pequena, com poucos pacientes candidatos a tratamento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: tumores de pulmão | cirurgia | oncologia

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2352

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Implantação da Cirurgia Torácica Minimamente Invasiva por Videotoracoscopia para uma população de idosos, estudo da sua segurança.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JORGE HENRIQUE RIVABEN (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), MARCIO BOTTER (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), JULIO MOTT ANCONA LOPEZ (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), ANDRE MIOTTO (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), THIAGO HASSEGAWA (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), RAFAEL HENRIQUE ROJA (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR)

RESUMO: Introdução: A população idosa está crescendo bem como a necessidade de investigar doenças da cavidade torácica. A cirurgia torácica minimamente invasiva por videotoracoscopia já se mostrou um método muito seguro para populações em geral. Quando estudada especificamente em população para idosos há poucos trabalhos na literatura sobre a segurança do método. Objetivo: observar se a cirurgia torácica minimamente invasiva por videotoracoscopia é segura numa população de idosos. Método: Estudo observacional para avaliar a demografia de 14 sujeitos envolvidos no método abrangendo o período de 6 meses no segundo semestre de 2017. Resultados: Foram estudados 14 sujeitos operados no segundo semestre de 2017. A média da idade foi de 68 anos em 09 mulheres e 05 homens. A indicação pré-operatória foi devido a 08 sujeitos com nódulo pulmonar; 03 outros com linfonodos mediastinais; 02 pacientes tumores de mediastino posterior e, 01 com bolha pulmonar. Sobre antecedentes oncológicos, 10 sujeitos não haviam relatos, 02 deles haviam tratado câncer de mama; 01 de próstata e, 01 câncer renal. O diagnóstico da anatomia patológica revelou entre os sujeitos: 02 deles com carcinoma pulmonar não pequenas células menores do que 2 cm; 03 outros com linfadenite crônica; 01 com câncer medular de tireoide; 02 metástases de outros sítios extrapulmonar; 01 com tumor neuroendócrino; 02 pacientes com cistos broncogênicos; 02 com granuloma pulmonar e, 01 produto de bulectomia. O tempo médio de intervenção operatória foi de 86 minutos. Em 03 sujeitos foi necessário apenas 01 portal para acesso a cavidade com o auxílio do retrator; outros 04 pacientes houveram a necessidade de 02 portais e 03 pacientes foram operados por 03 portais. O dreno utilizado sempre foi o tubular número 28 FR. O tempo médio de estadia em leito de UTI foi de 18 horas. Apenas 01 paciente apresentou intercorrência na UTI, necessitou de transfusão de plasma para controle de débito hemático pelo dreno um pouco mais elevado (700 ml). O tempo médio de drenagem foi de 49 horas. A média do débito do dreno no primeiro dia de pós-operatório foi de 200 ml, no segundo dia de 120 ml e para 03 sujeitos que ficaram com o dreno até o terceiro dia, de 50 ml. O tempo médio de internação foi de 53 horas, sendo o mínimo de 18 horas e o máximo de 72 horas. Conclusão: A Cirurgia torácica minimamente invasiva por videotoracoscopia foi segura quando aplicada para esses 14 sujeitos idosos.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Torácica | Cirurgia Minimamente Invasiva | Cirurgia no Idoso

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2884

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Uso ambulatorial de cateteres pleurais no tratamento de pneumotórax - Estudo Piloto

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE MIOTTO (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), JULIO MOTT ANCONA LOPEZ (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), JORGE HENRIQUE RIVABEN (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), MARCIO BOTTER (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), RAFAEL HENRIQUE ROJA (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), THIAGO HASSEGAWA (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE)

RESUMO: Pneumotórax é a denominação dada ao acúmulo de ar entre as pleuras visceral e parietal. Pode ser classificado em primário ou secundário, a depender de sua etiologia. Seu tratamento inicial é baseado na drenagem pleural por cateter, com poucas variações. Por muito tempo, o tratamento com drenos tubulares foi o único disponível, porém, com o advento dos drenos do tipo "Wayne", popularmente conhecidos como pigtail, o tratamento passou a ser menos invasivo e doloroso. Já é conduta de rotina de muitos serviços a alta hospitalar após a drenagem pleural, com o dreno, para seguimento ambulatorial, porém a literatura que suporta tal conduta é pobre. Desta forma, realizamos um estudo prospectivo em um serviço de cuidado especializado em idosos, com pacientes que tiveram alta hospitalar e seguimento ambulatorial com dreno pleural do tipo "Wayne". Foram avaliados nesse estudo piloto 22 pacientes com idade média de 71,22 anos. Esses pacientes foram submetidos a drenagem pleural em ambiente hospitalar e tiveram alta com dreno, ainda com escape de ar, após compensação de suas comorbidades. As causas de pneumotórax incluíram pneumotórax após acesso venoso ou marcapasso, escape de ar em pós-operatório de cirurgia pulmonar e pneumotórax espontâneos por blebs, bolhas ou neoplasias. O tempo médio de permanência com o dreno foi de 9,00 dias e o tempo médio de internação foi de 2,90 dias. 2 pacientes da série foram submetidos a abordagem cirúrgica por perpetuação do pneumotórax após 7 dias. Nenhum paciente evoluiu com pneumonia ou empiema pleural nesta série. Avaliamos ainda o uso de analgésicos pelos pacientes durante o uso do dreno. 7 (31,8%) pacientes utilizaram analgésicos de forma ocasional e 7 (31,8%) pacientes não utilizaram nenhum analgésico. Concluímos que o dreno pleural do tipo "Wayne" pode ser utilizado em regime ambulatorial com segurança, eficácia e com baixa taxa de infecção. Um estudo com maior número de casos está em execução para melhor avaliação da população em questão.

PALAVRAS-CHAVES: Pneumotórax | Cirurgia Torácica | Drenagem Pleural

CIRURGIA VASCULAR

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 475

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADO A DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA (DAOP) NOS PACIENTES ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE (USFC) PELO MÉTODO ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL (ITB)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RUBENS VOLPATO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI), ANDREA VIRMOND EL HOSNI (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI), CARLOS AUGUSTO DE LIMA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI)

RESUMO: Objetivo: Determinar a prevalência e fatores de risco (FR) associados à DAOP nos pacientes atendidos na USFC pelo ITB no período de Abril a Setembro de 2015 em Itajaí-SC, estabelecer o taxa/índice de pacientes com DAOP, identificar os fatores de risco e correlacionar os fatores de risco com o desenvolvimento da DAOP. Método: Os pacientes foram escolhidos de forma aleatória. Utilizamos o ITB como método diagnóstico da DAOP com valores $\geq 0,9$. Utilizado uma ficha de coleta de dados. Os dados foram organizados e analisados no Microsoft Excel 2010. Resultados: O estudo apresentou uma amostra final de 45 pacientes. A idade da população variou de 19 a 81 anos, com predomínio de adultos com idade superior a 45 anos e com predomínio de indivíduos do sexo feminino (68,9%). Os tabagistas/ex-tabagistas, corresponderam a 44,4% dos indivíduos. Os hipertensos corresponderam a 57,8% da população estudada, os diabéticos 22,2% e os com doença coronariana 8%. A DAOP ocorreu em 19 (42,2%) dos 45 pacientes avaliados, sendo 13 do sexo feminino (68,4%) e seis do sexo masculino (31,6%). A idade dos portadores de DAOP variou entre 26 e 75 anos, sendo a média de idade de 58,05 anos. Já os pacientes que não apresentaram a doença a média de idade foi de 48,78. A distribuição dos portadores de DAOP por FR evidenciou que idade > 45 anos, hipertensão e tabagismo foram os mais frequentes. A prevalência de DAOP nos tabagistas e ex-tabagistas com carga tabágica menor que 20 anos/maço foi de 33,3%. Já nos pacientes com mais de 20 anos/maço observou-se a ocorrência da doença em 66,7%. Conclusões: Alteração no ITB foi um achado frequente em indivíduos acima dos 45 anos, sendo a maioria assintomáticos, demonstrando que DAOP continua sendo subdiagnosticada e subtratada. Quanto aos FR no pacientes com DAOP, prevaleceu idade acima de 45 anos e HAS, tabagismo e DM, se assemelhando aos estudos realizados previamente. O ITB utilizado como métodos de rastreio acima dos 45 anos em pacientes com FR para doença aterosclerótica na atenção primária seria de grande valia, pois implicaria em detecção precoce dos portadores assintomáticos da doença, os levando a se beneficiar de medidas preventivas para reduzir o risco de IAM, AVC ou outra comorbidade cardiovascular. Bibliografia: FOWKES, F. et al. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. The Lancet, v. 382, n. 9901, p. 1329-1340, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Doença Arterial Periférica | Arterial | Índice Tornozelo-Braço

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1499

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Traumatismos vasculares pediátricos na cidade de Manaus, Amazonas ? Brasil

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLEINALDO DE ALMEIDA COSTA (UEA), ISABELLE NASCIMENTO COSTA (UEA)

RESUMO: Objetivo: avaliar a incidência de traumatismos vasculares pediátricos em doentes atendidos no Hospital Pronto Socorro da Criança Zona Leste, na cidade de Manaus. Métodos: estudo retrospectivo de doentes pediátricos vítimas de traumatismos vasculares atendidos no período de fevereiro de 2001 a fevereiro de 2012. Resultados: foram estudados 71 doentes com predominância do sexo masculino (78,87%) com média de idade de 7,63 anos. O mecanismo de trauma predominante foi o ferimento por arma branca em 27 pacientes (38,03%). A média de internação foi 10,18 dias, com 16 doentes necessitando de cuidados em unidade de tratamento intensivo com permanência média de 8,81 dias. As principais lesões ocorreram em extremidades, com predomínio do membro superior, com lesões das artérias ulnar em 13 (15,66%) e radial em dez (12,04%). O procedimento mais utilizado foi a exploração vascular 35 (32,4%). Em nove doentes (12,68%) ocorreram complicações. A mortalidade foi 1,4%, em um paciente com lesão da veia ilíaca comum e da veia cava inferior, devido à queda de altura. Conclusão: o traumatismo vascular pediátrico ocorreu predominantemente em extremidades. As dimensões dos vasos lesionados tornaram a correção cirúrgica mais complexa e aumentaram os índices de complicações, particularmente, de amputações.

PALAVRAS-CHAVES: Traumatismo vascular | Criança | Adolescente

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2229

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com pé diabético internados no serviço de cirurgia vascular em hospital de referência em Sergipe

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINÍCIUS DE OLIVEIRA MENEZES BEZERRA (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), OSMAR MAX GONÇALVES NEVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), JOSÉ ADERVAL ARAGÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), CARLOS EDUARDO NUNES (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), SIDINÉIA SANTOS DA ROCHA (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), MARCUS FELIPE GONÇALVES FEITOSA (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), BEATRIZ SANTOS TEIXEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), HIAGO VINÍCIUS DANTAS COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE)

RESUMO: Introdução: O pé diabético é uma infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores dos pacientes diabéticos. A limitação funcional sofrida pelo paciente com pé diabético devido dor, neuropatia ou lesões associadas a possíveis amputações prévias pode contribuir para aumento do número de casos de depressão e ansiedade nessa população. Objetivos: Determinar prevalência de ansiedade e depressão em pacientes portadores de pé diabético e identificar possíveis fatores de risco. Método: Estudo descritivo, transversal, por meio de aplicação de questionários (sociodemográfico, HADS) e revisão de prontuários de pacientes internados em hospital terciário durante o período de 18 meses. Resultados: Dos 864 pacientes atendidos no período, 177 atenderam os critérios de inclusão. Destes, 24,9% apresentaram sintomas de depressão e 30,5% apresentaram sintomas de ansiedade. A média de idade foi de 67,2 anos. Pacientes do sexo masculino foram maioria com 54,8%. Com relação à escolaridade, 62,1% cursou até o Ensino Fundamental. A maioria possui renda familiar de até um salário mínimo (66,1%). O diagnóstico de diabetes mellitus com tempo superior a cinco anos foi de 67,2%. O tabagismo esteve presente em 36,7%, a prevalência de hipertensão arterial foi elevada (83%) e 59,9% dos pacientes possuíam história prévia de amputação. A grande maioria (75%), teve pelo menos uma consulta em Unidade Básica de Saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos últimos 12 meses. Conclusão: Verificou-se alta prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com diagnóstico de pé diabético atendidos em hospital de referência no estado de Sergipe.

PALAVRAS-CHAVES: Pé diabético | Depressão | Ansiedade

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2378

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO SINTOMÁTICO COM RIVAROXABANA EM 400 PACIENTES COM CÂNCER ATIVO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO HENRIQUE BATISTA SANTINI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), BRUNO ANTUNES (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), BRUNO SORIANO PIGNATARO (A.C. CAMARGO CANCER CENTER), KENJI NISHINARI (A.C. CAMARGO CANCER CENTER), GUILHERME YAZBEK (A.C. CAMARGO CANCER CENTER), MARCELO TEIVELIS (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), LUCAS LEMBRANÇA PINHEIRO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), NELSON WOLOSKER (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: Objetivo: Estudar a segurança e eficácia do rivaroxabana, um inibidor direto da coagulação, uso em pacientes com trombose venosa profunda (TVP) em atividade. Pacientes e Métodos: Estudo retrospectivo, com 400 pacientes com câncer ativo e TVP associado, definidos como trombose venosa profunda ou embolia pulmonar. Este estudo unicêntrico foi desenvolvido de janeiro de 2012 até junho de 2015. O foco desse estudo foi determinar a eficácia e segurança, avaliando a incidência de recorrências de TVP e sangramento maior, com o tratamento de rivaroxabana. Resultados: Dos 400 pacientes estudados 223 (55,8%) eram mulheres. Um total de 362 (90,5%) dos pacientes tinham tumores sólidos e 244 (61%) tinham doença metastática. Quanto ao tratamento, 302 (75,5%) pacientes receberam terapia parenteral inicialmente com enoxaparina (mediana: 3, média de 5,6 e desvio padrão [DP]: 6,4 dias) seguido de rivaroxabana. Noventa e oito pacientes (24,5%) foram tratados com o tratamento com rivaroxabana. As taxas de recorrências foram de 3,25% com sangramento maior acometendo 5,5% durante a terapia anticoagulante (mediana: 118, média: 164,9, DP: 159,9 dias) Conclusão: Rivaroxabana pode ser uma alternativa atrativa para o tratamento de trombose em pacientes com câncer.

PALAVRAS-CHAVES: cancer | trombose venosa | anticoagulação

COLOPROCTOLOGIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 359

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: DIMENSIONAMENTO DAS MARGENS HISTOLÓGICAS DE ADENOCARCINOMAS DO CÓLON E RETO POR COLORAÇÃO COM AZUL DE METILENO INJETADO PERITUMORAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO (UFMG), ANDY PETROIANU (UFMG), RAMÃO TAVARES NETO (CONLAB ANATOMIA PATOLÓGICA LTDA), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), ALISSON BARBOSA FERREIRA (HOSPITAL SANTA RITA), JOICE MARA SANTOS MOURA (HOSPITAL SANTA RITA)

RESUMO: OBJETIVO: Analisar a relação entre a margem microscópica do adenocarcinoma de cólon e a margem de difusão do azul de metileno injetado peritumoral, para avaliar a adequação do método de coloração vital na orientação da retirada do câncer colônico com margens cirúrgicas livres de neoplasia. MÉTODO: Foram estudados prospectivamente 13 pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma na topografia do cólon descendente, do cólon sigmoide e do reto, submetidos a ressecção cirúrgica. Os cânceres foram estadiados no pré-operatório. Durante o ato cirúrgico, uma agulha injetora foi introduzida na submucosa através do endoscópio e injetaram-se dois mililitros de azul de metileno estéril na concentração de 1% à distância de um centímetro da margem tumoral proximal e distal. Depois de retirada a peça cirúrgica, mediu-se a distância, em centímetros, da margem corada pelo azul de metileno, tendo ela sido comparada com a distância de invasão neoplásica transmural, verificada por microscopia óptica. RESULTADOS: Não foi constatada presença neoplásica além da margem corada pelo azul de metileno. CONCLUSÕES: O corante azul de metileno injetado na região peritumoral do adenocarcinoma de cólon e reto difundiu-se para uma área maior do que o crescimento transmural do câncer e suspeito de acometimento neoplásico. Portanto, é pertinente supor que a retirada em bloco até a margem corada pelo azul de metileno assegura a ressecção oncológica, com reduzido risco de deixar tecido neoplásico no cólon ou reto. BIBLIOGRAFIA: 1 - ANDREOLA, Salvatore et al. Distal intramural spread in adenocarcinoma of the lower third of the rectum treated with total rectal resection and coloanal anastomosis. *Diseases of the colon & rectum*, v. 40, n. 1, p. 25-29, 1997. 2 - BARTELS, Sanne AL et al. The effect of colonoscopic tattooing on lymph node retrieval and sentinel lymph node mapping. *Gastrointestinal endoscopy*, v. 76, n. 4, p. 793-800, 2012. 3 - LI, Li-Ren et al. Length of lymphangiogenesis in the rectal tissues distal to rectal cancer. *Tumor Biology*, v. 31, n. 6, p. 667-671, 2010. 4 - LIM, Jason Wei-Min et al. Close distal margins do not increase rectal cancer recurrence after sphincter-saving surgery without neoadjuvant therapy. *International journal of colorectal disease*, v. 27, n. 10, p. 1285-1294, 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer colorretal | Margem cirúrgica | Disseminação neoplásica transmural

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 366

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: AVALIAÇÃO DE NEOLINFANGIOGÊNESE DAS MARGENS DO ADENOCARCINOMA DE CÓLON E RETO POR IMUNOHISTOQUÍMICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO (UFMG), ANDY PETROIANU (UFMG), RAMÃO TAVARES NETO (UFMG), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), ALISSON BARBOSA FERREIRA (HOSPITAL SANTA RITA), JOICE MARA SANTOS MOURA (HOSPITAL SANTA RITA)

RESUMO: OBJETIVO: Analisar a densidade linfática tumoral e peritumoral por meio de estudo imunohistoquímico. MÉTODO: Foram estudados prospectivamente 13 pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma na topografia do cólon descendente, sigmóide e reto, submetidos a ressecção cirúrgica. Os pacientes foram submetidos a estadiamento clínico pré-operatório. Depois de retirada, a peça cirúrgica, o tumor e as margens foram medidas em centímetros. Em seguida, avaliou-se a margem tumoral por imuno-histoquímica, com anticorpo anti-D2-40 e quantificou-se a densidade de marcadores de tecido linfático a partir da margem tumoral proximal e distal. RESULTADOS: A densidade linfática é menor no tecido tumoral, aumentando a partir da margem tumoral e mantendo-se com baixa densidade linfática até dois centímetros distais ao tumor e até 1,5 centímetros proximais ao tumor. CONCLUSÕES: Angiogênese e linfangiogênese ocorrem no desenvolvimento de câncer colorretal. A avaliação de neolinfangioênese peritumoral pode desempenhar um papel potencial no estadiamento patológico. BIBLIOGRAFIA: 1 - MAGUIRE, Aoife; SHEAHAN, Kieran. Controversies in the pathological assessment of colorectal cancer. World journal of gastroenterology: WJG, v. 20, n. 29, p. 9850, 2014. 2 - CACCHI, Claudio et al. Clinical significance of lymph vessel density in T3 colorectal carcinoma. International journal of colorectal disease, v. 27, n. 6, p. 721-726, 2012. 3 - BARRESI, V. et al. Lymphatic vessel density and its prognostic value in stage I colorectal carcinoma. Journal of clinical pathology, v. 64, n. 1, p. 6-12, 2011. 4 - LI, Li-Ren et al. Length of lymphangiogenesis in the rectal tissues distal to rectal cancer. Tumor Biology, v. 31, n. 6, p. 667-671, 2010.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer colorretal | Disseminação transmural | Densidade linfática

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 367

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: CONTRAÇÃO DA MARGEM DE RESSECÇÃO TUMORAL APÓS CONSERVAÇÃO EM FORMOL TAMPONADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO (UFMG), ANDY PETROIANU (UFMG), RAMÃO TAVARES NETO (CONLAB ANATOMIA PATOLÓGICA LTDA), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), ALISSON BARBOSA FERREIRA (HOSPITAL SANTA RITA), JOICE MARA SANTOS MOURA (HOSPITAL SANTA RITA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A retirada dos tumores com margem livre de câncer é essencial no prognóstico da morbimortalidade, determinando a retirada completa da neoplasia em seu local de origem. A análise anatomopatológica das margens tumorais têm sido cada vez mais adotada. A definição da margem mínima de ressecção ainda é controverso. OBJETIVO: Analisar a contração da margem de ressecção após retirada da peça cirúrgica e conservação em formol tamponado. MÉTODO: Foram estudados prospectivamente 13 pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma na topografia do cólon descendente, sigmóide e reto, submetidos a ressecção cirúrgica. Os pacientes foram submetidos a estadiamento clínico pré-operatório. Depois de retirada, a peça foi retificada, sem estiramento, e realizada a medição do tumor e das margens em centímetros. Em seguida, foi fixada a uma placa de isopor em solução de formaldeído tamponado a 10% e enviada ao laboratório de anatomopatologia para permitir a medição das margens livres de doença, após fixação. RESULTADOS: O tamanho médio \pm DP das peças cirúrgicas antes da fixação no formadeído 10% foi de $29,56 \pm 10,49$ cm e após fixação foi de $26,31 \pm 6,58$ cm, com redução de 10,1% da peça. O tamanho médio \pm DP do tumor antes da fixação no formadeído 10% foi de $5,10 \pm 1,76$ cm e após fixação foi de $4,85 \pm 1,53$ cm, com redução de 4,9% do tamanho tumoral. O tamanho médio \pm DP da margem proximal ao tumor antes da fixação no formadeído 10% foi de $13,44 \pm 8,78$ cm e após fixação foi de $11,73 \pm 7,10$ cm, com redução de 12,7% da margem. O tamanho médio \pm DP da margem distal ao tumor antes da fixação no formadeído 10% foi de $11,08 \pm 4,85$ cm e após fixação foi de $9,73 \pm 4,02$ cm, com redução de 12,2% da margem. CONCLUSÕES: No nosso estudo, houve uma redução de cerca de 10% do tamanho das peças cirúrgicas após fixação em formaldeído 10%. BIBLIOGRAFIA: 1 - STERNBERG, Ahud. Carcinoma of the colon: margins of resection. Journal of surgical oncology, v. 98, n. 8, p. 603-606, 2008. 2 - KARANJIA, N. D. et al. ?Close shave?in anterior resection. British Journal of Surgery, v. 77, n. 5, p. 510-512, 1990. 3 - CROSS, S. S.; BULL, A. D.; SMITH, J. H. Is there any justification for the routine examination of bowel resection margins in colorectal adenocarcinoma?. Journal of clinical pathology, v. 42, n. 10, p. 1040-1042, 1989.

PALAVRAS-CHAVES: Margem cirúrgica | Limites neoplásicos | Câncer colorretal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 997

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: POLIPECTOMIAS ENDOSCÓPICAS ? ESTUDO HISTOPATOLÓGICO E COMPARATIVO HISTÓRICO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME CÉSAR BARBOSA DA ROSA (HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS), MARISTELA GOMES DE ALMEIDA (HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS), DESIDERIO ROBERTO KISS (HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS), ANTÔNIO CARLOS BARAVIERA (HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS), ANDRE LUIS CORTEZ MINCHILLO (HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS), CLARISSA MARIA GOMES DE ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), FAUZE CAMARGO MALUF (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), GIOVANA MOREIRA MINCHILLO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC)

RESUMO: O câncer colorretal (CCR) é a lesão maligna do aparelho digestivo mais frequente nos países desenvolvidos e, atualmente, é provável que a colonoscopia seja o ato médico mais efetivo na prevenção de neoplasias malignas na raça humana. O trabalho objetivou a avaliação do perfil histopatológico das polipectomias colonoscópicas no Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos no período de 1 ano em comparação com estudo prévio realizado há 13 anos na mesma instituição, que contemplou 7 anos. Para tanto, realizou-se um estudo retrospectivo de corte transversal, observacional, descritivo e comparativo que avaliou o perfil dos exames com pólipos e/ou lesões plano-elevadas colorretais diagnosticadas no serviço de colonoscopia do Hospital. Em estudo anterior (1996-2002) foram realizadas 2227 colonoscopias ? com 543 polipectomias em 379 pacientes ? enquanto que no atual estudo (junho de 2015 a outubro de 2016) realizaram-se 2637 colonoscopias ? com 797 polipectomias em 600 destes exames. Um aumento de 4,8 vezes em número de exames anuais. Dentre os neoplásicos (576; 72,27%), diagnosticou-se 424 (73,61%) adenomas tubulares, 90 (15,63%) adenomas túbulo-vilosos, 10 (1,74%) vilosos e 13 (2,26%) serrilhados com destaque para 39 (6,77%) polipectomias com diagnóstico de adenocarcinoma em 38 pacientes. Em comparação histórica, o diagnóstico de adenocarcinoma cresceu 2,27 vezes. Juntamente com o significativo aumento do número de exames e diagnósticos de neoplasia maligna, constatou-se também uma maior incidência de pólipos do lado direito do cólon, de 60 (11,1%) para 203 (25%) ? sendo 127 localizados no cólon ascendente e 65 no ceco. O limite do estudo deve-se ao caráter retrospectivo da análise e a não abrangência dos motivos dos exames e da idade dos pacientes. Sabe-se que a colonoscopia ainda é o padrão-ouro para detecção e tratamento precoce dos pólipos intestinais. Portanto ressalta-se que a prevenção do câncer de cólon avançado está diretamente ligada a frequência da colonoscopia. É provável que o expressivo aumento no número de exames correlaciona-se com a promoção preventiva do método. Paralelamente, os diagnósticos de adenocarcinomas também sofreram um aumento global. Destaca-se ainda uma tendência mundial de aumento na detecção de pólipos do lado direito do cólon, o que também foi demonstrado no presente estudo.

PALAVRAS-CHAVES: colonoscopia | polipectomia | adenocarcinoma

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1418

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: CÂNCER DE CÓLON: SOBREVIDA GLOBAL E LIVRE DE DOENÇA DOS PACIENTE NA LIGA ? UNIDADE DE REFERÊNCIA CONTRA O CÂNCER NO RIO GRANDE DO NORTE.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA CARLOS DE GÓIS (UNIVERSIDADE POTIGUAR), FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ROMUALDO DA SILVA CORRÊA (HOSPITAL DR. LUIZ ANTÔNIO LIGA NORTERIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER), FRANCISCO EDILSON LEITE PINTO JR. (HOSPITAL DR. LUIZ ANTÔNIO LIGA NORTERIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER), LUCAS VINÍCIUS SILVA DOS SANTOS (FORÇA AÉREA BRASILEIRA), KARYNNE MARIA OLIVEIRA DA TRINDADE MEDEIROS (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Objetivo: Avaliar a sobrevida global e sobrevida livre de doença dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de câncer de cólon e resultados a longo prazo. Métodos: Estudo observacional retrospectivo, composto por 80 pacientes, realizado no período de 2007 a 2014 no hospital Dr. Luiz Antônio. Foram incluídos pacientes com idade maior que 18 anos, com diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de cólon, submetido ao tratamento cirúrgico radical com quimioterapia e/ou radioterapia, sendo excluídos outros tipos de câncer. Os dados foram coletados através da revisão de prontuários disponíveis no arquivo, com autorização do comitê de ética em pesquisa. A sobrevida foi calculada pelo método não paramétrico de Kaplan-Meier. O teste de Wilcoxon foi usado com intervalo de confiança em 95%. Resultados: Verificamos que 47,5% dos pacientes prevaleceram entre 50 a 70 anos, sendo 62,5% do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino. Observou-se que o cólon direito foi a região mais acometida, com 72,5%, e o cólon esquerdo representou 27,5%. Observou-se que a sobrevida global dos pacientes em tratamento para o câncer de cólon foi de 64,4% em 5 anos. A faixa etária de maior taxa de sobrevida estavam entre 50 a 70 anos. Em relação ao tratamento instituído, todos os pacientes foram submetidos à colectomia. No entanto, 30% dos pacientes foram submetidos apenas ao tratamento cirúrgico, outros 62,4% necessitaram de tratamento com adjuvância e somente 3% foram sujeitos à neoadjuvância. Observou-se que os pacientes que foram submetidos ao tratamento cirúrgico associada a adjuvância obtiveram maior taxa de sobrevida, comparada com os pacientes que não realizaram tratamento complementar. Em relação à estimativa média do tempo de sobrevivência do estadiamento III, em anos, foi de 8,9. Após 5 anos da data do diagnóstico 83,3% dos pacientes não apresentaram recidiva, entretanto verificou-se que o tempo médio livre de doença foi de 11,4 anos. Conclusões: O atual estudo é condizente com os resultados da literatura vigente, enfatizando a importância do rastreamento a partir dos 50 anos com a colonoscopia, independente do sexo do paciente. Bibliografia: 1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2015; 65:87. 2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin 2017; 67:7. 3. Singh KE, Taylor TH, Pan CG, et al. Colorectal Cancer Incidence Among Young Adults in California. J Adolesc Young Adult Oncol 2014; 3:176.

PALAVRAS-CHAVES: câncer de cólon | colectomia | sobrevida

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1781

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: RASTREAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL ATRAVÉS DA PESQUISA DE SANGUE OCULTO FECAL ? UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), DENIS CONCI BRAGA (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), JÉSSE BATISTA CORRÊA JÚNIOR (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), ORLANDO ALBERTON NETO (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: Introdução: O câncer colorretal (CCR) é um problema mundial, com uma incidência anual de cerca de um milhão de casos e uma mortalidade anual de mais de 500.000. O rastreamento leva a um diagnóstico precoce, sendo uma forma eficaz de diminuir a mortalidade. A pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) consiste na identificação de hemoglobina nas fezes e tem sido usada como rastreamento desta neoplasia. Objetivo: O objetivo do presente estudo é verificar, a partir da positividade do exame de PSOF, a prevalência de alterações em exames de colonoscopia. Ainda, objetiva-se avaliar a sensibilidade do método de PSOF para rastreamento do câncer colorretal em um município do meio-oeste de Santa Catarina. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal descritivo e exploratório de base populacional. Utilizou-se uma amostra populacional constituída por indivíduos com idade mínima de 50 anos que procuraram a Estratégia Saúde da Família (ESF) do município para consulta médica no período de agosto de 2014 a maio de 2015. Para o rastreamento do CCR considerou-se como método de escolha a PSOF, realizada por método de guaiaco e/ou imunohistoquímico. Resultados: A amostra foi constituída por 438 indivíduos, dos quais 90,87% (n= 398) tiveram seu exame de PSOF negativo. Dentre aqueles com exame positivo (n 40; 9,13%), 55% (n= 22) eram do sexo feminino. Em ambos os grupos predominaram os indivíduos cuja cor da pele autorreferida era branca, não tabagistas, que não faziam uso de AINES ou de AAS, que não tinham diagnóstico de anemia no último hemograma realizado e cuja história pregressa de neoplasia e doença inflamatória intestinal, bem como a história familiar de pólipos intestinal ou câncer colorretal eram negativas. Dentre os principais achados naqueles que realizaram o exame de colonoscopia por apresentarem a PSOF positiva, verificou-se uma maior prevalência de adenomas tubulares com displasia e de pólipos hiperplásicos, com 22,5% (n= 9), cada. Os adenocarcinomas foram observados em 3 indivíduos, correspondendo a 7,5% daqueles com PSOF positivo. Conclusões: Os autores concluem que o investimento em diagnóstico precoce e no rastreamento de CCR na população considerada de risco para a doença é fundamental, uma vez que representa um importante problema de saúde pública em Santa Catarina, dada a tendência de aumento na mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Programas de Rastreamento | Neoplasias Colorretais | Sangue Oculto

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1905

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Influência do parâmetro T na recidiva precoce do tumor de reto distal com resposta clínica inicial completa à quimiorradioterapia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AUGUSTO QUARESMA COELHO (FACULDADE DE MEDICINA DA USP), FELIPE ALEXANDRE FERNANDES (FACULDADE DE MEDICINA DA USP), ANGELITA HABR-GAMA (INSTITUTO AJ GAMA), GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO (INSTITUTO AJ GAMA), BRUNA BORBA VAILATI (INSTITUTO AJ GAMA), CINTHIA ORTEGA (INSTITUTO AJ GAMA), SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO (INSTITUTO AJ GAMA), RODRIGO OLIVA PEREZ (INSTITUTO AJ GAMA)

RESUMO: Introdução: Pacientes com neoplasia de reto distal submetidos a quimiorradioterapia neoadjuvante (nQRT) com resposta clínica tumoral completa (cCR) são potenciais candidatos a tratamento alternativo à cirurgia radical (protocolo Watch&Wait - W&W). No entanto, aproximadamente 20% desses pacientes irão apresentar recidiva tumoral precoce. A identificação de fatores de risco para a recidiva pode ajudar a selecionar pacientes para seguimento clínico mais rigoroso. Objetivo: O objetivo desse estudo foi investigar a influência da extensão do tumor primário (parâmetro T) nas recidivas precoces de pacientes com cCR seguidas pelo protocolo W&W. Métodos: Foram analisados retrospectivamente pacientes com neoplasia de reto distal (cT2-4N0-2M0) submetidos a regime estendido de nQRT (54Gy + 5FU). A avaliação da resposta tumoral foi realizada pelo menos 10 semanas após o término da radioterapia. Pacientes com resposta clínica completa (radiológica, endoscópica e ao exame físico) foram observados sem cirurgia imediata (W&W). Pacientes que inicialmente apresentaram cCR e desenvolveram recidiva tumoral precoce (Resultados: 91 pacientes com neoplasia de reto distal foram submetidos à nQRT e 61/91 pacientes apresentaram cCR inicial (67%). Pacientes com estadios cT2 apresentaram taxas similares de cCR quando comparados com estadios cT3-T4 (72% vs 63%; $p=0,403$). Recidivas tumorais precoces foram mais frequentes entre tumores cT3-4 quando comparados com estadios cT2 (30% vs 3%; $p=0,007$). Não houve diferenças nas taxas de recidivas tardias ($p=0,593$) ou recidivas sistêmicas ($p=0,387$). A sobrevida livre de recidiva local foi significativamente melhor para estadios cT2 em 1 ano (96% vs 69%, $p=0,009$). Não houve diferença significativa na sobrevida livre de doença (85% vs 72%; $p=0,479$). Conclusão: Pacientes com estadios cT2 que apresentam cCR após nQRT observados pelo protocolo W&W são menos propensos a desenvolver recidiva tumoral precoce quando comparados a pacientes com estadios cT3/4. Pacientes com estadios cT3/4 e cCR após nQRT devem ser submetidos a acompanhamento clínico, radiológico e endoscópico mais rigoroso a fim de se identificar precocemente recidivas tumorais.

PALAVRAS-CHAVES: reto | neoadjuvante | resposta completa

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2016

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Complicações pós colonoscopia ? Análise dos pacientes readmitidos na unidade de emergência. Experiência do Hospital Albert Einstein com 8968 pacientes.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROGER BELTRATI COSER (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), CAMILA ALOISE CRUZ (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), MARCELO BELLINI DALIO (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), ANTONIO ROCCO IMPERIALE (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), CARLOS EDUARDO FONSECA PIRES (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), JOSÉ CARLOS TEIXEIRA JUNIOR (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: Objetivo Avaliar a incidência, as características epidemiológicas, o diagnóstico e a evolução dos pacientes que retornaram às unidades de pronto atendimento do hospital com sinais e sintomas sugestivos de complicações até 30 dias após realização de colonoscopia. Método Estudo retrospectivo uni-institucional dentre os pacientes que realizaram colonoscopia no ano de 2014 e retornaram em até 30 dias após o procedimento ao hospital. Resultados Foram realizadas colonoscopias em um total de 8968 pacientes. Destes, 578 (6,44%) retornaram em até 30 dias pelas mais variadas queixas. 95 pacientes (1,06%) tiveram queixa relacionada a possível complicação da colonoscopia. Os pacientes foram avaliados no pronto atendimento: 33,7% deles retornaram em menos de 24 horas e 66,3% deles em mais de 24 horas após a colonoscopia. A taxa de hospitalização foi de 26,3% no primeiro retorno. Não foram observadas evidências de diferenças entre o grupo de pacientes que retornou em até 24h e o grupo que retornou em mais do que 24h quanto aos níveis de leucócitos ($p=0,973$) de PCR ($p=0,069$), tipos de procedimentos realizados ($p=0,173$) e evolução ($p=0,218$). Foi observada associação do tempo de retorno com o diagnóstico pela colonoscopia ($p=0,074$). Não foram observadas diferenças entre o grupo de pacientes sem e com alterações infecciosas quanto às médias de idade dos pacientes ($p=0,074$), aos níveis de leucócitos ($p=0,177$) e de PCR ($p=0,057$), diagnóstico pela colonoscopia ($p=0,075$), tipos de procedimentos realizados ($p=0,898$) e evolução ($p=0,327$). Conclusões Os dados do presente estudo corroboram a evidência geral de segurança e tolerabilidade da colonoscopia e apontam para redução nos índices de complicações maiores. Estes achados podem estimular o desenvolvimento de novas técnicas terapêuticas baseadas na colonoscopia e aumentar seu uso no rastreamento de câncer colorretal. Referências CHAN, A. O. et al. Predictive factors for colonoscopy complications. Hong Kong Med J, v. 21, n. 1, p. 23-9, Feb 2015. REUMKENS, A. et al. Post-Colonoscopy Complications: A Systematic Review, Time Trends, and Meta-Analysis of Population-Based Studies. Am J Gastroenterol, v. 111, n. 8, p. 1092-101, 2016

PALAVRAS-CHAVES: Colonoscopia | Complicações | Pronto atendimento

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2231

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: EMPREGO DA PROTEÍNA C REATIVA COMO MARCADOR PRECOCE DE INFECÇÃO EM CIRURGIAS COLORRETAIS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GERALDO CAMILO NETO (IAMSPE), LUÍS ROBERTO MANZIONE NADAL (IAMSPE), RENATO ARIONI LUPINACCI (IAMSPE), JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH (IAMSPE), MARIA BEATRIZ ALVES DO SANTOS MEDRADO (IAMSPE), GABRIEL LACERDA ESTEVES (IAMSPE), ELLEN TREVELIN (IAMSPE), CAMYLLE REIS FIGUEIREDO (IAMSPE), YTAUAN BARROS CALHEIROS (IAMSPE)

RESUMO: OBJETIVOS: avaliar a associação entre os níveis séricos de proteína C reativa (PCR) no pós-operatório (PO) de procedimentos cirúrgicos colorretais e complicações infecciosas, e determinar valores de PCR que permitam, com maior sensibilidade, a previsão de não-complicação infecciosa de pacientes no PO. MÉTODOS: Estudo caso-controle de 80 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos colorretal eletivos com anastomose primária em um único serviço durante o ano de 2016. Vinte e oito indivíduos (35%) apresentaram complicações infecciosas diversas, sendo em onze deles deiscência da anastomose. Os demais indivíduos compuseram o grupo controle. Foram coletadas amostras diárias de sangue para dosagem de PCR entre o primeiro e quarto dia de PO. Os valores foram comparados levando em consideração a complicação ou não do paciente, com uso de curva ROC (receiver operator characteristic), para determinação de sensibilidade, especificidade e valores preditivos de complicação. RESULTADOS: Em ambos os grupos, o pico de PCR aconteceu no 2º PO, tendendo a declínio a partir de então. Níveis de PCR de até 7,65 mg/dL no 4º PO foram associados à evolução sem complicações infecciosas (sensibilidade 100%), porém valores inferiores a 8,9mg/dL também apresentaram alta sensibilidade (95,5%), com maior especificidade (46.2%). Quando utilizamos o delta entre os valores de PCR de um dia e o seguinte, não obtivemos resultados satisfatórios de classificação de prognóstico. CONCLUSÃO: Em nossa casuística, a PCR abaixo de 8,9mg/L no 4o PO pôde predizer complicações infecciosas, portanto, podendo servir de parâmetro para avaliação de alta nesse dia. REFERÊNCIAS: FACY, O. Diagnostic Accuracy of Inflammatory Markers As Early Predictors of Infection After Elective Colorectal Surgery. Annals of Surgery ? Volume 263, Number 5, May 2016. COUSIN, F. Diagnostic Accuracy of Procalcitonin and C-reactive Protein for the Early Diagnosis of Intra-abdominal Infection After Elective Colorectal Surgery. Annals of Surgery ? Volume XX, Number X, Month 2016.

PALAVRAS-CHAVES: INFECÇÃO | FISTULA | PROTEÍNA-C REATIVA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2240

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Câncer de cólon e reto: casos tratados no período de 2010 a 2014

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), FERNANDO H. O. MAURO (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), GERARDO CRISTINO GAVARRETE VALLADARES (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO (UP), CARLOS ARAI FILHO (UP), THATIANE LITENSKI (UP), GABRIELLA EDUARDA JACOMEL (PUC-PR)

RESUMO: Objetivo: Apresentar dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner em 2010 e 2014 referentes aos pacientes portadores de câncer de colón e reto. Estudar as características epidemiológicas tentando definir os fatores de risco para a doença e para o resultado do tratamento. Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevivência foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram admitidos 1316 casos de câncer de colorretal no período de 2010 a 2014, sendo 46,5% feminino e 53,5% masculino. A maioria ocorreu acima de 45 anos, predominando entre 60 e 64 anos. O tipo histológico mais freqüente foi o adenocarcinoma (92,9%). 71% eram provenientes da capital e região metropolitana. 60,7% dos homens e 61,2% das mulheres possuíam histórico familiar de câncer, 55,5% dos homens possuíam histórico de alcoolismo, porém somente 13,6% das mulheres. 58,3% dos homens e 40,2% das mulheres apresentavam histórico de tabagismo. 17,1% ocorreram no colón, 48,8% no reto e 9,1% na junção reto-sigmoidea. De acordo com estadiamento TNM (UICC), 41,9% das mulheres e 44,8% dos homens apresentaram estádios iniciais. Quanto ao tipo de tratamento realizado, cirurgia (20,6%) e quimioterapia (17,6%) prevaleceram sobre a radioterapia (1%), sendo 60,9% dos casos submetidos a tratamento combinado. Ao término da primeira fase do tratamento, apenas 9,7% foram a óbito. A sobrevivência global em 5 anos foi de 49,5% entre todos os estádios e sexos, variando de 11,6% no EC IV e 72,2% no EC I. Conclusões: Mais da metade dos pacientes apresentam estádios clínicos avançados. Por isso, houve alto número de tratamento adjuvantes e combinados empregados nesta amostra.

PALAVRAS-CHAVES: câncer de cólon | câncer de reto | cirurgia oncológica

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2755

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Heterogeneidade genética intratumoral no Câncer de Reto ? Biópsias únicas representam o tumor completo?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AUGUSTO QUARESMA COELHO (FACULDADE DE MEDICINA USP), FELIPE ALEXANDRE FERNANDES (FACULDADE DE MEDICINA USP), FABIANA BETTONI (INSTITUTO AJ GAMA), ANGELITA HABR-GAMA (INSTITUTO AJ GAMA), BRUNA BORBA VAILATI (INSTITUTO AJ GAMA), GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO (INSTITUTO AJ GAMA), ANAMARIA A. CAMARGO (INSTITUTO AJ GAMA), RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO (FACULDADE DE MEDICINA USP), RODRIGO OLIVA PEREZ (INSTITUTO AJ GAMA)

RESUMO: Introdução: As informações obtidas das biópsias tumorais influenciam de maneira significativa na definição do tratamento. Todavia, levando-se em conta a presença de heterogeneidade genética intratumoral, biópsias únicas podem não ser representativas da totalidade do tumor, limitando a utilidade e confiabilidade da informação fornecida por essas biópsias para a decisão terapêutica. Objetivo: Demonstrar heterogeneidade genética intratumoral em pacientes com neoplasia de reto. Métodos: Três fragmentos de um único tumor de reto (adenocarcinoma) foram escolhidos para sequenciamento genético seguido de análise para identificação de mutações. Cerca de 25Gb sequências mapeadas foram geradas de cada amostra e sequências genéticas mapeadas do genoma humano foram usados como referência para detecção de pontos de mutações somáticos. Resultados: Ao todo, 193 mutações somáticas foram identificadas. Somente 53 (27%) foram compartilhadas entre os três fragmentos, incluindo genes conhecidos das fases iniciais da sequência adenoma-carcinoma (APC). Do total, 115 (59%) mutações estiveram presentes em apenas um desses fragmentos, incluindo mutações em genes drivers (DNAH12). A distância Jaccard mostrou mediana de distância de 0,603 por comparação pareada dos fragmentos indicando significativa heterogeneidade entre eles. Conclusão: Foi evidenciada considerável heterogeneidade genética intratumoral na neoplasia de reto. A maioria dos pontos de mutação detectados foram exclusivos de um único fragmento. Esses achados confirmam que mutações de genes encontradas em um único fragmento de biópsia pré-tratamento não necessariamente serão representativos de todas as mutações presentes no tumor e isso pode limitar a utilidade da informação biológica fornecida por uma única biópsia para a decisão terapêutica.

PALAVRAS-CHAVES: heterogeneidade tumoral | neoplasia reto | mutações somáticas

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2763

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Volumetria por PET-CT sequencial para avaliar a resposta completa pós quimiorradioterapia no tumor de reto: Olhando o mesmo exame com outros olhos!

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE ALEXANDRE FERNANDES (FACULDADE DE MEDICINA USP), AUGUSTO QUARESMA COELHO (FACULDADE DE MEDICINA USP), DALTON A. DOS ANJOS (INSTITUTO AJ GAMA), RODRIGO OLIVA PEREZ (INSTITUTO AJ GAMA), ANGELITA HABR-GAMA (INSTITUTO AJ GAMA), GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO (INSTITUTO AJ GAMA), RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO (FACULDADE DE MEDICINA USP), BRUNA BORBA VAILATI (INSTITUTO AJ GAMA), CARLOS A. BUCHPIGUEL (INSTITUTO AJ GAMA)

RESUMO: Introdução: Estudos com PET/CT não obtiveram êxito em identificar com precisão respostas completas (cCR) pós quimiorradioterapia neoadjuvante (nQRT) em pacientes com tumor de reto distal. O uso de parâmetros metabólicos genéricos ou imprecisos na avaliação dos volumes tumorais residuais podem ter contribuído para esses resultados inconclusivos. Objetivo: O objetivo desse estudo foi determinar a acurácia da identificação de resposta completa em tumores de reto pós nQRT através do uso de PET/CT sequencial com análise do decréscimo do metabolismo tumoral e de volume usando o volume tumoral e limiar de SUV de forma individualizada. Métodos: Ao todo, 90 pacientes com neoplasia de reto distal (cT2-4N0-2M0) foram submetidos a PET/CT no estadiamento inicial e 12 semanas após a nQRT. Para a análise metabólica quantitativa foram avaliados o SUVmax (standart uptake value máximo) e SUVmédio, também foram avaliados o volume metabólico tumoral e uma estimativa de atividade metabólica tumoral utilizando volume e SUV (glicólise total da lesão - TLG). Esses parâmetros foram comparados para a avaliação da resposta a nQRT usando curva ROC (receiver operator characteristic curve). Foi definido para cada paciente um limiar de SUV que permitisse um delineamento mais preciso do tumor. Resultados: A variação do TLG entre o exame inicial e 12 semanas após nQRT foi associada com a melhor área abaixo da curva quando comparada com SUV ou volume metabólico do tumor para a identificação de resposta completa. Pacientes com decréscimo ? 92% no TLG entre o exame inicial e 12 semanas pós nQRT tem 90% de chance de ter obtido resposta completa pós nQRT. Conclusão: A utilização de volume e estimativas metabólicas no PET/CT com definição de limiares individuais de SUV para determinação do volume tumoral pode ser uma ferramenta mais precisa para prever resposta completa pós nQRT em pacientes com tumor de reto distal.

PALAVRAS-CHAVES: PET/CT | tumor de reto distal | resposta completa nQRT

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2771

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Obtendo o espécime cirúrgico perfeito no câncer colorretal durante a amputação abdominoperineal ? devemos ressecar o cóccix rotineiramente?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AUGUSTO QUARESMA COELHO (FACULDADE DE MEDICINA USP), FELIPE ALEXANDRE FERNANDES (FACULDADE DE MEDICINA USP), ANGELITA HABR-GAMA (INSTITUTO AJ GAMA), GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO (INSTITUTO AJ GAMA), RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO (FACULDADE DE MEDICINA USP), BRUNA BORBA VAILATI (INSTITUTO AJ GAMA), CINTHIA ORTEGA (INSTITUTO AJ GAMA), FRANCISCO COUTINHO (INSTITUTO AJ GAMA), RODRIGO OLIVA PEREZ (INSTITUTO AJ GAMA)

RESUMO: Introdução: A excisão mesorreto de modo cilíndrico com margens intactas é essencial no manejo cirúrgico do câncer colorretal durante a amputação abdomino-perineal (AAP) para minimizar o risco de margens radiais positivas. A amputação de reto extra elevador, em posição prona e a ressecção do cóccix foram associados com melhor qualidade do espécime cirúrgico durante a AAP. A ressecção rotineira do cóccix pode promover melhor visibilidade no acesso cirúrgico, particularmente durante a dissecação da parede retal anterior. Objetivo: Estimar o ganho de visibilidade cirúrgica após a ressecção do cóccix em pacientes com neoplasia de reto. Método: 29 pacientes com câncer colorretal foram estudados prospectivamente. Todos foram submetidos a Ressonância magnética (RM) de alta resolução no estadiamento inicial. Utilizando cortes sagitais em T2, foi estimado o ângulo sólido determinado pela margem de dissecação anterior (interface entre a parede retal e a próstata/vagina), e a ponta do cóccix (sem ressecção do cóccix) ou a ponta da última vértebra sacral (com a ressecção do cóccix). O ângulo sólido estima a superfície tridimensional de uma determinada área provida pelo ângulo original ($\text{ângulo sólido} = \sin^2 \theta$), sendo a melhor estimativa da visibilidade cirúrgica em determinado ponto crítico de escolha (neste caso a parede retal anterior). A porcentagem de ganho de campo cirúrgico foi calculada comparando o ângulo sólido com e sem a retirada do cóccix em imagens de RM para cada paciente. Um ganho maior do que 30% foi considerado significativo. Idade, gênero e IMC foram comparados entre pacientes com e sem ganhos significativos após a remoção do cóccix. Resultados: a remoção cirúrgica rotineira do cóccix determina um ganho médio de 42% (95% IC 27-57%) em visibilidade de campo cirúrgico para a parede retal anterior ao nível da próstata/vagina. 19 pacientes (65%) obtiveram ganho estimado $\geq 20\%$ pela remoção do cóccix enquanto 15 (51%) obtiveram ganho estimado $\geq 30\%$. Não houve associação de ganho de campo após remoção de cóccix com IMC, gênero ou idade. Conclusão: A ressecção rotineira do cóccix durante a AAP pode resultar no ganho médio de 42% em campo cirúrgico durante a dissecação da parede retal anterior. No entanto, nem todos os pacientes apresentam o ganho desejável em campo cirúrgico após a ressecção. A estimativa precisa do ganho de remoção do cóccix pode ser predita por séries sagitais de RM de forma individualizada, auxiliando o cirurgião na decisão da ressecção do cóccix.

PALAVRAS-CHAVES: amputação abdomino-perineal (AAP) | ressecção do cóccix | visibilidade cirúrgica

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2907

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: A influência da idade, do baixo valor de albumina, da localização do tumor e da neoadjuvância sobre o índice de fístula colorretal em pacientes operados por câncer.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANO ALVES FIGUEIREDO (HOSPITAL DA BALEIA), LUCAS FERNANDES ANDRADE (HOSPITAL DA BALEIA), FREDERICO FONSECA CAMPOS (HOSPITAL DA BALEIA), STEPHANOE RAGGI ALBUQUERQUE (FACULDADE DE MEDICINA - FASEH), THAIANA DE SOUZA SANCHES (FACULDADE DE MEDICINA - FASEH), BRUNA MACEDO (FACULDADE DE MEDICINA - FASEH), RAISSA LUIZA PORTO DO VALE (FACULDADE DE MEDICINA - FASEH), GUILHERME MAGNO SANTIAGO F. COELHO (FACULDADE DE MEDICINA - FASEH)

RESUMO: Introdução: o câncer colorretal (CCR) é uma doença de alta prevalência. A intervenção cirúrgica constitui a principal modalidade terapêutica. Ainda que haja avanços das técnicas operatórias e anestesiológicas, as complicações anastomóticas pós-operatórias são descritas numa frequência significativa. A fístula anastomótica é, dentre essas complicações, a mais importante. Objetivo: analisar a morbimortalidade de pacientes submetidos ao tratamento do câncer colorretal em um centro único, no período de 2008 a 2016. Método: trata-se de um estudo observacional, realizado em instituição única, com única equipe de cirurgiões. Montante total de 288 pacientes operados no período entre janeiro de 2008 a fevereiro de 2016, 254 pacientes foram selecionados neste estudo. Os pacientes apresentaram idade média de $59,3 \pm 12,5$ anos, sendo 53% do gênero masculino. O tipo histológico mais frequente de tumor foi o adenocarcinoma (99,1%), e a localização do tumor foi mais frequente na porção sigmóide/reto alto (42,6%), seguido das porções reto médio (24,2%), reto baixo (16%), colon ascendente (11%) e colon descendente (6,2%). A prevalência de fístula foi 12% (29). Resultados: a idade superior a 60 anos foi fator de risco independente para maior mortalidade no acompanhamento de 8 anos. Pacientes com hipoalbuminemia ($p=0,04$), localização do tumor no cólon descendente e pacientes com tumor de reto submetidos a neoadjuvância ($p = 0,03$) tiveram maior chance de fístula anastomótica. Dos pacientes que fistulizaram, 66% eram homens mas não houve diferença significativa neste trabalho ($p=0,06$). Os pacientes que fistulizaram tiveram 16,5 vezes maior risco de mortalidade pós-operatória em relação ao grupo que não teve fístula. Conclusão: a fístula anastomótica colorretal é fator independente de aumento de morbimortalidade no seguimento dos pacientes com câncer colorretal. Essa complicação aumenta a chance de estoma definitivo. O câncer de cólon descendente foi a localização mais associada com fístula anastomótica, seguida do câncer de reto com neoadjuvância.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer colorretal | Fístula | Morbimortalidade

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 3131

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: DETECÇÃO DO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EM FÍSTULAS E ÚLCERAS ANORRETAIS DE INDIVÍDUOS HIV POSITIVOS.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAYSSA MARTINS (UFAM)

RESUMO: Autores: Prof PHD. Adriana Daumas P. Guimarães, Msc Renata S. Galvão, Acad Rayssa M. Souza, Dr. Rodolfo Porto, Prof PHD. Cíntia Mara C. de Oliveira, Prof MSC José Jorge P. Guimarães, MSC José de Ribamar Araújo, Acad Alexandre B. L. de Araújo e Francisca E. R. Monteiro. Instituição executora e financiadora: FMT- HVD. **INTRODUÇÃO:** A incidência da co-infecção HIV-Tuberculose encontra-se em ascensão em âmbito mundial. Clinicamente, a doença é dividida em formas pulmonares e extrapulmonares, sendo a última mais comum em pacientes imunocomprometidos. O risco de um indivíduo HIV negativo desenvolver tuberculose ao longo da vida é de 5%-10%, alcançando 50% entre os HIV positivos. Dentre os indivíduos HIV positivos, a ocorrência de tuberculose nas fístulas/úlceras anorretais não é infrequente e necessitam ser diagnosticadas. **OBJETIVOS:** Descrever a prevalência do Mycobacterium tuberculosis nas fístulas/úlceras anorretais de pacientes HIV positivos, correlacionando-a com os aspectos clínicos. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, com seção prospectiva e retrospectiva. Na seção retrospectiva, foram coletados os laudos dos exames histopatológicos, bacteriológicos, PCR e além de registros de consultas médicas no prontuário eletrônico dos pacientes. Na seção prospectiva, os dados da anamnese, exame físico, anoscopia (AMI) e realização de biópsias analisadas por meio da cultura para BK, histopatológico e análise molecular por PCR. As amostras positivas para PCR serão submetidas ao sequenciamento genético. **RESULTADOS:** O estudo avaliou 88 pacientes. A prevalência global de BK nas amostras será demonstrada bem como as análises positivas por método diagnóstico empregado (Histopatológico, Cultura para BK e PCR associado a genotipagem) e a taxa de concordância entre os métodos. **DISCUSSÃO:** Apesar da literatura médica não mostrar consenso quanto ao tratamento antituberculínico baseado no diagnóstico isolado através de técnicas moleculares, Chawla 2009 et al. preconizam que o tratamento deva ser iniciado precocemente nos casos de tuberculose extrapulmonar objetivando a prevenção de eventos irreversíveis. **CONCLUSÃO:** Este estudo visa, através da genotipagem das amostras positivas ao PCR para BK, alcançar de forma rápida e precisa a segurança diagnóstica necessária para apoiar o tratamento específico da tuberculose anorretal/perianal em indivíduos HIV positivos; e esclarecer as cepas circulantes nessa população de risco, assim como proporcionar uma conduta clínica mais segura, eficaz e precoce.

PALAVRAS-CHAVES: fístula anal | tuberculose anorretal | úlcera perianal

ESÔFAGO

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 659

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES PÓS OPERATORIAS DA MUCOSECTOMIA ESOFAGICA VERSUS ESOFAGECTOMIA TRANSMEDIASTINAL:ESTUDO COMPARATIVO EM 229 PACIENTES COM MEGAESOFAGO AVANÇADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO (PUC CAMPINAS), MARCELO MANZANO SAID (PUC CAMPINAS), DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA (PUC CAMPINAS), FELIPE RAULE MACHADO (PUC CAMPINAS), JOÃO PAULO ZENUM RAMOS (PUC CAMPINAS), LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO (PUC), FERNANDA FRUET (PUC CAMPINAS), VANIA APARECIDA LEANDRO MERHI (PUC CAMPINAS)

RESUMO: OBJETIVO:Analisar comparativamente as complicações intra/pós operatorias imediatas da mucosectomia esofagica(ME)com a esofagectomia transmediastinal(ETMDL)em pacientes com megaesofago avançado.METODO: Janeiro de 1985 a Junho de 2016,foram avaliados retrospectivamente 229p com megaesofago Gr:III/IV, a maioria de origem chagastica, submetidos a ressecção esofagica por 2 técnicas:ME-115p(50,2%)e ETMDL:114p(49,2%).Houve predominância do sexo masculino em 161p(70,3%) e com idade variavel de 15a 76a;A reconstrução do transito após a ressecção foi realizada com estomago em 215p(93,8%),sendo a via mediastinal posterior a mais utilizada.Foram avaliados comparativamente as complicações intraoperatorias,seja referentes a ressecção/reconstrução,as complicações pós operatorias precoces locais/sistemicas até com 30dias de cirurgia e o tempo de internação hospitalar.RESULTADOS:COMPLICAÇÕES INTRAOPERATORIAS:ME-14p(12,1%)X ETMDL-79p(69,2%),sendo a mais frequente o hidro/pneumotorax, presente em 66p(57,8%)da ETMDL e em 13p(11,4%)da ME;hemotorax maciço:6p(5,2%)da ETMDL X nenhum da ME;fistula linfatica:2p(2,6%)da ETMDL X nenhum da ME;lesão traqueal:3p(2,0%)da ETMDL e nenhum da ME;lesão n.laringeo recorrente:3p(2,6%) da ETMDL X 1(0,8%)da ME.COMPLICAÇÕES POS OPERATORIAS PRECOES:ME-47p(40,8%)X ETMDL-77p(67,5%);a infecção pulmonar:25p(21,8%)da ETMDL X 10p(8,6%)da ME; cardiovascular:15p(13,1%)da ETMDL X 3(2,6%)da ME;fistula da anastomose esofagovisceral cervical:37p(32,4%)da ETMDL X 33p(28,6%)da ME.11p evoluíram a obito por complicações sendo 9p(7,8%)da ETMDL X 2p(1,7%) da ME,sendo de origem local em 5p(4,4%)da ETMDL X 1(0,8%) da ME e de origem sistêmica em 4p(3,5%) da ETMDL X 1p(0,8%)da ME.TEMPO MEDIO DE INTERNAÇÃO PÓS OPERATORIO:ETMDL(61p)-20,9dias X ME(79p)-13,1dias.CONCLUSÕES:A Mucosectomia esofagica demonstrou ser um procedimento cirurgico bem adequado para o tratamento do megaesofago avançado, pois apresentou menor indice de complicações no intra e no pós operatorio precoce em relação a esofagectomia transmediastinal e com menor tempo de internação hospitalar no pós operatorio. Seria necessario a realização de uma avaliação tardia entre os dois procedimentos para confirmação definitiva da validade dos mesmos.:

PALAVRAS-CHAVES: Mucosectomia esofagica | Esofagectomia transmediastinal | Megaesofago

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 671

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: AVALIAÇÃO COMPARATIVA DOS RESULTADOS TARDIOS DO TRATAMENTO CIRURGICO DO MEGAESOFAGO AVANÇADO PELA MUCOSECTOMIA ESOFAGICA VERSUS ESOFAGECTOMIA TRANSMEDIISTINAL:ESTUDO RETROSPECTIVO EM 79 PACIENTES COM 15 ANOS DE PÓS OPERATORIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO (PUC CAMPINAS), MARCELO MANZANO SAID (PUC CAMPINAAS), DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA (PUC CAMPINAS), LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO (PUC CAMPINAS), FERNANDA FRUET (PUC C AMPINAS), FELIPE RAULE MACHADO (PUC CAMPINAS), JOÃO PAULO ZENUM RAMOS (PUC CAMPINAS), VANIA APARECIDA LEANDRO MERHI (PUC CAMPINAS)

RESUMO: OBJETIVO:Analisar comparativamente os resultados tardios da mucosectomia esofagica com conservação da tunica muscular(ME) com a esofagectomia transmediastinal(ETMDL) para o tratamento cirurgico do megaesofago avançado.METODO:Foram estudados retrospectivamente 79 pacientes(p) com megaesofago Grau III/IV, submetidos a 2 procedimentos cirurgicos:ME:42p X ETMDL:37p. Em todos foram realizados avaliação tardia com 15 anos de pos operatorio.A idade foi variavel de 31a a 74a, com predominância do sexo masculino em 57p(72,1%). Nos 2 grupos foi realizado um estudo comparativo em relação a avaliação clinica, no que concerne a qualidade de deglutição, a presença ou não de regurgitação, alteração do habito intestinal, a evolução ponderal, a satisfação com a cirurgia e ao retorno as atividades normais. Tambem foi realizada comparativamente entre os grupos a Avaliação Radiologica Contrastada, Endoscopia Digestiva Alta e a Tomografia Computadorizada de Torax.Nestes 4 parametros foi realizada uma avaliação global representada pela somatoria dos valores numericos decorrentes da analise de cada um dos parametros, sendo o resultado final considerado otimo, bom, regular e mau de acordo com o total de pontos obtidos.Foi realizado analise estatistica com nivel de significancia de 5%.RESULTADOS:Na avaliação clinica global, os 2 grupos apresentaram classificação entre otima e boa semelhante e sem significancia estatistica, presente em 35p(83%) do Grupo ME e 29p(78,3%) do Grupo ETMDL.Na avaliação radiologica global, também não houve diferença significativa, tendo classificação otima e boa em 36p(85,6%) do Grupo ME e 28p(75,8%) do Grupo ETMDL.Na avaliação endoscopica global, também os resultados foram semelhantes e sem significancia estatistica, estand presente classificação tima e boa em 37p(88,8%) do grupo ME e 30p(81,2%) do Grupo ETMDL. O mesmo na avaliação da Tomografia deTorax com 30p(96,9%) de 31p analisados do grupo ME e 29p(78,3%) do Grupo ETMDL. CONCLUSÕES:Na avaliação tardia do pós operatorio foi evidenciado que a maioria dos pacientes dos dois grupos, apresentaram avaliação otima e boa em todos os parametros estudados e sem haver diferença significativa entre os mesmos, o que demonstra que os dois procedimentos cirurgicos devem ser validos para o tratamento do megaeosfago avançado.

PALAVRAS-CHAVES: Mucosectomia esofagica | Esofagectomia transmediastinal | Megaesofago

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 773

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ANÁLISE DOS RESULTADOS PRECOSES E TARDIOS DA ESOFAGECTOMIA DE RESGATE POS QUIMIORADIOTERAPIA COM INTENÇÃO EXCLUSIVA NO CANCER DE ESOFAGO AVANÇADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO (PUC CAMPINAS), MARCELO MANZANO SAID (PUC CAMPINAS), DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA (PUC CAMPINAS), LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO (PUC CAMPINAS), FERNANDA FRUET (PUC CAMPINAS), FELIPE RAULE MACHADO (PUC CAMPINAS), JOÃO PAULO ZENUM RAMOS (PUC CAMPINAS), VANIA APARECIDA LEANDRO MERHI (PUC CAMPINAS)

RESUMO: OBJETIVO:Avaliar os resultados precoces e tardios da esofagectomia de resgate em pacientes com câncer de esofago submetidos previamente a quimiorradiação exclusiva.METODO:Foram analisados retrospectivamente 29 pacientes com diagnostico inicial de carcinoma epidermoide de esofago irressecavel e submetidos previamente a quimiorradioterapia. Houve predominância do sexo masculino em 23 pacientes(79,3%) com idade variavel de 56 a 74 anos.Apos o tratamento oncologico, os pacientes foram avaliados quanto as suas condições clinicas pré operatorias e restadiamento. Foi realizada a esofagectomia por toracotomia direita em 27p(93,2%) e reconstrução do transito digestivo com transposição gastrica ou colo por via retroesternal.Os pacientes foram avaliados no periodo pós operatorio tanto em relação as complicações locais e sistemicas , como em relação a sobrevida. RESULTADOS:Na avaliação precoce,11p(37,9%) evoluíram com fistula por deiscência da anastomose esofagogastrica/colo ceervical , sendo que 10 pacientes evoluíram de maneira satisfatoria com tratamento conservador e o paciente restante evolui a obito por quadro septico, mesmo sendo indicado reoperação precoce.Seis pacientes(20,6%) tambem apresentaram estenose da anatomose esofagogastrica/colo, mas com boa evolução com a dilatação endoscopica. 13pacientes(44,8%) apresentaram infecção pulmonar, sendo que 3 deles evoluíram a obito. Em 21 pacientes se conseguiu realizar seguimento a longo prazo, sendo que 11p(52,3%) sobreviverm por 3 anos e 6p(28,5%) por 5 anos.CONCLUSÕES:Apesar da esofagectomia de resgate ter apresentado morbidade não despresivel, a mesma foi favoravel por ter proporcionado sobrevida aceitavel e com qualidade vida satisfatoria, principalmente por não ter outras opções terapeuticas.

PALAVRAS-CHAVES: Esofagectomia de resgate | Quimiorradiação | Cancer de esofago

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 784

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES DA ESOFAGOGASTROPLASTIA: ESTUDO RETROSPECTIVO EM 1013 PACIENTES COM AFECÇÕES BENIGNAS E MALIGNAS DO ESOFAGO /HIPOFARINGE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO (PUC CAMPINAS), MARCELO MANZANO SAID (PUC CAMPINAS), DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA (PUC CAMPINAS), FELIPE RAULE MACHADO (PUC CAMPINAS), JOÃO PAULO ZENUM RAMOS (PUC CAMPINAS), GIOVANNA CAPECCI SIQUEIRA (PUC CAMPINAS), MARCOS PAULO BORGES DINIZ (PUC CAMPINAS)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar as complicações da esofagogastroplastia em uma série de pacientes submetidos a reconstrução de trânsito para o tratamento das afecções benignas e malignas do trato digestivo superior. METODO: Janeiro de 1985 a Dezembro de 2016, 1135 pacientes foram submetidos a reconstrução de trânsito digestivo superior por afecções benignas/malignas do esofago/hipofaringe /cardia e com intuito paliativo ou curativo; destes 1013 (89,2%) foram submetidos a reconstrução de trânsito com o estomago, sendo este o objetivo do estudo. Houve predominância do sexo masculino em 686 p (67,7%) e com idade variável de 23 a 81 anos. As afecções em que foi indicado a esofagogastroplastia foram: Câncer de esofago torácico/cardia- 671p (66,2%); Megaesofago avançado- 218p (21,5%); Câncer de esofago cervical/hipofaringe- 70p (7,0%); Perfuração de esofago- 30p (2,9%); Esofagite caustica- 15p (1,4%); Esofagite estenosante- 9p (0,8%). Em 136p (13,4%) foi realizado tubo gástrico paliativo por terem tumores irremovíveis. Dos 877p submetidos a ressecção, a via transmediastinal foi realizada em 581p (66,2%), a transtorácica em 294p (33,5%) e a vídeo torascópica em 2p (0,2%). A via de reconstrução do trânsito foi a mediastinal posterior em 624p (61,6%), a retrosternal em 388p (38,3%) e a subcutânea em 1p (0,09%). RESULTADOS: Várias complicações estiveram presentes, variável de uma a quatro por paciente: fístula/estenose da anastomose esofago/faringe-estomago em 276p (31,6%); pleuropulmonar em 376p (43,3%); cardiovascular em 106p (11,4%); necrose gástrica em 16p (1,8%). As complicações tiveram relação com as afecções, pois nas malignas a morbidade e mortalidade estiveram presentes respectivamente em 459p (61,7%) e 136p (18,3%) e nas benignas respectivamente 56p (20,7%) e 11p (4,0%). CONCLUSÕES: Os autores concluem que a esofagogastroplastia apesar de apresentar alta morbidade, principalmente nas afecções malignas, a mesma é aceitável devido a doença avançada e além de que a maioria das complicações apresentaram resolutividade adequada.

PALAVRAS-CHAVES: Esofagogastroplastia | Câncer de esofago | Megaesofago

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 965

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: AVALIAÇÃO TARDIA DA ESOFAGOCARDIOPLASTIA NO TRATAMENTO CIRURGICO DO MEGAESOFAGO CHAGASICO AVANÇADO E RECIDIVADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO (PUC CAMPINAS), MARCELO MANZANO SAID (PUC CAMPINAS), DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA (PUC CAMPINAS), LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO (PUC CAMPINAS), FELIPE RAULE MACHADO (PUC CAMPINAS), JOÃO PAULO ZENUM RAMOS (PUC CAMPINAS)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar o resultado tardio da esofagocardioplastia em uma série de pacientes com megaesofago chagásico avançado e recidivado. METODO: Janeiro de 1997 a Julho de 2016 foram estudados retrospectivamente 19 pacientes com megaesofago GRAU III/IV recidivado e com imunofluorescência positiva para Doença de Chagas. A cirurgia previa foi a cardiomiectomia com fundoplicatura anterior com tempo de realização de 16,5 anos. Houve predominância do sexo masculino em 14p(73,6%) e com idade variável de 63 a 78 anos. A cirurgia de eleição para o tratamento da recidiva foi a esofagocardioplastia de SERRA DORIA. Foi realizada avaliação precoce para estudar as complicações pós-operatórias imediatas e tardias para avaliar a incidência de recidiva de sintomas. RESULTADOS: Na avaliação precoce 5 pacientes(26,3%) apresentaram complicações clínicas, sendo infecção pulmonar em 4 e arritmia cardíaca no restante, tendo todos boa evolução com tratamento específico. Um paciente(5,2%) apresentou fístula digestiva consequente a deiscência da anastomose esofagogastrica, mas com boa evolução com tratamento conservador. Na avaliação de 1 ano de pós-operatório, 18p(94,7%) apresentavam deglutição normal e sem regurgitação. Com 3 anos de pós-operatório de 16 pacientes analisados, 10(62,5%) apresentavam deglutição normal e 3p (19,3%) se queixavam de regurgitação. Com 5 anos de pós-operatório, de 13 pacientes analisados, somente 5(38,4%) apresentavam deglutição normal e 7(53,8%) com regurgitação. CONCLUSÕES: A esofagocardioplastia de SERRA DORIA apresentou complicações pós-operatórias de baixa morbidade e com boa resolatividade. Na avaliação a longo prazo, demonstrou não ser um procedimento cirúrgico adequado, devido a alta incidência de recidiva de sintomas.

PALAVRAS-CHAVES: Acalasia esofágica | Esofagocardioplastia | Megaesofago Chagásico

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1131

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Grandes Hérnias de Hiato - Experiência com uso de Prótese Absorvível

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE BRANDALISE (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), BRUNO LOMBARDI FARIAS (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), CLAUDIA LORENZETTI (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), PAOLA COSTA REIS (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), NILTON CESAR ARANHA (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), NELSON ARY BRANDALISE (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: Sabe-se que a videolaparoscopia é aceita como padrão-ouro no tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico. Entretanto, permanece em discussão o seu uso para correção de grandes hérnias paraesofágicas, sejam primárias ou recidivadas, uma vez que os índices de recidiva podem alcançar 50% em 5 anos. Para tentar minimizar esses números, uma das alternativas é o uso de prótese para reforço da hiatoplastia. Na literatura há diversos estudos que mostram redução das taxas de recidiva com o uso de prótese de polipropileno ou politetrafluoroetileno (PTFE). Entretanto, também há relatos de complicações graves e cirurgias de alta complexidade para corrigi-las. Como alternativa a esses materiais, pode-se usar a tela biosintética produzida com copolímero de ácido poliglicólico e carbono trimetileno. Objetivo: apresentar a experiência do serviço com uso de prótese de copolímero de ácido poliglicólico e carbono trimetileno no reforço de hiatoplastias em grandes hérnias paraesofágicas. Método: estudo observacional prospectiva analítico dos prontuários de pacientes com hérnias paraesofágicas maiores que cinco centímetros, operados no Centro Médico de Campinas, e que utilizaram tela com copolímero de ácido poliglicólico e carbonato trimetileno. Resultados: Foram avaliados 20 prontuários de pacientes que utilizaram tela biosintética em grandes hérnias paraesofágicas, sendo 13 com hérnias primárias e 7 recidivadas. A idade média encontrada foi de 53,6 anos, com variação entre 35 e 77 anos. Em todos, realizou-se segmento pós-operatório com radiografia contrastada e/ou endoscopia digestiva alta com seis meses e um ano e depois anualmente para segmento, sendo visualizado duas recidivas herniárias, ambas pequenas e em hérnias recidivadas. Conclusões: O uso de prótese em hiatoplastias tem-se mostrado agente importante no controle da recidiva de grandes hérnias paraesofágicas. Entretanto, apesar de ter se mostrado eficaz em todas as hérnias primárias e apresentar 2 recidivas dentre os 7 casos de hérnias recidivadas, entendemos que é necessário aumentar a amostra de casos, assim como o tempo de segmento.

PALAVRAS-CHAVES: hiatoplastia | prótese absorvível | hérnia paraesofágica

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1668

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Tratamento cirúrgico da estenose cáustica do esôfago: aspectos técnicos da esofagectomia vs. esofagocoloplastia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PABLO SILVA DOS ANJOS (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), LUIZ CARLOS TEIXEIRA (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), RAFAEL ALVES CARVALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), MARCOS LANNA BICALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), LARISSA AMARAL CARREGAL (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK)

RESUMO: Introdução: Mais de 5000 ingestões cáusticas são relatadas anualmente nos Estados Unidos. Os pacientes suicidas frequentemente ingerem quantidades maiores de agentes cáusticos do que aqueles que acidentalmente ingerem esses agentes. Como resultado, eles são susceptíveis de ter lesões esofágicas e gástricas mais graves. A causa mais comum é a ingestão de álcalis fortes (hidróxido de sódio ou potássio) contidos em produtos de limpeza. As ingestões alcalinas tipicamente danificam mais o esôfago (pelo fato de causarem uma necrose de liquefação) enquanto os ácidos causam lesões mais graves no o estômago ou o duodeno, uma vez que causam necrose por coagulação. Objetivo : Descrever detalhadamente a técnica cirúrgica realizada na equipe Cirurgia Geral do Hospital Júlia Kubitschek/FHEMIG nos 35 pacientes operados no serviço entre janeiro 2010 a janeiro 2017 propondo uma sistematização da técnica operatória. Conclusão: Este estudo mostrou uma menor mortalidade e melhores resultados quanto a complicações pós-operatória no subgrupo submetido a esofagectomia comparados ao subgrupo submetido a esofagocoloplastia.

PALAVRAS-CHAVES: estenose cáustica | esofagectomia | esofagocoloplastia

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1874

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ANÁLISE PRECOCE E TARDIA DA ESOFAGOCOLOPLASTIA: ESTUDO RETROSPECTIVO EM 117 PACIENTES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), MARCELO MANZANO SAID (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), FELIPE RAULE MACHADO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), JOÃO PAULO ZENUM RAMOS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), GIOVANNA CAPECCI SIQUEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), MARCOS PAULO BORGES DINIZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar os resultados precoces e tardios da esofagocoloplastia (ESFCL) em uma série de pacientes submetidos a reconstrução de trânsito para o tratamento das afecções benignas e malignas do trato digestivo superior. METODO: Janeiro de 1985 a Dezembro de 2015, 1147 pacientes(p) foram submetidos a reconstrução de trânsito digestivo superior por afecções benignas/malignas do esôfago/hipofaringe /cardia e com intuito paliativo/ curativo; destes 117p(10,2%), foram submetidos a reconstrução com o colo, sendo o objetivo do nosso estudo. Houve predominância do sexo masculino em 81p(69,2%) com idade de 19 a 79ª(md-48,5a). As afecções em que foi indicado a ESFCL foram: Câncer de esôfago torácico/distal e cardia-58p; esofagite caustica-40p; megaesôfago avançado-14p; esôfago cervical/hipofaringe-3p; perfuração de esôfago-2p. A indicação da ESFCL foi necessária para prevenção de margens cirúrgicas oncológicas adequadas e em alguns pacientes por terem sido submetidos previamente a gastrectomia. A via de reconstrução foi mediastinal posterior (MDTL) em 64p(54,7%), sendo realizado em todos a ressecção do órgão doente; nos 53p restantes (45,3%), a via de reconstrução foi retrosternal (RTNL), sendo que na maioria não foi realizada a ressecção. Foi realizada avaliação precoce em relação as complicações pós operatórias locais e sistêmicas e tardia para avaliação da deglutição. RESULTADOS: Complicações pós operatórias: fistula/estenose da anastomose esôfago/hipofaringe-colo cervical-47p(40,1%); pleuropulmonar-52p(44,5%); cardiovascular-9p(7,6%); necrose de colo-2p(1,7%). A via de acesso teve relação com a morbimortalidade: MDTL morbidade: 39p (60,9%); mortalidade: 9p(14,0%). RTNL- morbidade: 18p(33,9%); mortalidade: 3p(5,6%). Foi realizado um seguimento de 2 a 13a(md-6,3a) em 76p, sendo que 63p(82,8%) relataram ter deglutição adequada para sólidos, 10p(14,4%) deglutição para pastoso e com regurgitação intermitente e 3p(3,9%) para líquido e regurgitação frequente. CONCLUSÃO: Os AA concluem que apesar da ESFCL ser um procedimento de alta morbidade, principalmente quando a via de reconstrução é a MDTL com ressecção do órgão, a mesma proporciona um resgate adequado da deglutição na maioria dos pacientes em que se conseguiu realizar um seguimento a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVES: ESOFAGOCOLOPLASTIA | RECONSTRUÇÃO DE TRANSITO | ESOFAGECTOMIA

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1895

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ANÁLISE PRECOZE E TARDIA DOS RESULTADOS DA TERAPEUTICA CIRURGICA DA ESOFAGITE CAUSTICA: ESTUDO RETROSPECTIVO EM 56 PACIENTES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE CAMPINAS), MARCELO MANZANO SAID (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE CAMPINAS), DOUGLAS ALEXANDRE RIZZANTI PEREIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE CAMPINAS), FELIPE RAULE MACHADO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE CAMPINAS), JOÃO PAULO ZENUM RAMOS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE CAMPINAS), LUIS ANTÔNIO BRANDI FILHO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE CAMPINAS), FERNANDA FRUET (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE CAMPINAS)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar os resultados precoces e tardios da terapêutica cirurgica em uma serie de pacientes com esofagite caustica. METODO: Janeiro de 1993 a Dezembro de 2015, 56 pacientes(p) portadores de esofagite caustica(EC) foram submetidos ao tratamento cirúrgico. Houve predominância do sexo feminino em 36p(64,2%) com idade variavel de 18 a 52a(md-31,5a). A indicação do tratamento cirúrgico foi: refrataria a dilatação endoscópica-39p(69,6%);estenose extensa-10p(17,8%);perfuração esofágica :4p(7,1%) seja aguda ou após manipulação endoscópica; atresia cicatricial:3p(5,3%). A técnica cirúrgica foi variável, dependendo da extensão da lesão e condições clinicas dos pacientes:transposição colonica retrosternal sem ressecção do esôfago em 29p(51,7%);transposição colonica no mediastino posterior com ressecção do orgão:11p (19,6%); transposição gástrica no mediastino posterior com ressecção do esofago em 16p(28,5%). Nos 27 pacientes em que foi realizada a ressecção do esôfago , a via de acesso foi a toracotomia direita em 14p e a transmediastinal em 13p. Foi realizada avaliação precoce em relação as complicações pós operatórias locais e sistêmicas e tardias para avaliar deglutição. RESULTADOS: Em relação as complicações ,dos 29p submetidos a reconstrução colonica por via retrosternal e sem ressecção,9p(31,0%) apresentaram complicações , mas sem óbito;dos 11p submetidos a reconstrução colonica e com ressecção, 6p(54,5%), apresentaram complicações, com 1 obito(9,0%);dos 16p submetidos a reconstrução com o estomago e com ressecção,3p(18,7%), apresentaram complicações,mas sem óbito.Das complicações,a fistula/estenose da anastomose esôfago/visceral cervical ocorreu em 17p(30,3%);infecção pulmonar em15p(26,7%);tromboembolismo pulmonar em 1p(1,7%) com óbito.Em 41p, foi realizada avaliação tardia de 2 a 11a(md-5,4a),sendo que 34p(82,9%) referiram deglutição adequada para sólidos, 5p(12,1%) para pastoso e com regurgitação intermitente e 2p(4,8%) deglutição para líquidos e com regurgitação frequente. CONCLUSÃO: Apesar do tratamento da EC, proporcionar morbidade elevada, os procedimentos cirurgicos foram adequados e com boa resolutividade das complicações e que a reconstrução com o estomago mesmo com a ressecção esofágica parece ser mais adequada pela menor nº de complicações.

PALAVRAS-CHAVES: ESOFAGOCOLOPLASTIA | RECONSTRUÇÃO DE TRANSITO | ESOFAGITE CAUSTICA

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2259

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Cirurgias esofágicas: casos operados entre 2010 e 2015

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), MASSAKAZU KATO (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), LUIZ ANTONIO NEGRÃO DIAS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), VICTOR JOSÉ DORNELAS MELO (UFPR), HYGOR TROMBETTA (UFPR), DANIELE REZENDE XIMENEZ (UFPR), GABRIELA ROMANIELLO (UFPR)

RESUMO: Objetivo: Apresentar dados referentes aos pacientes submetidos a cirurgia esofágica entre 2010 e 2015. Estudar as características epidemiológicas tentando definir fatores de risco para a doença e para resultado do tratamento. Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpilInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevivência foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram realizadas 100 esofagectomias, sendo 68 cirurgias de Ivor-Lewis e 8 a Pinotti. 70% foram do sexo masculino, e 91% brancos. Somente 12,3% dos pacientes não apresentavam disfagia pré-operatória. 83,8% apresentaram histórico de tabagismo e 51,7% de etilismo. 43,5% apresentaram histórico de câncer, sendo 38% digestivos. Apenas 12,7% apresentaram histórico de Esôfago de Barret, sem nenhum caso de cirurgia anti-refluxo prévia. 11% apresentavam histórico pessoal de câncer, sendo 36,3% destes de cabeça e pescoço. 19,3% foram submetidos a jejunostomia para via alimentar antes do tratamento definitivo. Somente 24,1% dos pacientes não apresentavam estenose esofágica. O tipo histológico mais frequente foi o Carcinoma escamo celular (79%). 67% apresentavam tumores distais. 24% receberam quimioterapia pré-operatória, e 16% adjuvante. A ressecção foi R0 em 82% e R1 em 12%. 4% apresentaram complicações intra-operatórias, sem sangramentos. Em 100% foi realizada jejunostomia para via alimentar pós-operatória. 50% apresentaram algum tipo de complicação pós-operatória graus 2 e 3 de Clavien-Dindo e 60% necessitaram reoperação. Em 81% foi necessária drenagem torácica. 59% atingiram remissão em 6 meses e 29% apresentaram progressão da doença. 51% estavam vivos após 5 anos. Conclusão: Cirurgias esofágicas apresentam alto índice de morbidade pós-operatória devido a necessidade de abordagem de múltiplos compartimentos. A maioria apresentou sintomas digestivos ao diagnóstico, e forte associação com tabagismo.

PALAVRAS-CHAVES: câncer de esôfago | cirurgia | oncologia

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2461

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: HELLER LAPAROSCÓPICO PARA ACALASIA EM IDOSOS: UMA OPÇÃO SEGURA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELLEN TREVELIN (IAMSPE), JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH (IAMSPE), ADRIANO CORONA BRANCO (IAMSPE), GABRIEL LACERDA ESTEVES (IAMSPE), CAMYLLE REIS FIGUEIREDO (IAMSPE), ALBERTO GOLDENBERG (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), PEDRO VOLF OKSMAN (HOSPITAL ALVORADA), GERALDO CAMILO NETO (IAMSPE)

RESUMO: Objetivo: Tradicionalmente, o tratamento de escolha para acalasia em pacientes idosos é a abordagem não cirúrgica (dilatação pneumática). Vimos apresentar os resultados a longo prazo de nossa experiência no tratamento cirúrgico laparoscópico de pacientes idosos com diagnóstico de acalasia. Métodos: No período de 1999 a 2017, 20 pacientes (15 mulheres e 5 homens) com acalasia (diagnóstico por manometria) e idade média de 71 anos (65 - 83 anos) foram submetidos a cardiomiectomia a Heller com funduplicatura a Pinotti e Lind laparoscópica. Todos os pacientes apresentavam algum grau de disfagia, sendo que 60% referiam disfagia para alimentos líquidos e 40% para pastosos. Quanto à etiologia, três pacientes tinham doença de Chagas, sendo os demais portadores de acalasia idiopática. O diagnóstico da acalasia foi confirmada com Endoscopia Digestiva Alta (EDA), esofagograma (EG) e manometria esofágica. Os pacientes foram acompanhados com avaliação clínica trimestral, além de EG e EDA anuais. Resultados: Após um período médio de acompanhamento de 6 anos, verificou-se que 12 pacientes apresentaram melhora quase completa dos sintomas disfágicos enquanto 7 relataram disfagia ocasional para sólidos. Não houve mortalidade cirúrgica. Um paciente evoluiu com gastroparesia pós-operatória, sem outras complicações relatadas. A maioria dos pacientes recebeu alta no segundo dia pós-operatório. Conclusão: A cardiomiectomia a Heller laparoscópica é um método cirúrgico seguro em pacientes idosos com condição clínica aceitável podendo ser considerado tratamento de escolha para tratamento da acalasia.

PALAVRAS-CHAVES: HELLER|ACALASIA|IDOSO

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2522

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: A TÉCNICA DE THAL-HATAFUKU COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA O MEGAESÔFAGO AVANÇADO: UMA AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA CAMILO MADRUGA DE OLIVEIRA LIMA (FAMENE), GERALDO CAMILO NETO (IAMSPE), MARCELLE BRAGANTE FERNANDES PIMENTA (FAMENE), ROMILDO MARTINS REZENDE (CBC), ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), PEDRO PINHEIRO DE LEMOS NETO (IAMSPE), ELLEN TREVELIN (IAMSPE), GABRIEL LACERDA ESTEVES (IAMSPE)

RESUMO: OBJETIVOS: avaliar a técnica de Thal-Hatafuku no tratamento cirúrgico do Megaesôfago avançado, sua morbidade, mortalidade, complicações mais frequentes e resolatividade para os sintomas de disfagia. MÉTODOS: revisão retrospectiva dos prontuários de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de megaesôfago durante o período de Fevereiro de 2008 a dezembro de 2013 no Hospital Regional de Sobradinho ? Brasília, DF. Foram selecionados os casos classificados como doença avançada - graus 3 e 4, com seguimento ambulatorial até o 12º mês de pós operatório. RESULTADOS: foram realizadas 72 cirurgias para tratamento de megaesôfago durante o período estudado: 32 para tratamento de casos avançados, sendo 27 procedimentos de Thal-Hatafuku, 3 procedimentos de Serra-Dória e 2 procedimentos de Heller-Pinotti. A morbidade do procedimento foi de 29% (n=8), representadas por complicações Clavien-Dindo 1-3. Houve um óbito, decorrente de isquemia mesentérica não-oclusiva, no 4º DPO. No pós operatório, 92% dos pacientes aceitaram dieta sólida, sem queixa de disfagia, até o terceiro mês. pós-procedimento. Todos os pacientes relataram melhora expressiva da disfagia e qualidade de vida no 6º mês de PO Não foi possível avaliar os pacientes por pHmetria de 24 horas por indisponibilidade do exame da rede do SUS do Distrito Federal. Até o 12º mês de seguimento pós operatório não houve recidiva das queixas disfágicas. CONCLUSÕES: o procedimento de Thal-Hatafuku é uma opção viável para o tratamento do megaesôfago chagásico avançado, com índices de morbidade e mortalidade menores em comparação a esofagectomia. Pode ser considerada como opção terapêutica, para pacientes idosos ou com risco cirúrgico elevado para esofagectomia. A incidência de refluxo gastro-esofágico no pós operatório, entretanto, permanece pouco estudada e carente de dados na literatura. REFERENCIAS: TUASON,J. Current status of achalasia management: a review on diagnosis and treatment. J Gastroenterol. 2017 Feb 10. VAEZI, MF. Achalasia: from diagnosis to management. Ann N Y Acad Sci. 2016 Oct;1381(1):34-44.

PALAVRAS-CHAVES: MEGAESOFAGO | ACALASIA | THAL-HATAFUKU

ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2237

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Câncer gástrico: casos tratados no período de 2010 a 2014

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), GIOVANNI ZENEDIN TARGA (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), MURILO DE ALMEIDA LUZ (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ANA LUISA BETTEGA (UFPR), DANIELA THAIS LORENZI (UFPR), LARISSA RASO HAMMES (UFPR), FERNANDA STAUB RODRIGUES (UFPR)

RESUMO: Objetivo: Apresentar dados coletados pelo Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner em 2010 e 2014 referentes aos pacientes portadores de câncer de estômago admitidos na Instituição. Estudar as características epidemiológicas tentando definir os fatores de risco para a doença e para o resultado do tratamento. Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram admitidos 983 casos de câncer de estômago no período de 2010 a 2014, representado a sexta topografia mais frequente. Sendo 67% do sexo masculino. Maior prevalência acima da quinta década, com distribuição bimodal entre as mulheres, entre 45-49 anos e 55-59 anos. O tipo histológico mais freqüente foi o adenocarcinoma (60,6%), seguido pelo carcinoma com células em anel de sinete (25,7%) e outras histologias menos freqüentes. Mais de 66,1% eram provenientes de Curitiba e da região metropolitana. O estadiamento, TNM (UICC), predominância dos estádios avançados (65%). 56,1% apresentavam história familiar de câncer, 55,3% dos homens apresentaram história positiva para alcoolismo, em contraste com 14,3% das mulheres, 67,7% dos homens apresentaram história de tabagismo, e somente 43,4% das mulheres. 28,6% dos pacientes foram submetidos à cirurgia, 28,9% a quimioterapia isolada. O tratamento foi combinado em 39,9% dos casos. Ao final da primeira fase do tratamento 82,7% dos pacientes estavam vivos. A sobrevida global em 5 anos foi de 38,1%, variando de 11,9% no EC IV a 73,3% no EC I. Conclusões: Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento oncológico, o câncer gástrico persiste com baixas taxas de sobrevida global em 5 anos, mesmo estádios clínicos iniciais.

PALAVRAS-CHAVES: câncer gástrico | cirurgia | oncologia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2791

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação da importância prognóstica do receptor epitelial humano 2 (HER2) positivo no paciente com adenocarcinoma gástrico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO DE MORAES CORDTS FILHO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), JOYCE FRANCISCO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), DANIEL KENDI FUKUHARA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), WILSON RODRIGUES DE FREITAS JR. (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), ELIAS JIRJOSS ILIAS (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), PAULO KASSAB (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: Os fatores de crescimento epiteliais e seus receptores (HER1, HER2, HER3 e HER4) são estruturas da membrana celular expressas em diversos tecidos humanos. Sua ativação parece participar na gênese de neoplasias dos tecidos epiteliais ao inibir a apoptose e promover a proliferação celular. A super-expressão do receptor HER2 está associada a câncer de mama, pulmão e colorretal, sugerindo um prognóstico pior. Nos tumores esôfago-gástricos sua expressão varia entre 5 e 25% sem dados confiáveis com relação ao prognóstico. Objetivos: avaliar a expressão do receptor HER2 do adenocarcinoma gástrico numa população brasileira e analisar as relações entre a expressão do receptor e as características clínicas, assim como a sobrevida do paciente. Métodos: foi realizada uma análise retrospectiva entre janeiro de 2008 e julho de 2012, considerando apenas gastrectomias com intenção curativa. Os tumores foram avaliados quanto ao status do HER2, bem como aspectos clínicos, achados cirúrgicos e taxa de sobrevida. Resultados: 222 pacientes com carcinoma gástrico foram submetidos a cirurgia durante o período, porém apenas 121 (54,5%) com intenção curativa. A avaliação imunohistoquímica revelou 4 pacientes (3,3%) HER2 positivos, 6 pacientes (4,9%) HER 2 indeterminado e 111 pacientes (91,7%) HER-2 negativo. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o status do receptor HER 2 e o tempo de sobrevida e aspectos clínicos. Conclusão: a super-expressão do receptor HER 2 foi muito baixa nesta amostra da população brasileira e não pode ser considerada como fator prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: ESTOMAGO | HER2 | GASTRECTOMIA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2793

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Gastrectomia videolaparoscópica: experiência inicial

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO DE MORAES CORDTS FILHO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), FABIO RODRIGUES THULER (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), FELIPE NARA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), DANIEL KENDI FUKUHARA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), JOYCE FRANCISCO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), PAULO KASSAB (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução ? Dez anos após a primeira gastrectomia videolaparoscópica, houve um grande avanço na tecnologia, o que levou a muitos centros ao redor do mundo a realizar o tratamento do câncer gástrico por essa abordagem. No Brasil esse fenômeno é mais recente e permanece restrito a poucos centros. Em nosso serviço são realizadas cerca de 70 gastrectomias anualmente sendo importante o desenvolvimento adequado desta nova abordagem. Objetivos: descrever nossa experiência inicial no uso da gastrectomia videolaparoscópica. Métodos ? Em 2012, seis membros da nossa equipe (três assistentes com ampla experiência na realização da gastrectomia aberta e três pós-graduandos) foram ao Hospital da Universidade Nacional de Seul onde foram recebidos pelo Professor Han-Kwang Yang. Os professores permaneceram na instituição por um mês e dois pós-graduandos permaneceram por dois meses. Após o retorno ao Brasil, iniciamos vagarosamente o desenvolvimento das condições necessárias para começar a utilizar a nova técnica. Entre 2012 e 2016 foram realizadas 38 gastrectomias videolaparoscópicas em pacientes com adenocarcinoma gástrico. Resultados ? Foram operados 25 homens e 13 mulheres com idade entre 37 e 83 anos (com média de 60,8 e mediana de 61,5), com realização de 24 gastrectomias subtotais, 12 totais e 2 proximais. Dos casos, 10 eram de doença em fase inicial, 28 de doença avançada, destes 3 casos paliativos. As anastomoses foram realizadas de forma totalmente videolaparoscópica em 35 pacientes, apenas em 1 foi vídeo-assistida e em 2 casos via cervical. 35 casos foram reconstruídos em Y de Roux, um Billroth 1 e dois tubos gástricos. Apenas um caso dos 38 foi convertido (2,6%). A média do número de linfonodos em todos os casos foi 37,7 e a mediana 34. A linfadenectomia D2 foi realizada em 32 pacientes, tendo como média 39,5 e mediana 36,5 linfonodos ressecados. A morbidade encontrada foi de 10,5% (2 pulmonares, 1 hérnia interna, 1 estenose de anastomose cervical devido a uma pequena fístula. A mortalidade foi de 2,6% (1 caso) devido a tromboembolismo pulmonar. Os estadiamentos foram: IA ? 9, IB ? 4, IIA ? 5, IIB ? 4, IIIA ? 2, IIIB ? 6, IIIC ? 5 e IV ? 3 casos. Quatro pacientes morreram por conta da doença e 8 estão vivos com doença ativa, destes todos paliativos. Conclusão - A gastrectomia videolaparoscópica parece ser um método seguro quando realizado por cirurgiões treinados e com experiência mesmo em pacientes com adenocarcinoma gástrico avançado ou em tratamento paliativo.

PALAVRAS-CHAVES: CÂNCER DE ESTOMAGO|VIDEOLAPAROSCOPIA|GASTRECTOMIA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2794

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Análise de 1000 casos de câncer gástrico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO DE MORAES CORDTS FILHO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), FABIO RODRIGUES THULER (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), WILSON RODRIGUES DE FREITAS JR. (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), DANIEL KENDI FUKUHARA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), FELIPE NARA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), ELIAS JIRJOSS ILIAS (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), PAULO KASSAB (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução ? Câncer de estômago é a quinta neoplasia maligna e a terceira causa de morte por câncer no mundo, responsável por 723.000 mortes em 2012. Objetivo: Análise dos casos de câncer gástricos tratados nos últimos 20 anos na instituição. Método: Análise de banco de dados criado a partir de protocolo da Área de Estômago e Obesidade da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, abrangendo todos os casos de câncer gástrico tratados na nossa instituição desde 1997. Para as análises de ressecabilidade e sobrevivência, avaliou-se apenas os casos de adenocarcinoma. Resultados: foram avaliados 1035 pacientes, sendo 627 do sexo masculino e 408 do sexo feminino, com idades entre 21 e 95 anos (média de 60,88 anos e mediana de 62 anos). Destes, 948 casos foram de adenocarcinoma, 49 GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor), 20 linfomas e 18 de outros tipos histológicos. A taxa de ressecabilidade foi de 70,7%. Para adenocarcinoma os estádios foram: IA ? 134, IB ? 64, IIA ? 42, IIIA ? 66, IIIB ? 95, IIIC ? 148, IV ? 317. Foram realizadas 462 gastrectomias subtotais, 178 totais e 46 outros tipos de cirurgias incluindo ressecção em cunha e mucosectomia via endoscópica. A linfadenectomia foi realizada da seguinte forma: D2 em 402 casos, D1 em 263 casos e D0 em 2 casos. Pela classificação de Borrmann foram identificados: 0 (precoce) ? 146, I ? 24, II ? 113, III ? 509, IV ? 147. A taxa de morbidade geral foi de 12,15% e de mortalidades nos 30 primeiros dias foi de 5,3%. O total de casos sem possibilidade de tratamento curativo foi de 300 pacientes sendo que 16 eram irressecáveis, 86 apresentavam carcinomatose, 33 más condições clínicas, 7 casos por recusa de cirurgia e 158 por doença avançada. Nestes casos foram realizados os seguintes procedimentos: 48 laparotomias e 33 laparoscopias diagnósticas e não terapêuticas, 49 gastroenteroanastomoses, 24 jejunostomias, em 29 casos foram realizados outros procedimentos e 117 não foram operados. Ainda entre os casos sem possibilidade de tratamento curativo, 125 apresentavam metástases peritoneais, 74 metástases hepáticas, 6 com citologia positiva para células neoplásicas, 20 com linfonodos à distância comprometidos e múltiplos 75. Conclusões - A taxa de casos inoperáveis é extremamente alta. Entre os casos de adenocarcinoma ressecáveis a linfadenectomia D2 foi a mais realizada com taxas de morbidade e mortalidade em 30 dias aceitáveis.

PALAVRAS-CHAVES: CÂNCER DE ESTOMAGO|GASTRECTOMIA|CIRURGIA

EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 360

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Relação entre esplenectomia e reprodução em camundongos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DALTON MUNIZ SANTOS (FORÇA AÉREA BRASILEIRA), ANDY PETROIANU (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O baço é um importante órgão, com função na depuração sanguínea, hematopoese, metabolismo e resposta imune a diversos antígenos, além de armazenar e controlar a liberação de metais, aminoácidos e elementos de defesa do organismo. Esse órgão pode estar envolvido em diversas doenças, além de ser frequentemente lesado nos traumas abdominais, cujo tratamento na maioria das vezes é a esplenectomia. Para evitar as graves repercussões da asplenia, o baço tem sido preservado por meio de operações conservadoras ou implantes de tecido esplênico autógeno. Entre os efeitos adversos da esplenectomia, sugere-se inatividade sexual, entretanto, ainda não há estudo que evidencie relação entre baço e atividade sexual. **OBJETIVO:** Verificar a influência da esplenectomia na reprodução em camundongos. **MÉTODO:** Foram utilizados 25 casais de camundongos, distribuídos em cinco grupos: Grupo 1: controle sem cirurgia. Grupo 2: controle submetidos a laparotomia e laparorráfia. Grupo 3: esplenectomia em machos. Grupo 4: esplenectomia em fêmeas. Grupo 5: esplenectomia em machos e fêmeas. Vinte ratos Holtzman machos foram distribuídos em dois grupos: Grupo 6: controle sem cirurgia e Grupo 7: esplenectomia. Os camundongos foram estudados quanto ao número de gestações e número de filhotes por gestação. Nos dois grupos de ratos, dosou-se a testosterona. Observou-se nos camundongos reprodução após as intervenções cirúrgicas, número de filhotes em cada grupo e período entre as gestações. **RESULTADOS:** Encontrou-se redução do número de gestações e do número de filhotes nos camundongos esplenectomizados acasalados com fêmeas normais. Nos ratos, houve aumento da testosterona após esplenectomia. **CONCLUSÃO:** Há redução do número de gestações e da prole em casais de camundongos machos esplenectomizados com fêmeas normais. A esplenectomia associa-se ao aumento da testosterona sérica em ratos.

PALAVRAS-CHAVES: esplenectomia | reprodução | função gonadal

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 378

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: HEMATOPOIESE EXTRAMEDULAR COM MEGACARIÓCITOS FORMANDO NICHOS DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS E RESPOSTA INFLAMATÓRIA A DIFERENTES PRÓTESES SINTÉTICAS IMPLANTADAS NA PAREDE ABDOMINAL DE RATOS COM HÉRNIAS INCISIONAIS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENATO LAMOUNIER BARBIERI (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), SUELY DE FÁTIMA PARREIRA (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), SARAH DO VALLE STUDART (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), ALINE RIQUENA DA SILVA (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), MATHEUS SILVA GARBIN (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), PEDRO LUIZ SQUILACCI LEME (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO)

RESUMO: RESUMO ? Racional: a hematopoiese extramedular depende de mecanismos fisiopatológicos complexos, havendo também relação destas células-tronco hematopoieticas com proteínas mediadoras da inflamação (quimiocinas). A identificação de células hematopoieticas fora da medula óssea no adulto, situação que ocasionalmente pode acompanhar a resposta inflamatória, era considerada uma ocorrência secundária e de pouca importância clínica, mas estudos biomoleculares atuais modificaram este conceito. Objetivo: descrever a presença de agrupamentos de células precursoras das plaquetas (megacariócitos), e outras células da resposta inflamatória, na parede abdominal e no baço de ratos com hérnias incisionais induzidas experimentalmente e reparadas com diferentes próteses sintéticas. Métodos: vinte e cinco ratos com hérnias incisionais previamente realizadas na primeira fase deste experimento, foram distribuídos em grupos com 5 animais cada para os procedimentos: Grupo 1, reparo do defeito herniário sem implante de prótese. Grupo 2, reparo com prótese de polipropileno. Grupo 3, reparo empregando polipropileno com baixa gramatura. Grupo 4, utilização de prótese de polipropileno e poliglicaprone. Grupo 5, prótese de polipropileno e poliglactina; todas recortadas na forma de losangos com 3,5 x 1,5 cm (área de 2,625 cm²). Os animais foram reoperados após 10 dias, as paredes abdominais foram retiradas em bloco com as vísceras a elas aderidas e o material foi processado para estudo histológico em cortes corados pela hematoxilina e eosina. Resultados: foram evidenciados nichos de megacariócitos na parede abdominal e no baço, eventualmente retirado juntamente com as aderências produzidas em animais com implante de próteses, além de reação inflamatória significativa, com participação de várias linhagens de células de defesa. Conclusão: a intensa reação inflamatória, local e sistêmica, às próteses com polipropileno em sua composição, foi desproporcional à resposta esperada, indicando que este estudo deve ser repetido com avaliação da imunofenotipagem por citometria de fluxo e painéis específicos de anticorpos monoclonais para confirmação dos achados histológicos.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia Incisional | Células-tronco Hematopoéticas | Telas Cirúrgicas

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 468

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: HIPERTENSÃO PORTAL PRÉ HEPÁTICA INDUZIDA EM RATOS E SUA REPERCUSSÃO NOS SISTEMAS VENOSOS ESOFÁGICO E GÁSTRICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA SANCHES BEZERRA (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), ALINE RIQUENA DA SILVA (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), SARAH DO VALLE STUDART (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), DAREN ATHIE BOY RODRIGUES (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), MATHEUS SILVA GARBIN (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), PEDRO LUIZ SQUILACCI LEME (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO)

RESUMO: Racional: A diminuição do calibre da veia porta acarreta aumento da pressão portal e desvio do fluxo para veias colaterais da região gastroesofágica e congestão esplâncnica. Objetivo: Reproduzir modelo experimental de hipertensão portal pré-hepática por meio da redução do calibre da veia porta do rato, permitindo a avaliação de sua repercussão no sistema venoso do estômago e esôfago e comparando os resultados entre 15 dias e 30 dias de pós operatório. Métodos: Foram utilizados três grupos de cinco animais; no grupo 1 (sham-operated) foi realizada dissecação e medida do diâmetro da veia porta. A hipertensão portal foi induzida pela ligadura parcial da veia porta, reduzindo seu calibre para 0,9 mm nos 10 animais restantes, independente do diâmetro inicial das veias. Cinco animais com hipertensão portal (grupo 2) foram reoperados após 15 dias e os ratos do grupo 3 após 30 dias. As alterações macroscópicas da vascularização das vísceras abdominais foram registradas e o estômago foi seccionado pela grande curvatura para avaliação de sua mucosa. Resultados: Não foram encontradas diferenças macroscópicas significativas ou alterações na quantidade e dilatação das varizes nem na quantidade e tamanho dos "red spots" quando foram comparados os animais que foram reoperados após 15 dias (grupo 2) e os reoperados após 30 dias (grupo 3), sendo considerado o prazo menor (15 dias), suficiente para avaliação das repercussões no sistema venoso gástrico e esofágico após a ligadura parcial da veia porta. Conclusão: O presente estudo demonstrou que não houve mudança significativa da quantidade e dilatação das varizes e nem da quantidade e diâmetro dos "red spots" dos animais do grupo de reoperados após 15 dias, com o grupo reoperado após 30 dias.

PALAVRAS-CHAVES: Hipertensão portal | Veia porta | Varizes gastroesofágicas

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 474

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: TRATAMENTO DA SEPSE ABDOMINAL COM LEVAMIZOL VS LAVAGEM PERITONEAL EM RATOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALDO DA CUNHA MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE), GABRIELA VIEIRA DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE), MARILIA DANIELA FERREIRA DE CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE), ÍTALO MEDEIROS DE AZEVEDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE)

RESUMO: OBJETIVO: Como a sepse é uma doença grave, comum, que compromete as defesas imunológicas, foi elaborado o presente protocolo com o objetivo de examinar a ação do imunomodulador levamisol vs. lavagem peritoneal na evolução da sepse por ligadura e punção do ceco, em ratos. MÉTODO: Ratos Wistar pesando 278 ± 25 g foram distribuídos em 3 grupos (n=6 cada). Em todos os ratos foi induzida sepse por ligadura e punção do ceco (LPC) sob anestesia com cetamina (70mg/kg) e xilazina (10mg/kg) i.m. Grupo A (controle), tratado com solução salina; Grupo B ? Tratamento com lavagem peritoneal. 24 h após a LPC, 3 lavagens peritoneais com 5 ml de solução salina aquecida (37°C); Grupo C ? Tratamento com levamisol 10 mg/kg s.c., 3 doses em dias seguidos a partir do dia anterior à LPC. Após 24 hs, re-laparotomia para cultura de líquido peritoneal em meio Cromoclin US, e coleta de sangue para dosagem sérica de TNF-(pg/ml), IL1-(pg/ml), IL-6(pg/ml) e Proteína-C reativa (mg/dl). Escoré clínico foi examinado. Avaliação estatística pelos testes de Kruskal-Wallis seguido do teste de comparações múltiplas de Dunnett. Significância pE. Coli ocorreu no grupo C (levamisol), com diferenças significativas comparando com os grupos A e B (p=0,001). As menores dosagens de TNF-, IL1-, IL-6 e Proteína-C reativa foram observadas nos animais do grupo C-levamisol, ($187,8 \pm 9$; 47 ± 2 ; $57,5 \pm 3$; $3,5 \pm 1$) quando comparados com os grupos A (620 ± 25 ; 175 ± 7 ; 138 ± 7 ; $9,8 \pm 0,8$) e B (386 ± 45 ; 87 ± 5 ; 67 ± 4 ; $5 \pm 0,3$) respectivamente (p=0,001). CONCLUSÃO: Os dados permitem concluir que o tratamento com levamisol resultou em melhores resultados clínicos e laboratoriais em ratos com sepse abdominal, quando comparados com lavagem peritoneal e controle. BIBLIOGRAFIA: Mohanty KC, et al. Efficacy of levamisole as an immunomodulator in the treatment of drugresistant tuberculosis. J AssocPhys Ind 2016;64:57-58. Gotts JE, et al. Sepsis: pathophysiology and clinical management. BMJ 2016;353:i1585. Boomer JS, et al. Immunosuppression in patients who die of sepsis and multiple organ failure. JAMA 2011;306:2594-605 .Fu Y, et al. Levamisole promotes murine bone marrow derived dendritic cell activation and drives Th1immune response. Int Immunopharmacol 2016;31:57-65.

PALAVRAS-CHAVES: Sepse abdominal. Ratos|Levamisol. Tratamento|Lavagem peritoneal

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 494

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ABREVIÇÃO DE JEJUM A PACIENTES CIRÚRGICOS EM UM HOSPITAL PRIVADO NA CIDADE DE SÃO PAULO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUÍS FILIPE DE OLIVEIRA FIGLIOLINO (HOSPITAL REDE D'OR SÃO LUIZ UNIDADE VILLA LOBOS), ULISSES RAMOS FERNANDES (HOSPITAL REDE D'OR SÃO LUIZ UNIDADE VILLA LOBOS), KELLY PIZA (HOSPITAL REDE D'OR SÃO LUIZ UNIDADE VILLA LOBOS), SERGIO GARNES DOS ANJOS (FUNZIONALI), ANDREA BOTTONI (FUNZIONALI)

RESUMO: A abreviação do jejum traz inúmeros benefícios aos pacientes: acelerar a recuperação pós-operatória, amenizar a resposta inflamatória, melhorar balanço nitrogenado e hidroeletrólítico, melhorara resposta imunológica e cicatrização, e diminuir o tempo de internação. Estudos sugerem ofertar líquidos claros ricos em carboidratos até duas horas antes da cirurgia. Este projeto objetivou implementar abreviação de jejum aos pacientes cirúrgicos, diminuir tempo total de jejum e de internação, e melhorara recuperação pós-operatória. Foi ofertada dieta líquida com carboidrato e proteína até quatro horas da cirurgia. Obesos mórbidos, com distúrbios gastroesofágicos e câncer obstrutivo de TGI foram excluídos do processo. Abreviados os jejuns de 173 pacientes (37%), de um total de 462 que permaneceram em jejum por mais de 12 horas para cirurgias urológicas, ortopédicas e cirurgia geral. Os pacientes da urologia, permaneceriam de jejum por 465 horas, com a abreviação, o tempo caiu para 216 horas (redução de 54%). Os da ortopedia o tempo total foi de 676 horas, com o protocolo o tempo foi para 372 horas (redução de 45%). Aos pacientes da cirurgia geral o tempo total foi de 926 horas, porém abreviado o jejum, ficaram 588 horas (redução de 37%). Constatamos que 99% (n = 2) dos pacientes do protocolo não tiveram efeitos de sede e fome após voltarem da cirurgia, e 100% dos pacientes não apresentaram náuseas/vômitos no pós-cirúrgico. 100% disseram que fariam a abreviação novamente e não se importariam de ser acordados. Acompanhamos 1218 pacientes cirúrgicos nos meses de novembro e dezembro de 2016 e janeiro de 2017, e constatamos que 42% (n=530) permaneceram em jejum por tempo maior ou igual à 12 horas, destes, 421 pacientes (80%) apresentaram náuseas e vômitos após a cirurgia. Enquanto que, 58% (n=688) ficaram em jejum por menos de 12 horas e 632 deles (92%) não tiveram esses sintomas. Também foi possível observar redução em um dia do tempo de internação dos pacientes da cirurgia geral e urologia. Quando tratamos dos pacientes cuja cirurgia foi de fratura a redução foi de três dias do tempo de internação. A abreviação do jejum, portanto, modifica a percepção do paciente frente aos serviços prestados, reduz tempo total de jejum e internação, e evita sintomas de náuseas e vômitos. Bibliografia: LUDWIG, R.B.; PALUDO, J.; FERNANDES, D.; SCHERER, F. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros? Arq. Bras.Cir. Dig., v. 26, N. 1, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Abreviação de jejum | Cirurgia | Jejum pré cirurgico

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 632

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E MICROBIOLÓGICO DOS CASOS DE INFECÇÃO DE UMA ALA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA AO NORTE DO TOCANTINS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA MARIA GARCIA (ITPAC), JULIANA CARREIRO CARVALHO (ITPAC), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR (ITPAC), JOÃO VICTOR SOARES CORIOLANO COUTINHO (ITPAC), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC), JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES (ITPAC), PATRICK NUNES BRITO (ITPAC)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A infecção é importante causa de morbidade e mortalidade relacionada a cirurgia principalmente no segundo pico de mortalidade, que ocorre dias após o tratamento. Com isso, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é responsável por informar, vigiar, pesquisar, prevenir e controlar as infecções hospitalares, afim de reduzir sua frequência e a resistência bacteriana. **OBJETIVO:** Traçar o perfil epidemiológico e microbiológico dos casos de infecção relacionados a uma ala cirúrgica do Hospital Regional de Araguaína-TO no ano de 2015 (HRA). **MÉTODO:** Trata-se de um estudo clínico, observacional, retrospectivo e transversal dos casos de infecção da ala J do HRA no ano de 2015, com seleção da amostra a partir dos registros documentais da CCIH do HRA. **RESULTADOS:** No dado período, foram identificados 246 casos de infecção hospitalar, 68,29% do sexo masculino e 31,71% do sexo feminino. A faixa etária entre os 22 anos até os 60 anos, corresponde a 72,52%; os quadros de abdome agudo representam 50% dos pacientes, seguido por traumas e ferimentos por arma branca, 12%. O sítio anatômico com o maior número de infecções foi o trato gastrointestinal, 56% dos casos, onde a maioria, 41%, foi referente a casos de apendicite, seguido por casos de colecistite/colelitíase, com 25% e pancreatite, com 12%. Em 95% das infecções não foi realizado cultura, contudo, nos casos onde ocorreu o isolamento, a bactéria *Escherichia coli* esteve presente em 60%, seguido de *Klebsiella pneumoniae*, 20%. Na evolução clínica dos pacientes, 96,75% apresentou desfecho favorável evoluindo para cura, no entanto 3,25% dos pacientes foram ao óbito. **DISCUSSÃO:** Apesar das infecções serem mais prevalentes em crianças e idosos, a demanda local da região pode desfavorecer a prevalência desses grupos, ao passo que a maior incidência dos casos de trauma tenha forte relação com um número mais elevado de jovens e adultos nesse estudo. O sítio de infecção desses pacientes, que nessa amostra, foi o gastrintestinal, pode estar diretamente relacionado com a predominância dos casos de abdome agudo, que tem a apendicite como principal causa. A baixa taxa de cultura se deve ao início precoce do tratamento empírico associado a demora na disponibilidade dos resultados por insuficiência de recurso local. Dessa forma, a utilização apropriada do antibiótico é fundamental para a redução das taxas de infecção cirúrgica, com impacto direto tanto em benefício dos pacientes quanto dos recursos economizados.

PALAVRAS-CHAVES: Infecção Cirúrgica | Perfil Epidemiológico | Microbiologia

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 722

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Verificação da profilaxia farmacológica de tromboembolismo venoso no pós-operatório imediato de pacientes submetidos a cirurgias oncológicas no Hospital Maternidade São José, Colatina-ES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KAIO CÉSAR GOMES PESSIM (HOSPITAL MADRE TERESA), ARTHUR OLIVEIRA AGUILAR (UNESC), VINÍCIUS TAPIE GUERRA E SILVA (UNESC), OCTACILIO PRATA CALIXTO (HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSE), LETICIA BORGES LAUTON (UNESC), JORGE FELIPE SOUSA MENENGUCI (UNESC), LEIS SOARES GUSMÃO JUNIOR (UNESC), JOÃO PAULO FERNANDES ALMEIDA (UNESC)

RESUMO: Resumo: O tromboembolismo venoso (TEV), é a causa de óbito hospitalar evitável mais comum no pós-operatório. Muitos dos fatores de risco para o desenvolvimento de TEV são comuns nos pacientes com câncer (cirurgia, imobilidade, idade avançada). No pós-operatório de pacientes oncológicos, a prevenção de tromboembolismo é uma prioridade ainda maior do que em doentes sem a malignidade. Objetivo: Verificar a realização da profilaxia farmacológica de TEV em pacientes oncológicos no pós-operatório imediato no Hospital Maternidade São José e a sua forma de realização. Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo com 60 pacientes submetidos a cirurgias oncológicas, através do acesso a prontuário eletrônico e prescrições pós-operatórias, com objetivo de verificar a profilaxia farmacológica e aferir fatores de risco adicionais para TEV. Foram avaliados pacientes internados em diferentes especialidades, incluindo cirurgia geral, cirurgia oncológica, ginecologia, urologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, cirurgia de cabeça e pescoço e cirurgia torácica. Resultados: Dos 60 pacientes, apenas 17 pacientes (28,3%) foram submetidos à profilaxia, sendo que 9 (15%) foram prescritos imediatamente após o procedimento cirúrgico e 8 (13,3%) receberam profilaxia posteriormente durante o pós-operatório. Apresentaram fatores de risco clínico adicionais para TEV, 19 pacientes (31,6%), e apenas 3 pacientes (5%) apresentaram fatores de risco farmacológicos. Conclusão: Apesar do risco elevado para tromboembolismo venoso no pós-operatório de pacientes oncológicos e da comprovada segurança e eficácia a profilaxia farmacológica para TEV não está sendo utilizada de forma correta. Conclusão: Apesar do risco elevado para tromboembolismo venoso no pós-operatório de pacientes oncológicos e da comprovada segurança e eficácia a profilaxia farmacológica, não está sendo utilizada de forma adequada. Bibliografias: ELYAMANY; ALZHRANI, Ali Mattar; BUKHARY, Emam. Cancer-Associated Thrombosis: An Overview. Cmo, [s.i.], p.129-137, dez. 2014. LYMAN, G. H. et al. Venous Thromboembolism Prophylaxis and Treatment in Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update 2014. Journal Of Clinical Oncology, [s.i.], v. 33, n. 6, p.654-656, 20 jan. 2015. American Society of Clinical Oncology. MALAFAIA, Osvaldo et al. Prevenção do tromboembolismo na cirurgia do câncer do aparelho digestivo. Abcd Arq Bras Cir Dig, São Paulo, Sp, Brasil, v. 222, n. 111, p.216-223, nov. 2012.

PALAVRAS-CHAVES: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA | PÓS-OPERATÓRIO, PROFILAXIA | CIRURGIA, ONCOLÓGIA

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 874

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: SISTEMA ROBÓTICO PARA URETEROSCOPIA FLEXÍVEL NO TRATAMENTO DE LITÍASE RENAL. DESENVOLVIMENTO E EXPERIÊNCIA LABORATORIAL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ENRICO FERREIRA MARTINS DE ANDRADE (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), CARLO CAMARGO PASSEROTTI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), GILTON CAMBUÍ CASTRO LIMA (HOSPITAL SANTA VIRGÍNIA), RAPHAEL RODGGER BERGAMIN MORENO (HOSPITAL SANTA VIRGÍNIA), CAIO PEDROSO DE ANDRADE (FACULDADE DE MEDICINA FACERES), LUÍS FELIPE MAGRI FERREIRA DIAS (HOSPITAL SANTA VIRGÍNIA), EDUARDO IARED (HOSPITAL SANTA VIRGÍNIA), GUSTAVO DE ALARCON PINTO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ)

RESUMO: Introdução:As indicações para ureteroscopia flexível no tratamento de cálculos renais tem aumentado significativamente nos últimos anos, principalmente devido às melhorias e qualidades dos equipamentos endoscópicos. Atualmente, há um aumento considerável de urologistas treinados para realizar este procedimento.No entanto, esta é uma cirurgia longa e extenuante para o médico, resultando em uma alta prevalência de dores e doenças articulares nas mãos e no membros superiores do cirurgião. Portanto, foi desenvolvida uma plataforma robótica de baixo custo, compacta e adaptável ao ureteroscópio flexível, simulando os movimentos da manipulação do endoscópio pelas mãos do cirurgião.Métodos:O protótipo foi desenvolvido em uma plataforma universal para a fixação dos ureteroscópios flexíveis atualmente comercializados. Sendo que, os movimentos: rotação, introdução, flexão e deflexão do ureteroscópio são realizados por motores controlados remotamente. Desta forma, o urologista pode posicionar-se confortavelmente longe do campo cirúrgico, controlando os movimentos do ureteroscópio por um joystick?. O protótipo foi idealizado inteiramente por urologistas no Brasil, com orçamento aproximado de dez mil reais.Resultados:Os movimentos do ureteroscópio flexível foram totalmente reproduzidos pelo cirurgião, realizando movimentos delicados e precisos com localização, aproximação e saída do alvo, simulando um cálculo urinário.O custo de desenvolvimento do protótipo foi relativamente baixo em comparação com o modelo já comercializado no mercado internacional. O projeto técnico pôde ser desenvolvido por médicos, sem a necessidade de suporte profissional especializado em eletrônica e robótica.Conclusão:Apresentamos uma plataforma robótica universal para o tratamento de cálculos renais por ureteroscopia flexível. Este mecanismo é compacto em tamanho, em comparação com outros sistemas robóticos, já utilizados internacionalmente; podendo ser facilmente acomodado na sala cirúrgica. Concluímos que esta experiência deve ser aprimorada e encorajada, demonstrando aos médicos brasileiros a possibilidade de propor inovações tecnológicas para o desenvolvimento da medicina.

PALAVRAS-CHAVES: robótica|ureteroscopia flexível|litíase urinária

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 927

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: DISPOSITIVO PARA TREINAMENTO EM LAPAROSCOPIA COM TECNOLOGIA DE IMAGEM 3D

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ENRICO FERREIRA MARTINS DE ANDRADE (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), CARLO CAMARGO PASSEROTTI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), GIANCARLO CIONGOLI (FACULDADE DE MEDICINA FACERES), CAIO PEDROSO DE ANDRADE (FACULDADE DE MEDICINA FACERES), TOUFIC AMBAR NETO (FACULDADE DE MEDICINA FACERES), JOSE CIONGOLI (HOSPITAL SANTA VIRGÍNIA), RAPHAEL PEDROSO DOS SANTOS (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), GUSTAVO DE ALARCON PINTO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ)

RESUMO: Introdução:O cirurgião desenvolve suas habilidades técnicas continuamente durante a sua carreira. Assim, necessita de treinamento e aprendizagem de novas técnicas operatórias, adquirindo experiência e diminuindo os riscos nos procedimentos cirúrgicos.Com o advento da laparoscopia com vídeos em 3D e a cirurgia robótica, novos mecanismos de treinamento devem ser desenvolvidos para a adaptação dos cirurgiões e principalmente, dos residentes em treinamento.Apesar da existência de simuladores virtuais robóticos que necessitam de grandes investimentos financeiros, ainda não temos as caixas-pretas tradicionais com o sistema de visão em 3D. Os simuladores virtuais em 3D não estão disponíveis para a maioria dos médicos, e com a nova disponibilidade da laparoscopia com vídeos em 3D, foi verificada a necessidade de uma "caixa-preta de laparoscopia simplificada com visão em 3D", para que a maioria dos cirurgiões em treinamento pudessem ter acesso a esta nova tecnologia.Portanto, visando facilitar o treinamento inicial para o desenvolvimento de habilidades em laparoscopia com vídeo em 3D, criou-se um modelo de caixa-preta laparoscópica com visualização do campo de treinamento com óculos de realidade virtual em 3D.Método:Desenvolveu-se um dispositivo para simulação de situações semelhantes às encontradas no ato cirúrgico para o treinamento da cirurgia laparoscópica, utilizando um sistema de imagem com óculos de realidade virtual em 3D, acoplado a caixa-preta, para simular os vídeos de laparoscopia em 3D e até mesmo a visão da cirurgia robótica.Resultados:O dispositivo foi construído sem dificuldade técnica e com baixo custo, com visualização do campo de treinamento, utilizando os óculos de realidade virtual em 3D, propiciando ao cirurgião em treinamento uma simulação realística similar as imagens dos vídeos de laparoscopia em 3D e de cirurgia robótica.Conclusão:O equipamento de simulação desenvolvido demonstrou-se de baixo custo, com utilização de óculos de realidade virtual, que propicia um novo patamar de treinamento em cirurgia laparoscópica e familiarização com as imagens da cirurgia robótica.

PALAVRAS-CHAVES: IMAGEM 3D|laparoscopia|treinamento

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 955

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: LABORATÓRIOS SECOS E MOLHADOS NA VISÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA, AVANÇO OU RETROCESSO?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DIEGO FREITAS FÉLIX (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MATHEUS RIBEIRO PARENTE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CECÍLIA LIMEIRA LIMA LEITE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: OBJETIVO Disciplina básica de todos os estudantes da área da saúde, a Anatomia Humana ensina a forma e a localização das estruturas do corpo humano utilizando desde metodologias mais tradicionais como o uso de cadáveres, chamados laboratórios molhados, até o uso de modelos artificiais, denominados de secos. É inegável que o avanço da medicina se deu graças à possibilidade de ensino e pesquisa em cadáveres. Porém, com a lei 8.501/92, que regulariza a utilização de cadáveres para fins de ensino e pesquisa na medicina e a intensa abertura de novos cursos de medicina, ocorreu uma redução progressiva do número de cadáveres que chegam às instituições. Nessa perspectiva, métodos alternativos de ensino na anatomia tornam-se cada vez mais habituais. O papel deste estudo é avaliar a percepção dos alunos sobre o uso de peças reais e sintéticas em um laboratório de anatomia. MÉTODOS Foram selecionados aleatoriamente 60 alunos do 5º ao 8º semestre do curso de Medicina de uma Universidade do Ceará. Todos eles já concluíram toda grade curricular de anatomia. Foi respondido um questionário de percepção sobre o ensino de anatomia em peças reais e sintética, já que o laboratório dessa Universidade possui as duas apresentações. RESULTADOS Com idade média de 23,51 anos e 50% do sexo masculino, 98,34% dos alunos responderam que consideram importante o uso de peças reais para o ensino da anatomia e 76,67% discordam que peças sintéticas possam atingir grau semelhante no ensino da anatomia. Além disso, com a nova lei que determina a incorporação dos cadáveres, a reposição de peças reais foi dificultada, sendo necessária a conscientização sobre a doação de corpos para aumentar a disponibilidade de cadáveres. Porém, apenas 23,33% dos pesquisados afirmou conhecer tal legislação e, quando questionado sobre a doação do seu corpo para um laboratório de anatomia, apenas 15% afirmaram que doariam e 55% deles não souberam responder. CONCLUSÃO Percebemos a importância do uso de peças reais no ensino da anatomia humana, fato demonstrado pela preferência da maioria dos estudantes por tal método. Porém, mesmo com o surgimento de formas alternativas para o ensino da anatomia, essas necessitam de aprimoramentos, visando aproximar da preferência tida pelas peças reais. Por fim, o conhecimento das leis que regem a incorporação de cadáveres precisa ser mais difundida, tanto para conhecimento dos alunos quanto para valorização das peças existentes.

PALAVRAS-CHAVES: Anatomia Humana | Cadáver | Modelos sintéticos

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1093

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Curso prático de Técnicas de Suturas em peça fresca (Língua Bovina): Comparativo da Análise Qualitativa entre diferentes Metodologias aplicadas ao longo de 6 anos pela Liga Acadêmica de Cirurgia, Trauma e Emergência - LACITRE UNIRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ FRANCISCO F. LIMA SIMÃO DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), MAYARA SANAE FUJIMOTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), MARCEL NETTO MATHEUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), ROSANA SIQUEIRA BROWN (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO)

RESUMO: Introdução:A Liga Acadêmica de Cirurgia, Trauma e Emergência, composta por discentes de Medicina da UNIRIO, baseia suas atividades no tripé ensino-pesquisa-extensão, e desde 2011 realiza seu Curso Prático de Suturas. Em 2016 a Metodologia de Ensino até então vigente foi refinada para otimização do processo ensino-aprendizagem. Objetivos:Realizou-se análise retrospectiva de dados das pesquisas qualitativas de opinião sobre o curso no período de tempo em que o mesmo seguiu a Metodologia "Monitor para Pequenos grupos" (2011-2015) comparando-os aos obtidos na análise da pesquisa qualitativa de opinião aplicada em 2016 sob a Metodologia "Um Monitor-ligante por Aluno". Materiais e métodos:De 2011 a 2015 as turmas do Módulo Prático eram compostas de 5 alunos, tutorados por 1 monitor-ligante. Ao final dos cursos aplicou-se pesquisa qualitativa de opinião aos inscritos, para que pudessem realizar sugestões ou críticas. O acervo de questionários dos períodos 2011-2015 (60) e 2016 (60) foi reunido para análise comparativa. Itens presentes nos questionários: Nível das aulas(Módulo Teórico); Material disponibilizado para prática; Nível da monitoria(Módulo Prático); Classificação do aprendizado; Indicação do curso para outros estudantes. A avaliação consistiu em atribuir aos itens notas de 1 a 5: 1(péssimo); 2(ruim); 3(regular); 4(bom); 5(excelente). Resultados:Expressiva melhora na avaliação dos quesitos "Nível da Monitoria": conceito 5 por 96,67% dos participantes em 2016, comparado a 61,67% no período 2011-2015; "Classificação do aprendizado": conceito 5 por 76,67% dos participantes em 2016, comparado a 43,33% no período 2011-2015; "Indicação do curso para outros estudantes": conceito 5 por 100% dos participantes em 2016, comparado a 78,33% no período 2011-2015. Conclusão:A análise comparativa-qualitativa dos dados obtidos através das pesquisas de opinião constatou sucesso na alteração metodológica. Notou-se aumento da satisfação em relação ao curso, bem como do interesse dos alunos pela área cirúrgica. Ao desenvolver a nova Metodologia de Ensino ofertou-se um Curso individualizado ao inscrito, garantindo maior aprendizado e nível de excelência à atividade. Bibliografia:1.FRANCO, Diogo et al. Uso de língua bovina na prática de técnicas de sutura. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v.35, n.6, p.442, Dec.2008.2.EBRAM NETO, João et al. Modelo de dispositivo para treinamento e avaliação das habilidades em técnica operatória. Acta Cir. Bras.,São Paulo,v.13, n.1, Jan.1998.

PALAVRAS-CHAVES: Técnicas Operatórias|Suturas|Ensino Médico

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1160

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: REIMPLANTE MICROCIRURGICO DE ESCALPE EM COELHOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENAN KLEBER COSTA TEIXEIRA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ), JOSE MACIEL CALDAS DOS REIS (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ), VITOR NAGAI YAMAKI (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ), DANIEL HABER FEIJÓ (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ), ANDRÉ LOPES VALENTE (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ), DENILSON JOSÉ SILVA FEITOSA-JUNIOR (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ), LUAN TELES FERREIRA DE CARVALHO (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ), RUI SERGIO MONTEIRO DE BARROS (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ)

RESUMO: OBJETIVO DESENVOLVER UM MODELO EXPERIMENTAL PARA A REALIZAÇÃO DE REIMPLANTE DE ESCALPO . MÉTODOS FORAM UTILIZADOS 10 COELHOS MACHOS. OS ANIMAIS FORAM ANESTESIADOS COM QUETAMINA E XILASINA. FOI UTILIZADA UMA VIA DE ACESSO PADRONIZADA SIMULANDO A AVULSÃO TOTAL DO ESCALPO NAS LINHAS DE JUNÇÃO DO COURO CABELUDO COM A FACE E REGIÃO CERVICAL. A EXTENSÃO DO ESCALPO A SER AMPUTADO FOI BASEADO EM ESTUDOS PREVIOS DE DESCRIÇÃO VASCULAR BASEADO NA ÁREA DE VASCULARIZAÇÃO DA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL E DA VEIA AURICULAR COMUM. CORRESPONDENDO A ÁREA SOBRE A REGIÃO FRONTAL ATÉ A BASE DO FOCINHO PASSANDO PELAS REGIÕES SUPRA ORBITARIAS E CONTORNANDO A REGIÃO POSTERO-LATERALMENTE DO ESCALPO A UMA DISTANCIA DE DOIS CENTIMETRO DA BASE DAS ORELHAS. COM A EXCEÇÃO DO PEDIULO VASCULAR FOI INTERROMPIDO TODA COMUNICAÇÃO ENTRE O ESCALPE E O CRANIO DO ANIMAL, INCLUSIVE COM SECÇÃO DO CONDUITO AUDITIVO. OS VASOS FORAM SECCIONADOE E IMEDIATAMENTE REPARADOS POR MEIO DE TECNICA MICROCIRURGICA SOB MAGNIFICAÇÃO DE MICROSCOPIO MICROCIRURGICO. SEGUIU-SE COM A SUTURA DE PELE COM FIO DA NAILON 4-0. FOI UTILIZADO NO POS OPERATORIO ANALGESIA E ANTICOAGULAÇÃO. OS ANIMAIS FORAM ACOMPANHADOS POR 30 DIAS DE PÓS OPERATORIO. RESULTADOS: O TEMPO CIRURGICO VARIOU DE 245 A 330 MINUTOS. O TEMPO DE ANASTOMOSE ARTERIAL VARIOU DE 11 A 36 MIN E O VENOSO DE 22 A 44 MINUTOS. NÃO HOUE DIFERENÇA ESTATISTICA EM RELAÇÃO AO TEMPO DE REALIZAÇÃO ENTRE OS LADOS DO ANIMAL. A QUANTIDADE DE PONTOS CONFECIONADOS FORAM SEMELHANTE ENTRE OS LADOS VARIANDO DE 6-9 PONTOS. NÃO HOUE MORTALIDADE INTRAOPERATORIA, POREM HOUE UMA MORTE DE UM ANIMAL NO 1 DIA DE POS OPERATORIO E DOIS ANIMAIS FORAM SUBMETIDOS A MORTE INDOLOR INDUZIDA DEVIDO NECROSE DE UM HEMILADO DO ESCALPO. NA ANALISE MULTIVARIADA NÃO HOUE CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIAVIES CIRURGICAS ANALISADAS E O DESFECHO NEGATIVO DOS ANIMAIS. DENTRE OS ANIMAIS SOBREVIVENTES, TODOS APRESENTARAM BOA RECUPERAÇÃO COM CRESCIMENTO DE PELE NORMAL ATÉ O 30 DIA DE PÓS OPERATORIO. CONCLUSÃO: O REIMPLANTE DE ESCALPO E REPRODUTIVEL EM COELHOS PODENDO SER UTILIZADO COMO MODELO EXPERIEMTNAL PARA PESQUISAS E TREINAMENTO. REFERENCIAS Anbar RA, et al. Métodos de reconstrução do couro cabeludo. Rev. Bras. Cir. Plást. 2012. Livao?lu m, et al. Microsurgical Replantation of Two Consecutive Traumatic Total Scalp Avulsions. J Craniofac Surg. 2016 Hu W, et al. Microsurgical Replantation of a Two-Segment Total Scalp Avulsion. J Craniofac Surg. 2016

PALAVRAS-CHAVES: REIMPLANTE | MICROCIRURGIA | COELHOS

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1222

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ESTEATOSE HEPÁTICA ASSOCIADA À ISQUEMIA E REPERFUSÃO EM CAMUNDONGOS: EFEITO DA N-ACETILCISTEÍNA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATALIE CHAVES FERREIRA (FMUSP-LIM 62), MARCIA KIYOMI KOIKE (FMUSP - LIM-51 - EMERGÊNCIAS CLÍNICAS), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (ICHC - FMUSP - LIM-62), EDNA FRASSON DE SOUZA MONTERO (FMUSP- LIM 62 / UNIFESP)

RESUMO: Introdução: Em modelos de isquemia e reperfusão (I/R) hepática, já foi demonstrado o efeito protetor enzimático e morfológico da N-acetilcisteína (NAC) no fígado. Porém, há poucos estudos sobre os efeitos do uso da NAC em modelos de I/R na presença de esteatose. Caso haja comprovação do efeito benéfico da NAC, esta poderá ser utilizada de forma prática e pouco dispendiosa na prevenção das repercussões deletérias causadas pela I/R em fígado esteatótico. Objetivo: Esse estudo teve como objetivo verificar o efeito da NAC sobre a lesão hepática em camundongos com esteatose e submetidos à I/R, avaliando as alterações bioquímicas e morfológicas, e o estresse oxidativo. Métodos: Foram utilizados camundongos da linhagem C57BL/6J, machos, que receberam ração normal AIN-93M ou deficiente em Metionina e Colina (DMC) de acordo com o grupo que pertenciam. Em alguns animais, a NAC foi administrada 15 minutos antes da isquemia. Em seguida, os camundongos foram submetidos a 30 minutos de isquemia e 24 horas de reperfusão. O sangue foi coletado para análise das transaminases, e o fígado, removido para avaliação histológica em lâminas coradas com H/E e para a análise do estresse oxidativo, por meio da quantificação de malondialdeído (MDA) e nitrito. Resultados: A análise histológica mostrou que a NAC diminuiu os focos inflamatórios no fígado esteatótico de camundongos submetidos à I/R. Com relação às transaminases, o uso da NAC reduziu, apesar de não significativamente, os níveis de ALT e AST nos animais com esteatose hepática submetidos à I/R (ALT: 59 ± 51 U/L, AST: 551 ± 174 U/L), em relação aos animais em que a NAC não foi administrada (ALT: 128 ± 81 U/L, AST: 967 ± 349 U/L). Avaliando o estresse oxidativo após o tratamento com a NAC, os níveis de MDA e nitrito diminuíram significativamente (pConclusão: A partir dessas análises, é possível afirmar que, devido a redução do infiltrado inflamatório e do estresse oxidativo, responsáveis pela lesão no fígado, o uso da NAC apresentou um efeito benéfico sobre o tecido hepático esteatótico submetido à I/R. Bibliografia: Lee et al.,2012;Robinson et al.,2013;Saad et al.,2012;Sílvia et al.,2012;Takhtfooladi et al.,2014.

PALAVRAS-CHAVES: Esteatose Hepática | Estresse Oxidativo | Camundongo

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1291

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: USO DE SIMULADORES DE CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COMO FORMA DE APRENDIZADO E APERFEIÇAMENTO SEGURO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANE CAROLINE ARAUJO BARRETO (ULBRA), ALEXANDRE RICARDO FARRET JUNIOR (ULBRA), GABRIELLE FOPPA RABAIOLI (ULBRA), EMÍLIE VON AHN BIERHALS (ULBRA), ALICE DA COSTA SAALFELD (ULBRA), JULIA TONIETTO PORTO (ULBRA), BRUNA TELLES SCOLA (ULBRA), LUCIANO SILVEIRA EIFLER (ULBRA)

RESUMO: OBJETIVO Os simuladores de Cirurgia Videolaparoscópica (SCVL) em Realidade Virtual são equipamentos que permitem a criação de ambiente computacional baseado em imagens gráficas 3D geradas em tempo real [1]. Este trabalho descreve a experiência da Liga de Cirurgia/VLP da PUCRS com o uso do simulador de videolaparoscopia LapSim juntamente com uma revisão da literatura sobre a utilização de simuladores em RV no ensino de cirurgia laparoscópica. MÉTODOS Foi realizada uma revisão de literatura com artigos encontrados na plataforma Pubmed através das palavras-chave "laparoscopic surgery" e "simulator", resultando em 58 artigos, dos quais, foram selecionados 4 pelo seu resumo (abstract). Também foi feita a análise de resultados do treinamento de acadêmicos de medicina e médicos residentes com simuladores de Realidade Virtual. Os autores descrevem a experiência na utilização do simulador LapSim por acadêmicos da Liga de Cirurgia e Videocirurgia da PUCRS. RESULTADOS Os SCVL são ferramentas com potencial de complementar os métodos tradicionais de ensino e treinamento em videocirurgia. Diversos estudos descrevem diminuição do tempo na curva de aprendizado, melhora na performance de procedimentos e precisão na determinação do nível de habilidades psicomotoras com o uso de SCVL [2]. Parâmetros como tempo de realização de procedimentos, lesão tecidual, sangramento e posicionamento inadequado de cliques podem ser mensurados e comparados entre grupos através de relatórios ao final de cada atividade de treinamento [2][3]. A curva de aprendizado de cirurgiões em treinamento demonstra rápido crescimento em seções sucessivas de treinamento em comparação com cirurgiões mais experientes [4]. Acadêmicos de Medicina da Liga de Cirurgia e Videocirurgia da PUCRS realizaram cirurgias laparoscópicas simuladas (apendicectomia, colecistectomia, histerectomia) utilizando o simulador LAPSIm. As cirurgias foram realizadas com sucesso após repetição sucessivas dos procedimentos. CONCLUSÃO Os SCVL representam instrumentos de grande valia para ensino e treinamento de cirurgiões. Tal ferramenta proporciona maior segurança para o estudante e para o paciente, conquistando um papel fundamental na evolução do processo de ensino-aprendizado na área médica. Embora ainda de custo elevado, tais simuladores estão conquistando um espaço cada vez maior no ensino e construção de currículos na graduação e residência em cirurgia.

PALAVRAS-CHAVES: Simuladores | Videolaparoscopia | Escola Médica

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1310

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE FIO DE SUTURA DE POLIGALACTIINA 910 E POLIPROPILENO E FECHAMENTO DA PAREDE ABDOMINAL EM SUTURA CONTÍNUA OU SUTURA EM PONTO SIMPLES NA FORMAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTRA-PERITONEAIS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA DE LOURDES P. BIONDO SIMOES (UFPR), MARCO ANTONIO FACCIO (UFPR), ANA LUISA BETTEGA (UFPR)

RESUMO: Introdução: Aderências peritoneais pós cirurgia abdominal e pélvica são uma grande causa de morbidade e estão relacionadas a múltiplos fatores. Os dados da literatura são escassos no que diz respeito às manobras inerentes ao ato cirúrgico. Os poucos estudos que se preocupam com o tipo de fio cirúrgico como causa de aderência apresentam resultados controversos. Soma-se a isso, a não existência de trabalhos relacionando o método de síntese. Método: Foram utilizados 28 ratos da linhagem Wistar, fêmeas. Dividiu-se a amostra em 4 grupos que foram submetidos a laparotomia com síntese peritônio-músculo-aponevrótica, de quatro modos: síntese por chuleio contínuo com poliglactina 910 (G I, n=7), síntese com pontos interrompidos de poliglactina 910 (G II, n=7), síntese contínuo com polipropileno (G III, n=7) e síntese com pontos interrompidos de polipropileno (G IV, n=7). Os animais foram submetidos a eutanásia no décimo quarto dia de pós-operatório. A análise dos resultados foi feita com a verificação da presença, ou não, de aderência peritoneal na linha da cicatriz e as vísceras aderidas. Resultados: A avaliação das laparotomias feitas com poliglactina 910, não mostrou diferença quando realizada com síntese contínuo ou interrompida ($p=0,2308$). O mesmo aconteceu com as laparotomias realizadas com polipropileno ($p=0,9038$). Quando se comparou as realizadas com poliglactina com as feitas com polipropileno também não se encontraram diferenças ($p=0,2308$). Conclusão: A indução de aderências não foi influenciada pela técnica de síntese e nem pelo material utilizado. Bibliografia: SCHNÜRIGER, B. et al. Prevention of postoperative peritoneal adhesions: a review of the literature. *Am J Surg*, v. 201, n. 1, p. 111-21, Jan 2011. KRAEMER, B. et al. Standardised models for inducing experimental peritoneal adhesions in female rats. *Biomed Res Int*, v. 2014, p. 435056, 2014. ISHIKAWA, K. et al. Optimal sutures for use in the abdomen: an evaluation based on the formation of adhesions and abscesses. *Surg Today*, v. 43, n. 4, p. 412-7, Apr 2013. KRAEMER, B. et al. A prospective, randomized, experimental study to investigate the peritoneal adhesion formation of noncontact argon plasma coagulation in a rat model. *Fertil Steril*, v. 95, n. 4, p. 1328-32, Mar 2011. KRAEMER, B. et al. Randomized experimental study to investigate the peritoneal adhesion formation of conventional monopolar contact coagulation versus noncontact argon plasma coagulation in a rat model. *Fertil Steril*, v. 102, n. 4, p. 1197-202, Oct 2014.

PALAVRAS-CHAVES: aderência | peritoneal | fios de sutura

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1545

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Estudo comparativo das telas de polipropileno versus Parietex Composite®, Vycryl® e Ultrapro® na formação de aderências intraperitoneais

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA DE LOURDES P. BIONDO SIMOES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), LAÍSA BRANDÃO CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), LUCAS TAVARES CONCEIÇÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), KASSYANE BORDIGNON PICCINELLI DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), WAGNER AUGUSTO SCHIEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), MAYARA ARANTES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), FERNANDA FABRINI GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), JÚLIO CÉSAR MAGRI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), TATIANE DA SILVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

RESUMO: Objetivo: O presente estudo visa comparar a tela de polipropileno (Marlex®) com as telas de poliglactina 910, absorvível (Vicryl®), com a tela de poliéster com barreira absorvível de colágeno (Parietex composite®) e com a tela parcialmente absorvível de polipropileno e poliglecaprone (Ultrapro®) na ocorrência de aderências no uso intraperitoneal. Método: Foram utilizados três estudos, com total de 60 ratos Wistar, alocados em três grupos. No primeiro grupo, PP+V (n=20), cada animal recebeu uma tela de polipropileno de um lado e Vicryl® do outro lado da parede abdominal. No segundo grupo, PP+PC (n=20), o mesmo desenho foi usado substituindo a tela de Vicryl® por Parietex composite®. No terceiro grupo, PP+UP (n=20), o tratamento alternativo ao polipropileno foi o Ultrapro®. A eutanásia e análise macroscópica da porcentagem de tela acometida foram realizadas após 28 dias. Resultados: na avaliação do grupo PP+V, a tela de Vicryl® teve cobertura mínima de 2,5% e máxima de 58%, com média $27,07 \pm 20,37\%$, enquanto o polipropileno no mesmo grupo variou entre 8,5% a 100% com média de $47,89 \pm 34,25\%$. A tela de Vicryl® apresentou menor formação de aderência ($p=0,013$) nesse grupo. No grupo PP+PC, a tela Parietex composite® teve cobertura por aderências variando entre 7,5% a 100%, com média de $31,57 \pm 22,76$, enquanto o polipropileno no mesmo grupo apresentou variação entre 10% e 92,5%, com média de $32,91 \pm 25,05$, não havendo diferença significativa entre as duas ($p = 0,765$). No grupo PP+UP, com Ultrapro® a porcentagem de tela acometida variou entre 8,5% e 100%, com média $44,70 \pm 32,85$, enquanto que o polipropileno do mesmo grupo variou entre 10,5% e 100%, com média $34,07 \pm 24,21$, não havendo diferença significativa entre Ultrapro® e polipropileno ($p = 0,198$). As aderências se formaram com o omento, o funículo espermático e menos frequentemente com alças intestinais, baço e fígado. Conclusões: As quatro telas avaliadas levaram à formação de aderências, embora a tela de Vicryl® tenha mostrado menor potencial na formação.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia ventral | Telas cirúrgicas | Aderências

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1553

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Tela de Polipropileno e de Poliéster com Revestimento de Colágeno e a Formação de Aderências Intraperitoneais

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA DE LOURDES P. BIONDO SIMOES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), LUCAS TAVARES CONCEIÇÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), LAÍSA BRANDÃO CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), KASSYANE BORDIGNON PICCINELLI DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

RESUMO: Objetivo: Comparar a capacidade de formação de aderências da tela de polipropileno e da tela de poliéster com revestimento de colágeno, no uso intraperitoneal. Método: O estudo foi analisado pelo Comitê de Ética do Uso de Animais do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), processo n.º 768 e aprovado sob o número 23075.055576/2013-69 em 20 de março de 2014. Utilizaram-se 20 ratos da linhagem Wistar, machos, com idade entre 100 e 120 dias. Dividiu-se a amostra, aleatoriamente, em dois grupos contendo 10 animais cada. Todos os animais tiveram a colocação das duas telas intraperitoneais, uma em cada lado da parede ventral, dessa forma cada animal foi seu próprio controle. No grupo 1 colocou-se a tela de polipropileno no lado direito e a de poliéster revestido com camada de colágeno (Parietex composite®) no lado esquerdo. No grupo 2 inverteu-se a posição. Cada tela tinha 10 milímetros de largura por 20 milímetros de comprimento ancorados por pontos transfixantes na parede abdominal, sendo um em cada ângulo da tela, ficando o nó externamente à cavidade peritoneal, sobre a aponeurose. Realizou-se a eutanásia com 28 dias. Fez-se a abertura da cavidade abdominal com uma incisão em U de base superior e levantou-se o retalho para a avaliação das aderências. Procedeu-se a análise macroscópica da cavidade abdominal verificando-se a presença ou ausência de aderências. Incluíram-se apenas as aderências sobre as telas, excluindo-se as aderências sobre a linha de síntese mediana e sobre os pontos transfixantes. Avaliou-se qual o percentual de cada tela recoberta por aderências. Resultados: No Grupo 1 a porcentagem de tela cirúrgica coberta por aderências no lado direito (Polipropileno) variou de 10 a 28,5% com média de $19,55 \pm 6,33\%$ da sua superfície enquanto que no lado esquerdo (Parietex? Composite) a porcentagem de tela coberta variou entre 15 e 100 com média de $41,05\% \pm 25,80$ ($p > 0,05$). No Grupo 2 a porcentagem de tela coberta por aderências, no lado direito, (Parietex? composite) variou entre 7,5 e 35,5% $22,1 \pm 11,8\%$ enquanto que no lado esquerdo (Polipropileno) a porcentagem de tela coberta variou entre 15 e 92,5% com média de $46,27 \pm 28,20\%$ ($p > 0,05$). Os órgãos que participaram das aderências foram: omento (100%), funículo espermático (70%), fígado e alças do intestino delgado para as duas telas. Conclusões: Ambas as telas se equivalem na formação de aderências, quando aplicadas intra-peritonealmente.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia ventral | Telas cirúrgicas | Aderências

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1575

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Antígeno carcinoembrionário no lavado peritoneal como fator prognóstico de carcinomatose e mortalidade em pacientes com câncer gástrico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUIS FERNANDO MOREIRA (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), THAIS VICENTINE XAVIER (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), HENRIQUE IAHNKE GARBIN (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), GABRIELLA RICHTER DA NATIVIDADE (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), HAMILTON CARDOSO HILGERT (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), BERNARDO SILVEIRA VOLKWEIS (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), MARCELO GARCIA TONETO (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), OLY CAMPOS CORLETA (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS)

RESUMO: Introdução: Apesar das controvérsias, os níveis de antígeno carcinoembrionário no lavado peritoneal (pCEA) têm sido relacionados ao risco aumentado para envolvimento peritoneal no câncer gástrico avançado. Objetivo: Determinar o papel do pCEA do lavado peritoneal e risco de morte, disseminação peritoneal e recorrência em pacientes com câncer gástrico e com fatores prognósticos relacionados ao tumor. Métodos: Estudo de coorte que incluiu 63 pacientes (44 homens, 19 mulheres), idade mediana de 64 anos (43-97), com câncer gástrico avançado ressecável (principalmente EC III/IV, n = 42,67%). Os níveis de pCEA foram detectados no transoperatório por RIE com um nível de corte de 210 ng/g de proteína. Resultados: Citologia peritoneal positiva foi demonstrada em apenas seis casos (9,5%), enquanto os níveis de pCEA foram positivos em 21 (33%), com média de 2.382 ng/g (variando de 225 a 21.200 ng/g). Carcinomatose foi apresentado em nove casos (14%). Em todos os casos, menos um, pCEA era positivo. Quanto maior for invasão transmural e envolvimento linfonodal, tanto maior os níveis de pCEA ($p = 0,01$), que foram significativamente associados à disseminação peritoneal ou recidiva [OR: 9,0; $p = 0,01$], progressão do tumor [OR: 27,0; $p = 0,001$] ou morte [RR: 2; $p = 0,02$]. Esses casos com níveis de pCEA positivo tinham significativamente maior disseminação peritoneal (41 vs. 12; $p = 0,04$) e maior mortalidade (27% vs. 6%; $p = 0,01$). Casos de pCEA negativo tinham sobrevida significativamente maior, com média (variação) de 39 (32-43) vs. 17 meses (9-24), contra os positivos ($p = 0,0001$). Conclusão: O nível de pCEA positivo, razoavelmente, prediz o risco de disseminação peritoneal e morte e deve ser avaliado rotineiramente para ajudar na questão da prevenção da disseminação peritoneal. Bibliografia: Kanetaka K, Ito S, Susumu S, Yoneda A, Fujita F, Takatsuki M et al. Clinical significance of carcinoembryonic antigen in peritoneal lavage from patients with gastric cancer. *Surgery* 2013; 154(3): 563-72. DOI: 10.1016/j.surg.2013.03.005.

PALAVRAS-CHAVES: Estômago | Adenocarcinoma | Antígeno carcinoembrionário

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1725

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: INFLUÊNCIA DO ALOPURINOL E DA GENTAMICINA NA TRANSLOCAÇÃO BACTERIANA DECORRENTE DA ISQUEMIA E REPERFUSÃO DE MEMBROS CAUDAIS EM RATOS WISTAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DAYANA TALITA GALDINO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA UEPG), CAROLINA COMITTI ZANELLA (UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE UNIVILLE)

RESUMO: Objetivo: Observar a influência do alopurinol e da gentamicina em ratos Wistar, submetidos a diferentes tempos de isquemia seguidos de reperfusão, em relação à translocação bacteriana intestinal para o sangue e outros órgãos abdominais. Métodos: Foram utilizados 60 ratos Wistar, pesando entre 140 e 220g, distribuídos aleatoriamente em três grupos. O grupo C correspondeu ao controle; no grupo A, os animais receberam 50mg/kg de alopurinol uma hora antes do procedimento; no grupo G, os animais receberam 50 mg/kg de alopurinol e 4 mg/kg de gentamicina (Gentamic 10%) intramuscular nos membros anteriores. Cada grupo foi subdividido em dois subgrupos (10 ratos cada), de 30 e 120 minutos de isquemia, seguido de 48 horas de reperfusão. Após a exsanguinação, foram coletados baço, fígado, rim direito e segmentos intestinais. Foi realizada cultura para pesquisa de *E. coli* e *Proteus mirabilis*. Para análise estatística, foi utilizado o teste do qui-quadrado bicaudado com correção de Yates, sendo considerados significativos os valores de p. Resultados: Nos subgrupos de 30 minutos, tanto o alopurinol (A30) quanto a gentamicina (G30) não reduziram a TB comparados com o controle (p 0.63 e 0.62, respectivamente). Nos subgrupos de 120 minutos, comparado ao controle, o mesmo ocorreu (A120 com p 0.57 e G120 com p 0.63). Conclusão: Neste modelo experimental de isquemia-reperfusão, nem o uso do alopurinol nem o do alopurinol associado à gentamicina modificaram a ocorrência de translocação bacteriana. Referências: Korniyushin O, Galagudza M, Kotslova A, Nutfullina G, Shved N, Nevorotin A, et al. Postischemic intestinal perfusion with hypertonic saline. *World J Gastroenterol.* 2013; 19(2): 209-218; Gomes RZ, Romanek GMM, Przybycien M, Amaral DC, Akahane HGK. Evaluation of the effect of allopurinol as a protective factor in post ischemia and reperfusion inflammation in Wistar rats. *Acta Cir. Bras.* 2016 Feb; 31(2): 126-132; Rocha BC, Mendes RRS, Lima GV, Albuquerque GS, Araújo LL, Jesus MNS, et al. Modelo experimental de isquemia: reperfusão intestinal por clampamento de aorta abdominal em ratos Wistar. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2012 June; 39(3): 207-210.

PALAVRAS-CHAVES: Isquemia/reperfusão | Alopurinol | Gentamicina

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1754

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação do conteúdo tecidual de mucina-2 (MUC-2) na mucosa cólica exclusiva de trânsito intestinal submetida à intervenção com sucralfato

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), OSCAR ORLANDO ARAYA FERNANDEZ (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CALED JAOU DAT KADRI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CAROLINA MARDEGAN ARAYA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JOSÉ AIRES PEREIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), GABRIELE ESCOCIA MARINHO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), YARA TINOCO FRANCHESCI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), THAÍS SILVA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: A mucosa cólica exclusiva de trânsito intestinal desenvolve inflamação e modificações no conteúdo tecidual dos diferentes tipos de mucinas. O sucralfato (SCF) age como protetor do epitélio intestinal em diferentes formas de colite, além de aumentar a produção de muco pelas células caliciformes. Objetivo: Mensurar o conteúdo de mucinas tipo MUC-2 na mucosa cólica sem trânsito intestinal submetida à intervenção com SCF. Método: Trinta e seis ratos foram submetidos à derivação fecal por colostomia proximal e fístula mucosa distal. Os animais foram divididos em 3 grupos segundo receberem enemas contendo SF-0,9%, SCF 1,0 g/kg/dia e 2,0 g/kg/dia. Cada grupo foi dividido em 2 subgrupos, sendo a eutanásia ser realizada após 2 ou 4 semanas. O diagnóstico de colite foi feito por estudo histopatológico pela técnica da hematoxilina-eosina. A intensidade inflamatória da mucosa foi avaliada por escala validada. As mucina tipo MUC-2 na mucosa exclusiva de trânsito foi identificada por imuno-histoquímica. O conteúdo de MUC-2 foi mensurado por morfometria computadorizada. O valor final para o conteúdo de MUC-2 em cada animal foi determinado pela média da leitura de 3 campos distintos, onde existiam pelo menos 3 glândulas cólicas íntegras e contíguas. Para análise dos resultados utilizou-se o teste de Mann-Whitney e o teste ANOVA (análise de variância), adotando-se para ambos, nível de significância de 5% (pResultados: A aplicação de enemas com SCF na concentração de 2,0 g/kg/dia reduziu o escore inflamatório dos segmentos sem trânsito fecal. O conteúdo de MUC-2 no cólon sem trânsito fecal dos animais submetidos à intervenção com SCF, independente do tempo de intervenção e da concentração utilizada, foi significativamente maior quando comparado aos animais irrigados com SF 0,9% (pConclusão: A aplicação preventiva de enemas com SCF, principalmente em concentrações mais elevadas e por maior tempo de intervenção, reduz o escore inflamatório e previne a redução do conteúdo de MUC-2. Esses resultados sugerem que a aplicação preventiva de enemas com SCF é uma estratégia válida para a preservação da camada de muco que recobre o epitélio intestinal.

PALAVRAS-CHAVES: Cólon|Colite experimental|Sucralfato

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1830

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Simulador de ligaduras e anastomose vascular microcirúrgica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL BO CZAR LINS SANT`ANA (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS), DIOGO MACIEL LOBÃO VIEIRA (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS), VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), CAMILA SCHLANG CABRAL DA SILVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), JOSÉ VALBER LIMA MENESES (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA)

RESUMO: OBJETIVO: Desenvolver um simulador para treinamento de ligaduras e anastomose microcirúrgica. MÉTODOS: Este projeto contou com bolsa de iniciação científica da pro-reitoria de criação e inovação da Universidade Federal da Bahia no ano de 2016. Algumas etapas foram realizadas para resultar no produto final: 1.Criação de processo para confecção de vasos de silicone (calibres entre 2-5mm) com densidade compatível com agulha cirúrgica 5.0 à 10.0; 2. Inclusão dos vasos numa pele artificial, igualmente de silicone, através de um processo patenteado por este grupo que possibilita a dissecação dos mesmos; 3. Idealização da possibilidade de utilizar o Zoom digital de smartphone como alternativa aos microscópios, possibilitando a difusão do treinamento microcirúrgico. RESULTADOS: O simulador conta com vasos dissecáveis, de diferentes calibres, inseridos numa pele artificial. O treinamento de habilidades microcirúrgicas é possibilitado, em ambientes que não dispõem de microscópio, através da utilização de zoom digital do smartphone. Além disto, possui baixo custo e é passível de reprodução em escala industrial, possibilitando a sua comercialização à valores acessíveis. CONCLUSÃO: O simulador desenvolvido possibilita o treinamento de uma manobra fundamental da técnica operatória que é a hemostasia. Além disto, nos moldes propostos, permitirá a difusão do treinamento de habilidades microcirúrgicas. BIBLIOGRAFIA: 1. Felzemburgh Victor Araujo, Sampaio Haroldo Araújo, Abreu Junior Gilberto Ferreira de, Campos José Humberto Oliveira. Comparison between the traditional and the new training model using rabbits in the assessment. Acta Cir. Bras. [Internet]. 2012 June [cited 2017 Feb 22] ; 27(6): 433-438.2. Batista Danilo Malta, Felzemburgh Victor Araujo, Matos Ediriomar Peixoto. New experimental model for training in videosurgery. Acta Cir. Bras. Internet]. 2012 Oct [cited 2017 Feb 22] ; 27(10): 741-745.

PALAVRAS-CHAVES: simulador|microcirurgia|anastomose

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1938

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: O Atenolol e a expressão de genes relacionados com a biologia celular endotelial durante a isquemia e reperfusão intestinal em ratos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MURCHED OMAR TAHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO UNIFESP), ITAMAR SOUZA DE OLIVEIRA JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO UNIFESP), KARIS DE CAMPOS AMARAL (UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES UMC), THAÍS DE MELO ALEXANDRE E SILVA (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI UAM), VANESSA COELHO GASPAR (INSTITUTO ADOLFO LUTZ), RICARDO SIMÕES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO UNIFESP), DJALMA JOSE FAGUNDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO UNIFESP)

RESUMO: Introdução: Mediadores pró-inflamatórios liberados durante eventos fisiológico ou patofisiológico no tecido intestinal podem causar um grau maior de lesão na fase de reperfusão após um processo de isquemia (MOURA et al., 2015). Entretanto, o uso de beta bloqueador é capaz de modular a expressão de genes relacionados a apoptose celular ocorrida após essa agressão celular (CAMPOS et al., 2012). Objetivos: Avaliar o conjunto da expressão de genes do endotélio vascular do intestino de ratos associados ao estresse oxidativo da isquemia e reperfusão e sob influência do atenolol. Métodos: 18 ratos Wistar foram distribuídos em: Grupo controle com anestesia e laparotomia (GC), grupo isquemia e reperfusão intestinal (IRI) e grupo IRI + atenolol (IRI/At). Os animais foram submetidos a 60 minutos de isquemia por clampamento da artéria mesentérica superior seguida de 120 minutos de reperfusão. Amostras de intestino foram coletadas para realização dos testes biomoleculares (Real-time PCR/RT-qPCR) de determinação da expressão gênica (Rat Endothelial Cell Biology RT Profiler PCR Array). Resultados: foram rastreados 84 genes que tiveram as suas expressões avaliadas como significantes (teste ANOVA ? p software em hiper-expressão (três vezes acima do limiar de normalidade) ou hipo-expressão (três vezes abaixo o limiar de normalidade). Foram avaliados os genes agrupados em famílias (clusters) e relacionados à Angiogênese, Vasoconstrição & Vasodilatação, Resposta inflamatória, Apoptose, Moléculas de adesão vascular, Coagulação e Ativação plaquetária. A comparação entre os animais do grupo IRI e IRI/At mostrou um perfil de expressão da maioria dos genes que modulam favoravelmente a redução do estresse oxidativo, cujo grau variou de acordo com a especificidade de cada uma das famílias de genes estudadas. Conclusões: O Atenolol mostrou resultado favorável na redução do estresse oxidativo de endotélio vascular do intestino de ratos submetidos à isquemia e reperfusão. Referências Bibliográficas CAMPOS VF; MIRANDA-FERREIRA R; TAHA NS; TEIXEIRA GD; SOUZA WT; CARMO CE; SILVA-NETO LA; GOMES IT; MONTEIRO HP; MONTERO EF; FAGUNDES DJ; CARICATI-NETO A; TAHA MO. Atenolol to treat intestinal ischemia and reperfusion in rats. Transplant Proc. 2012 Oct;44(8):2313-6. MOURA LRR; DURÃO JUNIOR MS; MATOS ACC; SILVA A. Lesão de isquemia e reperfusão no transplante renal: paradigmas hemodinâmico e imunológico. Einstein. 2015; 13(1):129-35.

PALAVRAS-CHAVES: atenolol|traumatismo por isquemia|traumatismo por reperfusão

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1994

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Conteúdo tecidual de sulfomucinas e sialomucinas na mucosa cólica desprovida de trânsito intestinal submetida à intervenção com Curcuma L. (Curcumina).

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR (UNICAMP), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JOSÉ AIRES PEREIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANIELA OLIVEIRA MAGRO (UNICAMP), CLAUDIO SADDY RODRIGUES COY (UNICAMP), DANILO TOSHIO KANNO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), OSCAR ORLANDO ARAYA FERNANDEZ (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Objetivo: Quantificar o conteúdo tecidual de sulfomucinas e sialomucinas na mucosa cólica desprovida de trânsito fecal submetida à intervenção com curcumina, avaliando a importância da concentração utilizada e tempo de intervenção proposto. Método: Trinta e seis ratos foram submetidos à derivação do trânsito por colostomia proximal e fístula mucosa no cólon distal. Os animais foram divididos em três grupos após receberem enemas diários com solução fisiológica 0,9%, curcumina nas concentrações de 50 mg/kg/dia ou 200 mg/kg/dia, respectivamente. Cada grupo foi dividido em dois subgrupos, segundo a eutanásia ser realizada após 2 ou 4 semanas. As mucinas ácidas na mucosa foram identificadas por histoquímica pela técnica do Azul de Alcian. A expressão tecidual de sulfomucinas e sialomucinas foi identificada pela técnica da diamina de ferro alto alcian-blue (HID-AB). O conteúdo tecidual de ambos os subtipos de mucinas foi mensurado por análise de imagem assistida por computador. Resultados: A intervenção com curcumina em ambas as concentrações utilizadas aumentou o conteúdo tecidual de mucinas ácidas totais. Houve aumento no conteúdo de sulfomucinas nos animais submetidos à intervenção com curcumina após duas semanas (p Conclusão: Enemas com curcumina aumentam o conteúdo de mucinas ácidas no cólon excluído de trânsito intestinal, apresentando dependência de dose e tempo de intervenção.

PALAVRAS-CHAVES: Colite | ácidos graxos de cadeia curta | curcumina

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2314

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: COMPARAÇÃO DA FIBROSE INDUZIDA PELAS TELAS DE MARLEX®, PARIETEX COMPOSITE®, VICRYL® E ULTRAPRO®

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARTHUR ANDRADE SICHIOPI (UFPR), MARIA DE LOURDES P. BIONDO SIMOES (UFPR), SÉRGIO OSSAMU IOSHII (UFPR), ROGÉRIO RIBEIRO ROBES (UFPR)

RESUMO: OBJETIVO: Comparar histologicamente a intensidade da fibrose induzida pelas telas de Marlex®, Parietex Composite®, Vicryl® e UltraPro®, visto que, apesar do material ainda hoje mais utilizado ser a tela de polipropileno (Marlex®), ela é responsável por diversos efeitos colaterais como aderências, dor crônica, obstrução intestinal e fístulas. MÉTODO: Foram analisados cortes histológicos de paredes abdominais, após 28 dias de implante das telas corados por picosirius, sendo esse analisado com luz polarizada a fim de identificar a intensidade de colágeno tipo I e III e o índice de maturidade. RESULTADOS: Ao se comparar os 4 grupos. A análise da área de colágeno total foi maior nos grupos A e D sem diferença entre eles. A densidade do colágeno tipo I foi maior no grupo A com média de $9,62 \pm 1,0$ em relação aos demais e menos no grupo C com média de $3,86 \pm 0,59$. A densidade do colágeno tipo III foi semelhante nos grupos A, B e C e maior no grupo D. O índice de maturação de colágeno foi diferente entre os grupos, sendo maior para o grupo A com 0,87 e por ordem decrescente, teve-se o grupo B com 0,66, o grupo D com 0,57 e o grupo C com 0,33. ($p = 0,0000$). CONCLUSÃO: Dentre as telas analisadas, as que promoveram maior fibrose foram as telas de polipropileno e a de poliéster não-biodegradável (Parietex Composite®); o índice de maturação foi maior para a tela de polipropileno seguido das telas de polipropileno em conjunto com poliglecaprone 25 (UltraPro®), poliéster não-biodegradável (Parietex Composite®) e a de filamentos de poliglactina 910 (Vicryl®). BIBLIOGRAFIA: Utrabo CAL, Czczko NG, Busato CR, Montemor-Netto MR, Malafaia O, Dietz UA. Comparative study between polypropylene and polypropylene/poliglecaprone meshes used in the correction of abdominal wall defect in rats. Acta Cir Bras. 2012 ; 27(4):300-5. doi: 10.1590/S010286502012000400004 Castro PM, Rabelato JT, Monteiro GG, del Guerra GC, Mazzurana M, Alvarez GA. Laparoscopy versus laparotomy in the repair of ventral hernias: systematic review and meta-analysis. Arq Gastroenterol. 2014; 51(3):20511. PMID: 25296080. Biondo-Simões MLP, Moura PAP, Colla K, Tocchio AFZ, Morais CG, Miranda R, de et al . Inflammatory reaction and tensile strength of the abdominal wall after an implant of polypropylene mesh and polypropylene/poliglecaprone mesh for abdominal wall defect treatment in rats. Acta Cir. Bras. 2014; 29(Suppl 1): 45-51. doi: 10.1590/S010286502014001300009

PALAVRAS-CHAVES: Parede Abdominal | Hérnia | Fibrose

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2375

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Terapia Antineoplásica com Hepatoproteção: Mito ou realidade?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISADORA MORAES MARCHESI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO- USF), ISABELLA RAMOS OLIVEIRA ASSUNÇÃO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO- USF), GUILHERME DI CAMILLO ORFALI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO- USF), MAYCON GIOVANI SANTANA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO- USF), ANA YOSHIE KITAGAWA GRIZOTTO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO- USF), JOSÉ AIRES PEREIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO- USF), PATRICIA DE OLIVEIRA CARVALHO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO- USF), DENISE GONCALVES PRIOLLI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO- USF)

RESUMO: Objetivo: A terapia do câncer colorretal mais utilizada é a ressecção cirúrgica associada ao tratamento neo e/ou adjuvante, porém os antineoplásicos não poupam as células normais de sua ação, assim exercem diversos efeitos deletérios em órgãos alvo. Alternativamente os flavonoides aparecem como potenciais agentes antiproliferativos desejáveis, uma vez que também demonstraram efeitos protetores em células normais. Objetiva-se avaliar o potencial protetor da rutina hidrolisada em órgãos-alvo, fígado e baço, em modelo de adenocarcinoma de cólon humano. Método: A rutina hidrolisada (RH) foi obtida e avaliada in vitro em relação à atividade antioxidante (DPPH). Após criação do modelo animal de adenocarcinoma de cólon humano/HT-29 os animais foram divididos em grupo profilaxia (recebeu RH antes de ser implantado), controle (não recebeu o flavonoide em nenhum momento) e tratamento (recebeu RH após ser implantado) para realização dos experimentos. Foi avaliada a atividade antitumoral da rutina hidrolisada in vivo, assim como a peroxidação lipídica (TBARS), alteração morfológica (HE) e expressão da TP53 em tumor, fígado e baço. Resultados: Houve diminuição na velocidade de crescimento tumoral. A RH mostrou 35,82% de atividade antioxidante mas não foi capaz de modificar a lipoperoxidação. Não houve alteração da morfologia esplênica. O grupo controle mostrou volume tumoral relacionado à congestão hepática (p Conclusão: A rutina hidrolisada demonstra efeito antitumoral no adenocarcinoma de colón, responsável pela hepatoproteção que não parece mediada por ação antioxidante.

PALAVRAS-CHAVES: Flavonoides | Testes de Drogas Anticâncer | Neoplasia Colorretal

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2570

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: MECANISMO DE AÇÃO ANTITUMORAL DA ISOQUERCETINA (Q3G) EM ADENOCARCINOMA DE CÓLON

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISABELLA RAMOS OLIVEIRA ASSUNÇÃO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ISADORA MORAES MARCHESI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), GUILHERME DI CAMILLO ORFALI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANIEL DE CASTILHO DA SILVA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JOSÉ AIRES PEREIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MAYCON GIOVANI SANTANA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MARINA ZECCHINI LOPES (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DENISE GONCALVES PRIOLLI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o potencial terapêutico da Isoquercitina (Q3G) em modelo animal de adenocarcinoma. Método: Trata-se de um estudo in vivo, no qual foi utilizado modelo animal de adenocarcinoma de cólon utilizando xenotransplante com células HT-29. A Q3G foi utilizada por 7 dias previamente ao implante tumoral (grupo profilaxia) ou quando o volume tumoral atingiu 100 mm³ (grupo terapia), sendo o grupo controle constituído de animais que não foram submetidos a tratamento. O crescimento tumoral foi avaliado de forma macroscópica e quantificado por curvas de regressão sigmoide na primeira e segunda semanas após tratamento. Após a exérese tumoral foi realizada análise histológica, imunohistoquímica para TP53 (proteína supressora tumoral), para VASH (proteína responsável pela inibição da angiogênese) e dosagem de malondialdeído (resultado de peroxidação lipídica) pelo TBARS. Resultados: No grupo terapia a Q3G levou a diminuição do volume tumoral final (p=0,04), não houve modulação da TP53, houve aumento da expressão de VASH (p=0,03) e diminuição da proliferação vascular (p) comparativamente ao controle. Constatou-se relação inversamente proporcional entre o crescimento tumoral e a expressão de VASH (p=0,01). No grupo profilaxia a Q3G demonstrou efeito pró-oxidante (p). Conclusões: A Q3G tem efeito antiproliferativo sobre o adenocarcinoma de cólon, sua ação antitumoral está relacionada ao aumento de expressão de VASH com consequente inibição da proliferação neovascular.

PALAVRAS-CHAVES: adenocarcinoma | vasoinibina | antiangiogênese

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2651

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: SIMULADOR DE APENDICECTOMIA ABERTA DE BAIXO CUSTO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO ABNER MARINS MUNHOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), DAVID SMANGOSZEVSKI MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), FELIPH MIQUÉIAS ALCÂNTARA DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE)

RESUMO: Introdução: A apendicectomia é uma cirurgia amplamente executada pelo mundo e deve ser treinada cedo nas escolas médicas. O projeto relaciona-se com a criação de um simulador de apendicectomia aberta de baixo custo haja vista que um boneco simulador de apendicectomia ofertado no mercado pode custar muito caro. Em contraste com o preço comercial de bonecos simuladores de cirurgia, o boneco Rogozov foi confeccionado com o custo de apenas R\$ 52,47 reais. Objetivo: confecção de um manequim para simulação de cirurgia de apendicectomia aberta de baixo custo, similar aos simuladores ofertados no mercado, para a melhora do ensino de técnicas cirúrgicas na escola médica da Universidade Federal do Acre. Método: O manequim foi feito usando apenas materiais acessíveis e sem pré-requisitos de quaisquer habilidades específicas sendo, dessa forma, sua confecção possível a todos. Um manequim de loja, oco por dentro, foi usado como base para o simulador. A porção interna, vazia, foi usada para alocar as estruturas anatômicas do abdome inerentes à técnica cirurgia da apendicectomia aberta, tais quais: colo ascendente, valva ileocecal, íleo, mesocolon, artéria apendicular e mesoapêndice. A pele do quadrante inferior direito foi simulada por uma tapeçaria que juntamente com duas camadas de espuma formavam a parede abdominal: a primeira camada de espuma, amarela, representou a gordura subcutânea, e a segunda camada de espuma, vermelha, representou a camada muscular. Os intestinos, feitos de panos, foram inteiramente preenchidos por isopor pérola para a representação do conteúdo entérico. As estruturas viscerais abdominais internas foram depositadas em uma caixa alocada dentro do manequim. Em seguida foi revestida por um balão branco, representando o peritônio. O manequim Rogozov foi utilizado em aulas, monitoradas por cirurgiões certificados, e contribuiu grandemente para a educação e entendimento dos estudantes. Resultado: As técnicas cirúrgicas envolvidas, tais como a incisão estrelada de McBurney e invaginação do coto do apêndice, foram alcançadas com sucesso. A simulação com o manequim Rogozov incluiu instrumental cirúrgico adequado, mesa cirúrgica, foco de luz, capotes, luvas e campos cirúrgicos para que toda a dinâmica da cirurgia fosse simulada da maneira mais próxima da realidade. Conclusão: foi possível estabelecer uma experiência consistente no que concerne apendicectomia aberta.

PALAVRAS-CHAVES: Simulador de cirurgia aberta | Apendicectomia | Baixo custo

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2714

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação dos efeitos da aplicação de clísteres com mesalazina na expressão tecidual de mucinas neutras e ácidas na colite de exclusão

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JOSÉ AIRES PEREIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), YARA TINOCO FRANCHESCI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), RAFAELA DE SOUZA NOVO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), GABRIELE ESCOCIA MARINHO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), GABRIELLE MÁIRA DE LIMA MATIJASCIC (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), THAÍS SILVA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Objetivo: Quantificar o conteúdo de mucinas neutras e ácidas na mucosa cólica de segmentos desprovidos de trânsito intestinal submetidos à intervenção com mesalazina. Método: Dezesesseis ratos foram submetidos à derivação do trânsito intestinal através da realização de colostomia proximal terminal e fístula mucosa distal. Os animais foram divididos em dois grupos experimentais segundo a eutanásia ser realizada após duas ou quatro semanas. Cada um desses grupos foi subdividido, em dois subgrupos segundo terem recebido clísteres contendo solução fisiológica 0,9% (SF) ou mesalazina (MEZ) na concentração de 1g/mL. No dia programado para a eutanásia os animais foram anestesiados tendo-se removido segmentos providos e desprovidos de trânsito. O diagnóstico de colite de exclusão foi firmado por estudo histopatológico com a técnica da hematoxilina-eosina. A expressão tecidual de mucinas neutras e ácidas foi identificada pelas técnicas do Peiódico Ácido de Schiff e Azul de Alcian, respectivamente. O conteúdo de ambos os subtipos de mucinas foi quantificado por morfometria computadorizada. Os resultados obtidos nos animais submetidos à intervenção com SF ou MEZ foram comparados utilizando-se o teste de Mann-Whitney adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Resultados: O conteúdo tecidual de mucinas neutras no cólon provido de trânsito fecal foi semelhante nos animais submetidos à intervenção com SF ou MEZ independente do tempo de intervenção. No cólon sem trânsito fecal, verificou-se que os níveis teciduais de mucinas neutras aumentou nos animais submetidos a intervenção com MEZ independente do tempo de intervenção adotado (2 semanas $p=0,0003$; 4 semanas $p=0,0001$). Com relação às mucinas ácidas o conteúdo não se modificou no cólon proximal nos animais submetidos à intervenção com MEZ. De modo distinto, o conteúdo de mucinas ácidas no cólon sem trânsito fecal submetido à intervenção com MEZ foi maior quando comparado aos animais submetidos a intervenção com SF, independente dos clísteres terem sido aplicados por 2 ou 4 semanas (2 semanas $p=0,0005$; 4 semanas $p=0,005$). Houve aumento do conteúdo de mucinas ácidas nos animais submetidos a intervenção com MEZ por 4 semanas quando comparado aos animais tratados por 2 semanas ($p=0,03$). Conclusões: Clísteres contendo MEZ aumentam o conteúdo de mucinas neutras e ácidas em segmentos cólicos desprovidos de trânsito fecal e o aumento é maior nos animais submetidos a intervenção por maior período de tempo.

PALAVRAS-CHAVES: Colite experimental | Análise de Imagem Assistida por computador | Mucinas

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2782

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: MECANISMO DE AÇÃO DA FOTOTERAPIA DINÂMICA COMO ABORDAGEM NEOADJUVANTE NO OSTEOSSARCOMA VERTEBRAL E CALOTA CRANIANA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME CHOFI DE MIGUEL (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ANA YOSHIE KITAGAWA GRIZOTTO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), BRUNO CAMPOREZE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANIELLE HONAGA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MAFALDA LARANJO (UNIVERSIDADE DE COIMBRA), MARIA FILOMENA BOTELHO (UNIVERSIDADE DE COIMBRA), ANA MARGARIDA ABRANTES (UNIVERSIDADE DE COIMBRA), DENISE GONCALVES PRIOLLI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: OBJETIVO: O osteossarcoma, caracterizado pela presença de matriz osteoide é tumor maligno com prognóstico determinado pela necrose induzida às terapias citotóxicas convencionais e à ressecção do tumor no ato cirúrgico. Embora a literatura evidencie a ação da fotoquimioterapia como agente proliferativo ao osteossarcoma, o mecanismo de ação desta nova estratégia terapêutica ainda permanece parcialmente desconhecido. Este estudo visa avaliar o possível mecanismo antitumoral, antiproliferativo ou antiangiogênico, da fotoquimioterapia no osteossarcoma vertebral e de calota craniana com impossibilidade de ressecção cirúrgica. MÉTODOS: Células de osteossarcoma humano/MNNG-HOS foram inoculadas diretamente na superfície da calota craniana e vértebra de camundongos atímicos, distribuídos em grupos controle (n=6) e tratado (n=14). Crescimento tumoral foi monitorado diariamente e foram feitos estudos de imagem por cintilografia com MIBI e raio X. Após o tumor atingir volume de 100mm³, os animais do grupo tratado receberam o fotossensibilizador (porfirina BBr2HPP), 72 horas antes da irradiação com 180J, em ciclo único, enquanto os não tratados não foram submetidos a fototerapia. Após a eutanásia foi realizado estudo histopatológico com avaliação de área de necrose, de matriz osteoide, infiltrado inflamatório e imunohistoquímico relacionadas à proteínas de proliferação (ING2) e angiogênese (VASH). Adotou-se nível de significância menor que 5% (p<0,05) para a análise dos resultados. RESULTADOS: Houve redução do crescimento tumoral. Estudos de imagem evidenciaram caráter infiltrativo tumoral com presença de soluções de continuidade na calota craniana e vértebra dos animais e alterações da captação na cintilografia com MIBI nos tumores tratados (p=0,00) evidenciando aumento da área de necrose tumoral (p=0,03) e deposição de matriz osteoide (p=0,05). Houve ausência de diferença na expressão da proteína VASH (p=0.11), enquanto foi evidenciada diminuição na expressão da ING2 (p=0,04). CONCLUSÃO: A fotoquimioterapia se mostra como opção neoadjuvante para o osteossarcoma. Necrose tumoral associada à inibição de proliferação mediada pela ING2 se apresentam como principais mecanismos de ação antitumoral da fototerapia dinâmica.

PALAVRAS-CHAVES: Osteossarcoma | Biomarcadores tumorais | Imunohistoquímica

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2871

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Perfil de Susceptibilidade dos Germes Gram Negativos em Hospital Geral do Estado de São Paulo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAÍS GONÇALVES MENEZES (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO), LUCAS LOPES PIMENTA (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO), JOSE FERNANDO MARQUES CARDOSO (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO), MONICA MAZZURANA BENETTI (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO), AMER ABDUL BASSET EL KHATIB (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO), ELISETE TAVARES CARVALHO (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO), SÉRGIO FEIJÓ RODRIGUEZ (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO), RICARDO LEITE HAYDEN (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO)

RESUMO: Objetivo: os principais protocolos de tratamento das infecções intra-abdominais (IIAs) elencam suporte hemodinâmico, antibioticoterapia correta e controle do foco para obtenção do sucesso terapêutico. A escolha do antimicrobiano depende da fonte da IIA, dos fatores de risco para microrganismos específicos, dos padrões de resistência e condição clínica do paciente. É comum na prática cirúrgica o uso de quinolonas e cefalosporinas de 3ª geração no tratamento de IIAs, no entanto, o desenvolvimento da resistência bacteriana é uma realidade. Torna-se ideal analisar a flora local. Esse estudo teve como objetivo analisar a susceptibilidade dos germes gram negativos aos antimicrobianos e comparar a resistência nas infecções relacionadas à assistência a saúde (IRAS) e comunitárias. Metodologia: análise retrospectiva de culturas positivas para bactérias gram negativas isoladas em pacientes internados na ala cirúrgica deste hospital, no período de janeiro a dezembro de 2016. Os dados e a definição da origem do germe foram fornecidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Os pacientes foram divididos em dois grupos: infecção da comunidade e IRAS. Os germes gram negativos foram subdivididos em: E. coli, Klebsiella sp. e outros. Resultados: das culturas positivas na ala cirúrgica em 2016, 94 germes eram gram negativos. Destes, 34 provenientes de infecções da comunidade e 60 por IRAS. Do primeiro grupo, 12 culturas eram positivas para E.coli, com resistência de 41,66% para ciprofloxacino e 25% para cefuroxima; 6 para Klebsiella sp. com 100% de resistência para cefalosporinas de 3ª geração e quinolonas; 16 classificadas como outras bactérias, com 100% de resistência a cefuroxima e 50% a ciprofloxacino. Do segundo grupo, 16 culturas eram positivas para E. coli, com resistência de 43,75% para cefuroxima e ciprofloxacino e 100% para ceftriaxona; 18 para Klebsiella sp. com 85,72% de resistência para ceftriaxona e 94,44% para ciprofloxacino e cefuroxima; 26 classificadas como outras bactérias, com 100% de resistência para ceftriaxona e 94,45% para cefuroxima. Conclusão: a resistência bacteriana é uma realidade na flora bacteriana avaliada. Os cirurgiões precisam melhorar a gestão antimicrobiana para maximizar o resultado clínico e minimizar a resistência antimicrobiana. Bibliografia: Vallejo M, et al. Clinical and microbiological characteristics of complicated intra-abdominal infection in Colombia: a multicenter study. Rev Chilena Infectol. 2016 Jun;33(3):261-7.

PALAVRAS-CHAVES: Gram negativos | Infecções intra-abdominais | Resistência bacteriana

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2892

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: RUTINA HIDROLISADA: UMA NOVA PROPOSTA PARA PROFILAXIA DO ADENOCARCINOMA DE CÓLON

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATALIA PERES MARTINEZ (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ANA CARLA FRANCO UBINHA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), GIULIA MAZARO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ANA YOSHIE KITAGAWA GRIZOTTO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), YOLLANDA EDWIRGES MOREIRA FRANCO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JOSÉ AIRES PEREIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), PATRICIA DE OLIVEIRA CARVALHO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DENISE GONCALVES PRIOLLI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Objetivo: Determinar se o flavonoide, rutina hidrolisada (RH), obtido por hidrólise enzimática da rutina, apresenta efeito na profilaxia do adenocarcinoma de cólon, prospectando seu possível mecanismo de ação. Método: Trata-se de um estudo in vivo, no qual foi utilizado o xenoenxerto heterotópico de adenocarcinoma de cólon em 13 camundongos atímicos, divididos em 3 grupos: profilaxia, tratamento e controle. No grupo profilaxia, a RH foi administrada por 7 dias antes do implante tumoral; no tratamento, a administração ocorreu após o tumor atingir 1cm³; e no grupo controle, os animais não foram submetidos à ação deste composto. O crescimento tumoral foi avaliado macroscopicamente e quantificado por curvas de regressão sigmoidal. Foi verificada a ação anti/pró-oxidante da RH através da quantificação do malonaldeído (MDA), produzido na peroxidação lipídica, pelo método do TBARS. Testes de imunohistoquímica, quantificando a resposta de proliferação celular (ING2 ? proteína relacionada com inibição do crescimento celular), antiangiogênese (VASH ? inibinas responsáveis pela inibição da angiogênese) e de apoptose (TP53 ? proteína supressora tumoral), também buscaram determinar os possíveis mecanismos de ação da RH. Resultados: Verificou-se maior ação antioxidante da RH quando administrada de forma profilática, em relação ao grupo tratamento. A administração da RH profilática determinou ainda redução do crescimento tumoral quando comparada ao grupo controle (pConclusões: A RH apresenta ação na profilaxia do adenocarcinoma de cólon. Os possíveis mecanismos de ação estão relacionados à atividade antioxidante do flavonoide, à diminuição da imunoexpressão de TP53 mutada e à maior expressão de vasoinibina. Assim, ocorre inibição do crescimento do tumor por limitação ao fluxo de nutrientes e oxigênio (mecanismo farmacológico descrito como VTA) e por indução de apoptose. Bibliografia: ARAUJO, M. E. M. B. et al. Enzymatic de-glycosylation of rutin improves its antioxidant and antiproliferative activities. Food Chemistry, v. 141, n.1, p.266-273, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Rutina| Flavonoides| Neoplasias Colorretais

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2938

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: INCISAO PADRONIZADA NA PAREDE ABDOMINAL PARA RETIRAR O COLON ESQUERDO, EM LAPAROSCOPIAS, REDUZ REAGENTES DE FASE AGUDA NO PÓS OPERATORIO IMEDIATO E TERCEIRO DIA PÓS OPERATÓRIO. ESTUDO EXPERIMENTAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANO ALVES FIGUEIREDO (HOSPITAL DA BALEIA), LUCAS FERNANDES ANDRADE (HOSPITAL DA BALEIA), PEDRO CORRADI SANDER (HOSPITAL DA BALEIA), ADRIANO GUIMARAES FRANCO (HOSPITAL DA BALEIA), DIEGO PEREIRA ZILLE (HOSPITAL DA BALEIA), HENRIQUE DE ANDRADE FERREIRA PINTO (HOSPITAL DA BALEIA), ANDY PETROIANU (HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG), SUYANNE THYERINE DA SILVA LOPES (HOSPITAL DA BALEIA)

RESUMO: A operação laparoscópica permite incisões menores na parede abdominal e grampeadores laparoscópicos permitem a retirada do cólon e a reconstrução do trânsito intestinal com a mesma proficiência da operação realizada por laparotomia. Os autores padronizaram uma incisão para retirada da peça cirúrgica na fossa ilíaca esquerda nas colectomias laparoscópicas. **Objetivo:** Avaliar se, padronização de incisão abdominal, na colectomia esquerda por laparoscopia tem vantagem inflamatória e ou imunológica em relação a colectomia esquerda por laparotomia. **Método:** Realizou-se um estudo com cinco grupos de cinco suínos, após operação de colectomia por laparotomia ou laparoscopia. Grupo A (controle): cinco animais não submetidos a procedimento operatório. B: laparotomia e colectomia esquerda. C: laparotomia somente. D: colectomia esquerda laparoscópica. E: laparoscopia somente. A coleta de sangue aconteceu nos períodos 2 horas e terceiro dia após a operação. As variáveis estudadas foram interleucina 6, hemoglobina, creatinina, albumina, lactato, LDH, leucócitos totais, percentual de monócitos, colesterol total, capacidade total de ligação do ferro, ferro sérico e fibrinogênio sérico. **Resultados:** Os animais do grupo B (colectomia por laparoscopia) apresentaram valores de creatinina ($p = 0,037$), LDH ($p=0,032$), fibrinogênio ($p = 0,001$), leucócitos ($p = 0,037$), monócitos ($p=0,027$) ferro sérico ($p=0,001$) e capacidade total de ligação do ferro ($p=0,002$) alterados no pós operatório. **Conclusão:** Em estudo experimental bem controlado, com incisões padronizadas para retirada de peça cirúrgica pela fossa ilíaca esquerda nas colectomias laparoscópicas, há indícios de resposta inflamatória atenuada em comparação com a colectomia por laparotomia.

PALAVRAS-CHAVES: Laparoscopia | Colectomia | Reação de fase aguda

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2940

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Novo modelo de transplante de ilhotas de Langerhans para a submucosa do fundo gástrico de ratos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YURI JUSTI JARDIM (FMUSP), GUSTAVO HELUANI ANTUNES DE MESQUITA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), LEANDRO RYUCHI IUAMOTO (FMUSP), ALBERTO LUIZ MONTEIRO MEYER (FMUSP), FLÁVIO HENRIQUE FERREIRA GALVÃO (FMUSP), WELLINGTON ANDRAUS (FMUSP), ELEAZAR CHAIB (FMUSP), LUIZ AUGUSTO CARNEIRO DALBUQUERQUE (FMUSP)

RESUMO: Objetivo: O transplante de ilhotas de Langerhans é a alternativa promissora de controle de glicemia para os pacientes com diabetes 1, os quais podem apresentar flutuações de suas glicemias com repercussões clínicas graves. O sítio de enxerto é um dos fatores que têm grande influência no funcionamento do transplante. Nesse âmbito, o estômago aparenta ser um local de implante promissor para o transplante de ilhotas quando comparada a outros locais. O nosso objetivo é descrever um novo modelo experimental para enxerto de Ilhotas de Langerhans no estômago de ratos. Método: O transplante de ilhotas de Langerhans foi feito a partir de 5 ratos machos isogênicos da linhagem Lewis para cada um dos 4 ratos machos isogênicos da linhagem Wistar. A indução da diabetes nos ratos receptores do transplante foi feita utilizando estreptozotocina intravenosa uma semana antes do transplante. Nos ratos Wistar receptores foi feita uma incisão abdominal mediana de 2 cm visando a exposição do estômago. Em seguida foi realizada abertura (1 cm) na grande curvatura, na região do fundo do estômago, através da qual se teve acesso à submucosa estomacal. Foram feitas 2 injeções paralelas da solução contendo as ilhotas na submucosa do fundo gástrico. Para avaliação da função do enxerto, foi realizada a medição da glicemia através de glicosímetro a partir da cauda do roedor, imediatamente após o transplante e diariamente nos dias subsequentes. A normoglicemia foi definida como duas medições sucessivas Resultados: Os resultados obtidos após o transplante de ilhotas para a submucosa gástrica de 4 ratos mostraram um número de ilhotas transplantadas entre 2050 e 2310 unidades (média de 2127). Todos os ratos apresentaram controle satisfatório da glicemia (Conclusão: O enxerto de ilhotas na submucosa do fundo gástrico é um modelo viável e com grande potencial para controle adequado da glicemia. Este modelo viabiliza novas perspectiva para futuras pesquisas nessa área.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante de Ilhotas de Langerhans | Diabetes | Enxerto de ilhotas

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2971

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Xenotransplante de ilhotas humanas em roedores: revisão de literatura das tendências dos modelos experimentais

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEANDRO RYUCHI IUAMOTO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ANDRÉ SILVA FRANCO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), FÁBIO YUJI SUGUITA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), FELIPE FUTEMA ESSU (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), LUCAS TORRES OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), JULIANA MIKA KATO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ALBERTO LUIZ MONTEIRO MEYER (DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ELEAZAR CHAIB (DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: O propósito deste estudo é conduzir uma revisão sobre as tentativas experimentais de xenotransplante de ilhotas de humanos para roedores e organizar os parâmetros envolvidos nelas, com o intuito de analisar as tendências do modelo experimental e viabilidade do procedimento. Métodos: Nesse estudo, revisamos publicações sobre xenotransplantes de ilhotas de humanos para roedores, considerando revisões prévias e estudos experimentais. Resumimos os achados e organizamos os dados relevantes de trabalhos publicados entre janeiro de 2006 até janeiro de 2016. Nosso critério de exclusão foi estudos relacionados a isotransplante, autotransplante e alotransplante, além de artigos que discutiam xenotransplante envolvendo outras espécies. Resultados: Um total de 34 estudos sobre xenotransplantes foram selecionados para revisão, baseados na sua relevância e dados atualizados. Conclusão: Avanços nos estudos que analisam os diferentes sítios de enxerto podem possivelmente superar os desafios da autoimunidade e da rejeição, melhorando a sobrevida do mesmo após o transplante. Esses avanços podem representar uma alternativa para o problema de escassez de doadores de ilhotas para os pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1. Bibliografia: 1. Wu DC, et al. Ex vivo expanded human regulatory T cells can prolong survival of a human islet allograft in a humanized mouse model. *Transplantation*. 2013 Oct 27;96(8):707-16. 2. Noguchi H, et al. Fresh islets are more effective for islet transplantation than cultured islets. *Cell Transplant*. 2012;21(2-3):517-23. 3. Jacobson S, et al. Alloreactivity but failure to reject human islet transplants by humanized Balb/c/Rag2gc mice. *Scand J Immunol*. 2010 Feb;71(2):83-90. 4. Perez-Basterrechea M, et al. Cooperation by fibroblasts and bone marrow-mesenchymal stem cells to improve pancreatic rat-to-mouse islet xenotransplantation. *PLoS One*. 2013 Aug 29;8(8):e73526. 5. Iuamoto LR, et al. Review of experimental attempts of islet allotransplantation in rodents: Parameters involved and viability of the procedure. *World J Gastroenterol*. 2014 Oct 7;20(37):13512-13520. 6. Luo J, et al. Evaluating insulin secretagogues in a humanized mouse model with functional human islets. *Metabolism*. 2013 Jan;62(1):90-9. 7. Gu Z, et al. Injectable Nano-Network for Glucose-Mediated Insulin Delivery. *ACS Nano*. 2013;7(5):4194-201. 8. Noguchi H, et al. Fresh islets are more effective for islet transplantation than cultured islets. *Cell Transplant*. 2012;21(2-3):517-23.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante de ilhotas | Ilhotas de Langerhans | Transplante, heterólogo

FÍGADO

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 442

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ALPPS LAPAROSCÓPICO E POR VIA ABERTA. EXPERIÊNCIA INICIAL COM 30 CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (FMUSP), TIAGO BASSÈRES (HOSPITAL SIRIO LIBANES), RODRIGO CAÑADA SURJAN (FMUSP), FABIO FERRARI MAKDISSI (FMUSP)

RESUMO: OBJETIVO: ALPPS (partição hepática associada à ligadura da veia porta em hepatectomia em dois tempos) por laparoscopia foi relatada em relatos individuais, mas tem sido a opção padrão dos autores desde 2015. Estudo comparativo entre os pacientes submetidos a ALPPS por laparoscopia e aqueles por via aberta. MÉTODO: Uma análise retrospectiva foi realizada utilizando-se um banco de dados prospectivo de julho de 2011 a junho de 2016. A factibilidade de ALPPS laparoscópico foi estudada avaliando as conversões. A mortalidade e as complicações foram analisadas utilizando escore de Dindo-Clavien e o índice de complicações. Tempo de operação, perda de sangue, crescimento volumétrico e tempo de internação hospitalar também foram analisados. A estatística CUSUM também foi calculada. RESULTADOS: Não houve mortalidade e nenhuma complicação grau maior ou igual 3A observado em laparoscópica ALPPS. Dentro do grupo de ALPPS aberto, um paciente morreu após o procedimento e 10 de 20 pacientes tiveram complicações grau maior ou igual a 3A ($p = 0,006$). Não houve insuficiência hepática após ALPPS laparoscópico e dois pacientes submetidos a ALPPS por via aberta desenvolveram complicações que impediram a segunda fase. A permanência no hospital foi menor no grupo de ALPPS laparoscópico. CONCLUSÕES: O ALPPS laparoscópico é viável como procedimento padrão para pacientes com futuro remanescente hepático muito pequeno, e não é inferior à abordagem aberta. O uso da laparoscopia no ALPPS deve ser encorajado a cirurgiões experimentados com laparoscopia complexa.

PALAVRAS-CHAVES: FIGADO | LAPAROSCOPIA | ALPPS

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 443

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: HEPATECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM ACESSO GLISSONIANO: ANÁLISE DE 7 ANOS DE EXPERIÊNCIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (FMUSP), TIAGO BASSÈRES (HOSPITAL SIRIO LIBANES), RODRIGO CAÑADA SURJAN (FMUSP), FABIO FERRARI MAKDISSI (FMUSP)

RESUMO: OBJETIVO: A abordagem laparoscópica padrão para ressecção anatômica do fígado é a dissecação dos elementos do pedículo Glissoniano abaixo da placa hilar. Em contraste, a abordagem Glissoniana identifica os pedículos intra-hepáticos por pinçamento. Foram levantadas preocupações quanto à segurança da abordagem Glissoniana na cirurgia laparoscópica do fígado. O estudo foi realizado para examinar os 7 anos iniciais de experiência em um único centro no que diz respeito à segurança e eficácia. Este estudo compara a abordagem Glissoniana com a abordagem padrão para ressecção hepática laparoscópica em termos de segurança e eficácia. MÉTODOS: Todos os pacientes consecutivos submetidos a ressecções laparoscópicas do fígado de abril de 2007 a abril de 2014 em um único centro de referência para tumores hepáticos foram incluídos. Foi realizada uma comparação observacional entre as ressecções hepáticas laparoscópicas usando técnica Glissoniana e a padrão realizadas pela mesma equipe, mas em diferentes épocas. O desfecho primário foi a segurança dos procedimentos. Os desfechos secundários foram parâmetros de eficácia cirúrgica, tais como tempo de operação, perda de sangue, transfusão de sangue, índice de conversão, duração da hospitalização e margem patológica da amostra. RESULTADOS: Entre 2007 e 2014, foram realizadas 234 ressecções laparoscópicas em nossa instituição, 120 utilizando a abordagem convencional e 114 utilizando a abordagem Glissoniana. Não houve diferença na idade, sexo, tipos de tumores ou co-morbidades entre os grupos. O número de ressecções hepáticas maiores foi superior no grupo Glissoniano, porém houve menos complicações no grupo Glissoniano em comparação com o grupo padrão (p

PALAVRAS-CHAVES: FIGADO | LAPAROSCOPIA | HEPATECTOMIA

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 786

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: O efeito do Extrato Aquoso do *Peumus boldus* sobre a proliferação dos hepatócitos e função hepática em ratos submetidos à hepatectomia alargada

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA GALRÃO DE ALMEIDA FIGUEIREDO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), MARIA BERNADETE GALRÃO DE ALMEIDA FIGUEIREDO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), ERICK SOBRAL PORTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), RAFAEL SILVA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LARA GABRIELLA DULTRA SALES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), DANILO XAVIER AZEVEDO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), IVISON XAVIER DUARTE (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Objetivo: O tecido hepático sofre agressões que podem necessitar de tratamento cirúrgico, como ressecções alargadas. O presente estudo visa avaliar o efeito do extrato do *Peumus boldus* na proliferação dos hepatócitos e mortalidade, após hepatectomias alargadas em ratos. Métodos: 45 ratos foram divididos nos grupos: Sham, HP70, HP80, HP70/100 e HP80/100. O grupo Sham foi submetido, na primeira laparotomia, à manipulação do fígado e os grupos HP70 e HP80, a hepatectomias parciais de 70 e 80%, respectivamente. Os grupos HP70/100 e HP80/100 foram tratados, com 100mg/Kg de EAPB (extrato aquoso de *Peumus boldus*), uma vez ao dia, por via oral, 4 dias antes do primeiro procedimento. Sham e HP foram tratados com água destilada por via oral, em regime semelhante ao dos grupos teste. Após 24 horas foi realizada a segunda laparotomia para a retirada dos fígados do grupo Sham e dos fígados remanescentes dos grupos HP para o estudo da proliferação de hepatócitos, através da imunohistoquímica Ki67. O percentual de sobrevivência ao primeiro ato cirúrgico foi apurado. Características dos grupos foram analisadas por Qui-Quadrado e Student t-Test e dados não gaussianos utilizaram o teste de Mann-Whitney. Significância estatística foi definida como p < 0,05. Resultados: Todos os animais do grupo HP80 foram a óbito, enquanto os do grupo HP80/100 tiveram sobrevida média de 50%. Na análise imunohistoquímica, houve significância na proliferação dos hepatócitos do grupo HP70/100 quando comparados ao HP70. Conclusão: A administração aguda do EAPB reduziu a mortalidade dos animais do grupo HP80/100, com resposta positiva ao estímulo de proliferação dos hepatócitos. Por fim, notou-se significância na regeneração hepática do grupo HP70/100. Bibliografia: ALMEIDA, E.R. Toxicological evaluation of hydro-alcohol extract of dry leaves of *Peumus boldus* and boldine in rats phytotherapy research, v. 14, n. 2, p. 99-102, 2013; WEI W., et al. Rodent models and imaging techniques to study liver regeneration. Eur Surg Res. v. 54, n. 3-4, p. 97-113, 2015; LIMA S.O., et al. Proliferative effect of aqueous extract of *hyptis fructicosa* on liver regeneration after partial hepatectomy in rats Acta Cir Bras., v. 27, n. 1, p. 71-75, 2012; MORTENSEN K.E.; REVHAUG A. Liver regeneration in surgical animal models - a historical perspective and clinical implications. Eur. Surg. Res., v. 46, n. 1, p.1-18, 2011; HUCH M. Regenerative biology. The versatile and plastic liver Nature, v. 517, p.155-156, Jan, 2015;

PALAVRAS-CHAVES: Hepatectomia | Fitoterapia | Proliferação hepática

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 988

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Transplante hepático: experiência inicial

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDUARDO NACUR SILVA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), MARYANA NEVES DE SOUZA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE.), GUSTAVO MIRANDA MARTINS (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), FERNANDO CESAR FERREIRA CALISTRO (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), DANIELA MONÇÃO CHAVES (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), ANA PAULA MOREIRA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), DANIEL ADONAI MACHADO CALDEIRA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), ANDRE LUÍS DE CARVALHO NOGUEIRA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE)

RESUMO: Objetivo: Apresentar os resultados iniciais de um serviço de transplante hepático. Método: Análise retrospectiva dos primeiros 10 transplantes de fígado durante o período de março de 2016 a janeiro de 2017, enfatizando dados epidemiológicos e complicações pós operatórias. Os transplantes foram realizados com doador cadáver. Todos os receptores apresentavam doença hepática avançada e foram classificados com MELD maior que 15, sendo dois casos de hepatite fulminante. A técnica utilizada foi a de piggyback evitando a circulação extracorpórea. Todos os pacientes foram transferidos para o centro de terapia intensiva (CTI) no pós operatório imediato e protocolo de extubação precoce foi implementado. Resultados: A idade média dos pacientes foi de 36,7 anos (17-60anos) sendo duas mulheres e oito homens. A média do escore de MELD foi de 24,8 (18-41). As indicações para o transplante variaram de: doenças autoimunes (40%) como colangite esclerosante primária e hepatite autoimune; um caso de cirrose por deficiência de alfa 1 antitripsina; um caso de cirrose por esteatose hepática não alcóolica; um caso de hemocromatose; dois casos de cirrose por vírus B e dois de hepatite fulminante. O tempo de internação hospitalar variou de um dia a 48 dias, tendo a média de 24,8 dias e o tempo de internação em CTI teve sua média de 11,9 dias (3-39). O tempo de isquemia fria em média foi de 6,3 horas. A principal complicação foi de sangramento pós operatório sendo a maioria acompanhada com tratamento clínico e apenas dois casos necessitando de reoperação. A taxa de sobrevida foi de 80% constatando dois óbitos. Um caso por ruptura de um aneurisma em artéria esplênica e outro por complicações vasculares. Conclusão: uma combinação de avanços na técnica cirúrgica, cuidados pós operatórios intensivos, seleção de receptores e imunossupressores mais específicos vem proporcionando maiores e melhores taxas de sobrevida pós cirúrgica, sendo possível bons resultados no início de um programa de transplante de fígado.

PALAVRAS-CHAVES: transplante hepático | epidemiologia | complicações pós operatórias

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1195

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: AVALIAÇÃO HISTOLÓGICA E IMUNOHISTOQUÍMICA DA BIPARTIÇÃO DO FÍGADO ASSOCIADO À LIGADURA DA VEIA PORTA NA HEPATECTOMIA EM DOIS ESTÁGIOS (ALPPS) PARA O TRATAMENTO DE TUMORES HEPÁTICOS EM CRIANÇAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE OLIVEIRA VERAS (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), JULIANA DE ARAGÃO LAURINDO (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), HENRIQUE DE AGUIAR WIEDERKEHR (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), CAROLINE ARAGÃO DE CARVALHO (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), LUIZ MARTINS COLLAÇO (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A ressecção hepática para o tratamento de extensos tumores do fígado pode ser realizada apenas em uma pequena parcela de pacientes, principalmente devido às altas taxas de insuficiência hepática pós-operatória. Dentre as técnicas que visam aumentar a ressecabilidade dos tumores hepáticos, a técnica de ligadura da veia porta associada à bipartição do fígado para hepatectomia em dois estágios (ALPPS) tem sido recentemente disseminada por induzir uma rápida hipertrofia do fígado remanescente, reduzindo significativamente as complicações decorrentes da cirurgia. OBJETIVO: Avaliação da resposta tecidual do fígado ao procedimento cirúrgico ALPPS através da análise histológica do volume hepático remanescente (FLR), quantificação da regeneração hepática por imunohistoquímica do FLR, além de comparação de nossos resultados com outros estudos da literatura. METODOLOGIA: O estudo foi realizado a partir das biópsias obtidas de cada um dos dois tempos cirúrgicos de 5 pacientes submetidos à técnica ALPPS. Foram confeccionadas 10 lâminas coradas pela Hematoxilina-Eosina para realização da análise histológica e 1 lâmina pela técnica de confecção de blocos teciduais multiamostrais, com todas as biópsias dos pacientes, para marcação imunohistoquímica com o PCNA para fazer a quantificação da regeneração hepática. A análise da resposta tecidual ao procedimento foi feita com base no escore METAVIR, que avalia necrose, inflamação e fibrose hepática, e a quantificação da proliferação celular foi feita a partir da contagem dos núcleos em proliferação marcados pelo PCNA em 10 campos de maior aumento (400x), obtidos aleatoriamente. RESULTADOS: Pela análise histológica, foi possível observar uma tendência à diminuição da fibrose hepática ($p=0,068$) entre os tempos cirúrgicos e não foi observada necrose no segundo tempo cirúrgico. Pela análise imunohistoquímica, observou-se um aumento de 629,4% entre as medianas das quantidades de células em proliferação marcadas pelo PCNA de cada um dos dois tempos cirúrgicos dos pacientes, indicando uma tendência à diferença significativa entre esses valores ($p=0,068$). CONCLUSÃO: Observa-se uma importante resposta tecidual à técnica ALPPS em crianças, com tendência à diminuição da fibrose hepática, ausência de necrose no segundo tempo cirúrgico e uma expressiva regeneração hepática, superior à encontrada na literatura em estudos realizados com pacientes adultos.

PALAVRAS-CHAVES: hepatectomia | neoplasias hepáticas | imuno-Histoquímica

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1229

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ESTUDO DA GASTROPATIA HIPERTENSIVA PORTAL POR MEIO DA ULTRASSONOGRAFIA ENDOSCÓPICA COM CONTRASTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GEORGE FRED SOARES DE MACÊDO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MAURICIO ALVES RIBEIRO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUIZ ARNALDO SZUTAN (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), FABIO GONÇALVES FERREIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: A Gastropatia Hipertensiva portal (GHP) é uma alteração da microcirculação da mucosa e submucosa gástricas associada a padrões mucosos identificáveis por endoscopia, responsável por hemorragia digestiva aguda e crônica em pacientes com HP de qualquer etiologia. Objetivo: Estabelecer os padrões de fluxo na mucosa e submucosa de pacientes com HP por hepatite crônica viral com e sem GHP (GHP) através da ultrassonografia endoscópica com contraste. Método: 20 pacientes com HP por hepatite crônica viral, portadores de varizes esofágicas, sem tratamento endoscópico ou cirúrgico prévios e sem uso de propranolol nas últimas quatro semanas, divididos em dois grupos de 10 (grupo 2 - HP com GHP endoscópica e grupo 1 - HP sem GHP endoscópicas), foram submetidos a ultrassonografia endoscópica (UE) com contraste e a endoscopia com biópsias gástricas. Resultados: Houve evidência de fluxo na mucosa e submucosa através da ultrassonografia endoscópica com contrastes em todos os pacientes do grupo 2 (com HP e GHP endoscópica) e somente em um paciente do grupo 1 (com HP sem GHP endoscópica), apresentando sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo, respectivamente de 100,0%, 90,0%, 90,9%, 100,0%, com significância estatística (pConclusões: A UE com contraste mostra padrões de fluxo distintos para pacientes com HP com e sem GHP endoscópica, sendo presente e intenso nos pacientes com GHP endoscópica (100% dos pacientes) e ausente nos pacientes sem GHP endoscópica (90% dos pacientes).

PALAVRAS-CHAVES: Hipertensão Portal | Gastropatias | Ultrassonografia endoscópica

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1244

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: A eficiência da elastometria hepática e esplênica pelo método ARFI (Acoustic Radiation Force Impulse) em prever varizes esofágicas nos doentes com hepatopatia crônica.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE BERTOLLO FERREIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JOEL SCHMILLEVITCH (CENTRO DIAGNÓSTICO SCHMILLEVITCH), ROBERTO GOMES DA SILVA JR (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANDREA VIEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MAURICIO ALVES RIBEIRO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUIZ ARNALDO SZUTAN (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), FABIO GONÇALVES FERREIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: As hepatopatias viral e alcoólica são as etiologias mais comuns para a hipertensão portal (HP), sendo a variz esofágica (VE) a complicação com maior morbimortalidade. No entanto, ainda hoje não dispomos de métodos não invasivos que indiquem a presença de VE, obrigando a realização da endoscopia digestiva alta sempre que se diagnostica hepatopatia crônica. Objetivo: Avaliar a eficiência dos valores da elastometria hepática e esplênica obtida pelo método ARFI (Acoustic Radiation Force Impulse) em prever varizes esofágicas nos doentes com hepatopatia crônica. Método: Correlacionar os valores médios da elastometria pelo ARFI obtidos no fígado e no baço em 41 pacientes consecutivos do Ambulatório de Hepatologia da Santa Casa de São Paulo com os achados endoscópicos. Foi considerado VE de pior prognóstico aquela com sinais da cor vermelha ou de médio/grosso calibre. Resultados: O estudo das medianas dos valores esplênicos (MVE) evidenciou que a presença de VE foi relacionada com uma média de valores ($3,11 \pm 0,58$ m/s) significativamente ($p = 3,15 \pm 0,504$ m/s) ao grupo sem critérios para VE de pior prognóstico (0.05). A descrição de esplenomegalia ao ultrassom (dado não estipulado ou controlado pelo estudo) teve acurácia de 73%, risco 8x maior ($p=0,014$) e área sob a curva ROC de 0,73 para prever a existência de VE. As plaquetas indicaram diferenças entre os grupos com e sem VE (pConclusão: A elastografia pelo método ARFI consegue prever VE através das análises hepáticas e esplênicas. Já para VE de pior prognóstico, apenas as medidas esplênicas foram capazes.

PALAVRAS-CHAVES: Hipertensão Portal | Elastografia Hepática | Elastografia Esplênica

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1337

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: PROTOTIPAGEM RÁPIDA COMO ADJUVANTE PARA PLANEJAMENTO CIRÚRGICO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO INTERVIVOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE OLIVEIRA VERAS (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), CAROLINE ARAGÃO DE CARVALHO (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), HENRIQUE DE AGUIAR WIEDERKEHR (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), KASSIA FERNANDA CORDOVA (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), BARBARA DE AGUIAR WIEDERKEHR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA), JOSÉ AGUIOMAR FOGGIATTO (UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ), JULIO CESAR WIEDERKEHR (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Desde o primeiro transplante hepático, relatam-se dificuldades em se adaptar o tamanho do enxerto ao doador, especialmente nos casos pediátricos, contribuindo ainda mais para que este procedimento seja tecnicamente difícil e desafiador. Essa condição posteriormente fora denominada de "large-for-size syndrome" e "small-for-size syndrome", e é associada a uma gama de complicações cirúrgicas vasculares e processos infecciosos. Para evitar essas condições, cirurgias de transplante deve adequar o tamanho do enxerto. OBJETIVOS: Criar um modelo 3D através de prototipagem rápida objetivando auxiliar no planejamento cirúrgico do transplante hepático. MÉTODOS: A partir de tomografias de abdome obtida dentre o banco de imagens do Hospital Pequeno Príncipe, foram selecionados 04 pacientes cujo segmento hepático iria ser utilizado no transplante de fígado pediátrico intervivos. Estas imagens, geradas automaticamente no formato DICOM, foram repassadas ao Núcleo de Prototipagem Rápida e Ferramental da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) que, por meio de dois programas, a saber Invesalio e CATIA, converteram em um formato passível à impressão tridimensional (STL). Em seguida, os modelos dos segmentos a serem implantados nos receptores foram impressos por uma impressora especializada. Depois, a comparação foi feita entre os protótipos e as imagens tomográficas. RESULTADOS: Os modelos 3D dos enxertos foram impressos em um tempo médio de 9 horas e 45 minutos, com uma diferença de em média 0,55 mm e com um custo aproximado de 390 reais por protótipo. CONCLUSÕES: Embora é precipitado para atestar a plena utilidade da impressão 3D no transplante de fígado, pode se perceber que esta apresenta grande potencial para ser uma ferramenta auxiliar no planejamento pré-operatório com uma boa relação custo-benefício.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante de fígado | Transplante hepático | Impressão tridimensional

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2251

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Hepatectomia por metástases não colorretais: casos operados entre 2005 e 2015

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), GIOVANNI ZENEDIN TARGA (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), MURILO DE ALMEIDA LUZ (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ANA LUISA BETTEGA (UFPR), DANIELA THAIS LORENZI (UFPR), LARISSA RASO HAMMES (UFPR), FERNANDA STAUB RODRIGUES (UFPR)

RESUMO: Objetivo: Apresentar os dados coletados referentes aos pacientes submetidos a hepatectomia por metástases de câncer no colorretal entre 2005 e 2015. Estudar as características epidemiológicas tentando definir quais os fatores de risco para a doença assim como para o resultado do seu tratamento. Métodos: Os dados foram coletados diretamente do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no formato padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevivência foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram realizadas 33 hepatectomias, sendo 57,6% de mulheres. 41,3% dos pacientes apresentaram histórico de tabagismo e 22,2% de etilismo. 20,8% dos pacientes apresentaram histórico familiar de câncer. 88,8% dos pacientes apresentaram PS 1 e 2. A localização do tumor primário foi muito variável entre os casos (mama, ovário, GIST, estômago, etc). Em 87,9% dos pacientes a hepatectomia foi realizada em menos de 3 segmentos de Couinaud, sendo em 63,6% metástases únicas. Somente 2 pacientes realizaram quimioterapia pre-hepatectomia. Em 6,1% dos pacientes, foi realizada re-hepatectomia. Em 6,1% dos pacientes foi realizada hepatectomia não regrada para metastasectomia. Em 9% dos casos ocorreram complicações transoperatorias graves com sangramento e lesão vascular. 15,1% dos pacientes apresentaram algum tipo de complicação pós-operatória grau 2 e 3 de Clavien-Dindo, sendo que 67% necessitaram reoperação. 39% dos pacientes atingiram remissão em 6 meses, sendo que 27,7% apresentaram progressão da doença. 60,6% dos pacientes estavam vivos após 5 anos. Conclusão: Hepatectomias por metástases de câncer no colorretal apresentam alto índice de complicação cirúrgica devido à complexidade do procedimento, entretanto possibilitam atingir remissão de doença metastática avançada em pacientes antes considerados incuráveis. Um pequeno número de pacientes evoluiu com progressão da doença.

PALAVRAS-CHAVES: câncer colorretal | metástase hepática | cirurgia oncológica

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2255

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Hepatectomia por metástases colorretais: casos operados entre 2005 e 2015

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), FERNANDO H. O. MAURO (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), GERARDO CRISTINO GAVARRETE VALLADARES (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO (UP), CARLOS ARAI FILHO (UP), THATIANE LITENSKI (UP), GABRIELLA EDUARDA JACOMEL (PUC-PR)

RESUMO: Objetivo: Apresentar dados coletados referentes aos pacientes submetidos a hepatectomia por metástases de câncer colorretal entre 2005 e 2015. Estudar as características epidemiológicas tentando os fatores de risco para a doença e para o resultado do tratamento. Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no formato padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram realizadas 61 hepatectomias, sendo 57,4% de mulheres. 45,2% dos pacientes apresentaram histórico de tabagismo e 15,3% de etilismo. 19,5% apresentaram histórico familiar de câncer colorretal. 95,5% dos pacientes apresentaram PS 1 e 2, e 84,6% risco pulmonar grau 1 e 2. 96,6%. O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma em 96,6% dos casos. 29,5% dos pacientes apresentavam metástases sincrônicas. 75,4% dos pacientes apresentavam tumores de reto e sigmoide. Em 77% dos pacientes a hepatectomia foi realizada em menos de 3 segmentos de Couinaud, sendo em 58,6% metástases únicas. Somente 19,7% realizaram quimioterapia pre-hepatectomia. Em 14,8% dos pacientes, foi realizada re-hepatectomia. Em 27,9% dos pacientes foi realizada hepatectomia não regrada para metastasectomia. Em 11,4% dos casos ocorreram complicações transoperatórias graves com sangramento e lesão vascular. 18% dos pacientes apresentaram algum tipo de complicação pós-operatória graus 2 e 3 de Clavien-Dindo, sendo que 45% necessitaram reoperação. 24,6% dos pacientes atingiram remissão em 6 meses, sendo que 62,5% apresentaram progressão da doença. A sobrevida global em 5 anos foi de 64%. Conclusão: Hepatectomias por metástases de câncer colorretal apresentam alto índice de complicação cirúrgica devido à complexidade do procedimento, entretanto possibilitam atingir remissão de doença metastática avançada em pacientes antes considerados incuráveis.

PALAVRAS-CHAVES: câncer colorretal | metástase hepática | cirurgia oncológica

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2307

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Análise do uso de sorafenibe no Carcinoma hepatocelular ? Experiência de 7 anos.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), MAURICIO ALVES RIBEIRO (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), MARIANNE Y. NAKAI (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), ANDREA ZAIDAN DE ALMEIDA BARROS (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), EDUARDO RULLO MARANHÃO DIAS (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), LUIZ ARNALDO SZUTAN (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), FABIO GONÇALVES FERREIRA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO)

RESUMO: Introdução:O câncer de fígado é a terceira causa de morte por câncer, sendo que o carcinoma hepatocelular corresponde a 90-95% destes casos. A grande maioria dos doentes apresenta-se, ao diagnóstico, sem possibilidade de tratamento curativo, restando apenas as opções paliativas (quimioembolização e sorafenibe). Há poucos estudos nacionais acerca do sorafenibe.Objetivo: Analisar a sobrevida dos pacientes que tiveram indicação de uso de sorafenibe, sua evolução e efeitos colaterais.Material e métodos: Estudo retrospectivo dos pacientes portadores de CHC avançado que tiveram indicação de utilização de sorafenibe entre novembro de 2009 e julho de 2016. Realizada análise descritiva e sobrevida pelo Kaplan-Meier com o programa SPSS.Resultados: Setenta e nove pacientes foram incluídos neste estudo, com indicação de receber sorafenibe, sendo 59 homens. A média de idade foi de 60,28 anos. Dos 57 pacientes que tomaram a medicação, 36 apresentaram efeitos adversos, sendo diarreia o mais comum (33,33%), seguido por síndrome mão-pé (21,05%). Desses 57 doentes que receberam a medicação, 23 tiveram que suspender posteriormente (14 por progressão da doença e 5 por piora clínica). O tempo médio de uso foi 7,42 meses. Treze doentes (22,80%) receberam a medicação por mais de 12 meses. A média de sobrevida global foi de 12,9 meses para os pacientes que tomaram a medicação e 76,67 dias para quem não chegou a receber a medicação. Através da análise das curvas de sobrevida, estima-se que 50% dos pacientes que tomaram a medicação estarão vivos após 252 dias, enquanto que no grupo dos pacientes que não receberam, 50% estarão vivos por apenas 48 dias ($p=0,001$). A média de sobrevida dos que tiveram suspensão por piora clínica foi de 334 dias enquanto que os que tiveram suspensão por progressão da doença tiveram uma média de 481,75 dias.Conclusão: O aumento da sobrevida se relacionou com a utilização ou não e o tempo de utilização do sorafenibe. Os efeitos colaterais foram manejados de forma adequada, não havendo suspensão por esse motivo. A suspensão da medicação por progressão da doença deve ter seus critérios revistos em nossa instituição.

PALAVRAS-CHAVES: sorafenibe | carcinoma hepatocelular | câncer de fígado

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2332

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação de pressão portal em doadores de múltiplos órgãos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TERCIO GENZINI (GRUPO HEPATO), NADIA MIE TAIRA (FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA DE SAO PAULO), BEATRIZ HARUMI YUDA NAKAGOME (FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA DE SAO PAULO), FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO (GRUPO HEPATO), LEONARDO TOLEDO MOTA (GRUPO HEPATO), JUAN RAFAEL BRANEZ PAREIRA (GRUPO HEPATO), BEIMAR EDMUNDO ZEBALLOS SEMPETEGUI (GRUPO HEPATO), STEPHANIE MARSCHE LAURIA (FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA DE SAO PAULO), REGINA GOMES DOS SANTOS (HOSPITAL BANDEIRANTES), MARCELO PEROSA DE MIRANDA (GRUPO HEPATO)

RESUMO: A pressão portal é uma importante avaliação da estrutura do fígado desde que o sistema vascular portal e a drenagem venosa hepática não estejam comprometidos. Sua aferição tem sido utilizada principalmente no diagnóstico diferencial de hepatopatias crônicas e na avaliação de cirrótico com hemorragias digestivas alta, visando monitoramento da terapia farmacológica com beta-bloquadores. Doadores de múltiplos órgãos apresentam sistemas vasculares íntegro e a avaliação do fígado é feita pelos critérios clínicos e bioquímicos dos doadores além da visão macroscópica e palpação realizada pelo cirurgião durante a captação, restando a biópsia hepática como opção em caso de dúvidas. Diversos estudos mostram correlação da histologia com a pressão portal, mas as logísticas são completamente diferentes em favor da pressão portal. Este estudo visa avaliar a pressão portal dos doadores de múltiplos órgãos através de medição direta cateterização da veia portal durante captação de múltiplos órgãos. Material e Método Entre maio de 2013 e fevereiro de 2017, foram realizados 391 captações de fígado para transplante a partir de doadores em morte encefálica. Em 65 (16,6%) foram aferidas medidas de pressão portal. A pressão portal foi medida através de cateterização da veia porta com cânula de perfusão, que foi conectada ao monitor disponível, que monitorava as condições hemodinâmicas do doador, com transdutor posicionado na altura da linha axilar média, imediatamente antes do clampeamento da aorta e da infusão das soluções de preservação. Resultados Entre os 65 doadores, 38 (59%) eram do sexo masculino e a idade variou de 9 a 76 (média 45,15). O peso variou de 50kg a 110kg (média 74,55) e o IMC de 17,5 a 41,6. A principal causa de morte foi TCE em 22 casos (33,84%). 6 eram diabéticos (9%) e 23 hipertensos (35%). 14 apresentavam histórico de etilismo (21%). ALT variou de 7 a 2134 (média 116), AST de 11 a 4028 (média 168), GGT de 12 a 523 e BT de 0,19 a 3,36. No momento da medição, a pressão portal variou de 2 a 20 (média 9,3). 25 (38,5%) apresentaram pressão portal acima de 10 mmHg, 4 com IMC >30 e 7 (28%) com história de etilismo. Conclusões 38% dos doadores em morte encefálica apresentavam aumento da pressão portal no momento da captação, 28% dos quais com história de etilismo. 27,7% dos doadores deste grupo apresentavam hipertensão portal mesmo sem histórico de etilismo.

PALAVRAS-CHAVES: Captação de fígado | Pressão Portal | Doadores de múltiplos órgãos

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2813

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Hepatectomia Laparoscópica ? Experiência Inicial de Um Único Grupo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATALIA SARACENI (HOSPITAL BANDEIRANTES), LEANDRO TRAMA (HOSPITAL BANDEIRANTES), GIOVANNA RICCIOPPO DIEGUES (HOSPITAL BANDEIRANTES), FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO (HOSPITAL BANDEIRANTES), FERNANDA RIBEIRO DANZIERE (HOSPITAL BANDEIRANTES), GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM (HOSPITAL BANDEIRANTES), MARCELO PEROSA DE MIRANDA (HOSPITAL BANDEIRANTES), TERCIO GENZINI (HOSPITAL BANDEIRANTES)

RESUMO: Introdução: A primeira ressecção hepática documentada no ocidente foi realizada em 1890 por McLane Tiffany no Hospital Johns Hopkins nos EUA. Quase 100 anos se passaram para que o desenvolvimento técnico-cirúrgico , anestésico e tecnológico tornassem este procedimento seguro, sendo por muitos cirurgiões abdominais considerado a última fronteira a ser conquistada. Entretanto, o rápido desenvolvimento da laparoscopia e os novos recursos desenvolvidos a cada ano, tornaram a transição da cirurgia aberta para laparoscópica mais segura e suas indicações se ampliaram e tornaram-se cada vez mais aceitas. Objetivo: análise das primeiras 35 hepatectomias laparoscópicas realizadas por cirurgiões de um único grupo. Material e Métodos: análise retrospectiva de prontuários de 35 pacientes submetidos à hepatectomias (ressecção de pelo menos 2 segmentos hepáticos), no Período de 2011 a 2016. Foram excluídas nodulectomias, tumorectomias, biópsias incisionais, ressecções de cistos e segmentectomias de apenas 1 segmento. Resultados: Houve crescimento das indicações ao longo do tempo, sendo realizados 2 casos em 2011 e 12 casos em 2016. As principais doenças que levaram à ressecção foram adenoma, hemangioma, hiperplasia nodular focal, cistoadenoma mucinoso, litíase intra-hepática, hiperplasia linfóide, carcinoma hepatocelular, metástase colorretal, colangiocarcinoma, adenocarcinoma de vesícula biliar e as cirurgias realizadas foram Hepatectomia puramente laparoscópica, Vídeo assistida (Hand Assisted) ou Híbrida. O tempo cirúrgico médio foi de 270 minutos e o sangramento estimado foi de 391ml, sendo realizadas transfusões em 7 casos (20%). Utilizou-se manobra de Pringle em 7 casos, grampeadores em 24 casos e bisturi harmônico em 30 casos. A cola biológica foi empregada em 16 casos. O tempo de internação médio foi de 5,1 dias e não houve mortalidade perioperatória até 30º PO. 7 pacientes eram cirróticos e a taxa de conversão foi de 20%. Conclusão: A hepatectomia laparoscópica é um procedimento seguro e eficaz no tratamento de tumores hepáticos, cujas indicações estão se expandindo com resultados promissores.

PALAVRAS-CHAVES: Hepatectomia | vídeolaparoscopia | Tumor hepático

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 3002

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: HIPERTENSÃO PORTAL ESQUISTOSSOMÓTICA - CONDUTA CONSERVADORA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VALDINALDO ARAGAO DE MELO (CBC - UFS - UNIT), MAYRA SOUZA CHAGAS (UFS), ANNA MARIA FONSECA ALBUQUERQUE (UFS), LEOMARQUES ACIOLE BOMFIM JÚNIOR (UNIT), FLÁVIA BAPTISTA DE ALMEIDA FARO (UNIVERSIDADE TIRADENTESQ), LUSEITON DOS SANTOS SILVA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), JONATHA MAURÍLIO LEITE SALES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), DIEGO CARVALHO MACIEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE)

RESUMO: INTRODUÇÃO - A cirurgia de hipertensão portal esquistossomótica sempre foi o tratamento mais indicado para o controle da hemorragia digestiva por varizes esôfago-gástricas e cura do hipereplenismo. A evolução da endoscopia digestiva com erradicação das varizes do esôfago tem mudado esta conduta. OBJETIVO - Avaliar os resultados tardios do tratamento conservador para a hipertensão portal esquistossomótica. METODOLOGIA - Estudo prospectivo, realizado no Hospital Universitário da UFS. Casuística - 21 pacientes portadores de hipertensão portal esquistossomótica foram submetidos a erradicação de varizes de esôfago através ligadura elástica por endoscopia digestiva e foram acompanhados durante o período de 6 anos. todos tinham contagem de plaquetas superior a 50000 e não tinham indicação de esplenectomia. A análise dos dados foi descritiva. RESULTADOS- Dos 21 pacientes acompanhados, 10 (47,6%) tiveram sangramento digestivo prévio. Necessitaram de 8 sessões para erradicação das varizes e um tempo médio de 1,2 anos. A taxa de recidiva foi de 9,5%. Estes casos foram submetidos a novas sessões até a erradicação. Não houve alteração na contagem das plaquetas. CONCLUSÕES - A erradicação de varizes em pacientes que não apresentam hiperesplenismo permite a realização de tratamento não cirúrgico. A taxa de recidiva das varizes é baixa.

PALAVRAS-CHAVES: Hipertensão Portal | Tratamento | Esquistossomose

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 3117

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Ressecção hepática nas metástases não-colorretais e não-neuroendócrinas: avaliação prognóstica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDUARDO RULLO MARANHÃO DIAS (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), MAURICIO ALVES RIBEIRO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANA LUIZA MANDETTA PETTENGILL (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), ANDRE SOARES GALLO (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), ANDREA ZAIDAN DE ALMEIDA BARROS (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), FABIO GONÇALVES FERREIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUIZ ARNALDO SZUTAN (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: O tratamento das metástases colorretais e neuroendócrinas (MCNE) está bem estabelecido. Avanços nos resultados cirúrgicos, anestésicos, nos cuidados pós-operatórios e na quimioterapia tem contribuído para que a ressecção hepática devido a metástases de outros sítios sejam também indicadas. René Adam et al. analisaram 1452 casos de metástases não-colorretais e não-neuroendócrinas (MNCNNE) e elaboraram um modelo prognóstico para selecionar os doentes, buscando atingir resultados de sobrevida em cinco anos semelhantes às MCNE. O modelo prognóstico se baseia em 6 variáveis, pontuadas, que incluem: hepatectomia maior ou menor, ressecção completa ou não, metástase extra-hepática, idade, tempo livre de doença entre o tratamento do tumor primário e o surgimento da metástase hepática e localização do tumor primário. No estudo, pacientes com 0 a 3 pontos apresentaram sobrevida em 5 anos maior que 30%; com 4 a 6 pontos, 10 a 30% e aqueles com mais de 6 pontos, menor que 10%. O objetivo deste trabalho é comparar os resultados de sobrevida dos pacientes submetidos à ressecção de MNCNNE com os resultados da literatura. Aplicamos o índice prognóstico em um grupo de pacientes submetidos a hepatectomias de MNCNNE da nossa instituição. Foram analisados treze pacientes, com predomínio do sexo feminino (53%). A média de idade foi de 56,4 anos (30-71 anos), sendo 69% na faixa etária dos 30 a 60 anos. O tempo médio de acompanhamento foi de 4,8 anos. Os pacientes foram divididos em 3 grupos conforme o modelo prognóstico de René Adam et al: 0 a 3 (grupo 1), 4 a 6 (grupo 2) e maior que 6 pontos (grupo 3). Foi feita análise da sobrevida de cada grupo. A sobrevida global em 1 ano foi de 63% e em 5 anos, de 27%. A sobrevida em 1 ano de cada grupo (1, 2 e 3) foi, respectivamente, de 100%, 66% e 0%. A sobrevida em 5 anos desses mesmos grupos foi, respectivamente, de 100%, 22% e 0%. O trabalho evidencia boa correlação entre o índice prognóstico e a sobrevida de nossos doentes, não sendo possível, entretanto, devido ao pequeno número de casos, correlacionar os dados estatisticamente. De fato, consideramos que há uma perspectiva semelhante à experiência relatada na literatura colaborando para a melhora na qualidade de vida e sobrevida de nossos pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Metástase não-colorretal e não-neuroendócrina | Ressecção hepática | prognóstico

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1424

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Inguinodinia na Hernioplastia inguinal por videolaparoscopia transabdominal pré-peritoneal (TAPP)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS (GASTROMED), LEANDRO CARDOSO BARCHI (GASTROMED), EDSON RODRIGUES FILHO (GASTROMED), THAYLA KRUGER AMARAL (GASTROMED), ANTONIO GRIMAILOFF JUNIOR (GASTROMED), EDUARDO LINS LIMA (GASTROMED), DANILO BUGALHO GALDIANO (GASTROMED), BRUNO ZILBERSTEIN (GASTROMED)

RESUMO: Objetivo: Comparar a manifestação de dor pós-operatória (DPO) em pacientes submetidos a hernioplastia inguinal videolaparoscópica transabdominal pré-peritoneal (TAPP) em função da fixação mecânica da tela com aplicação de grampos absorvíveis ou adesivo tecidual de cianoacrilato. Método: Estudo prospectivo tipo coorte. Foram estudados 99 pacientes com hérnia inguinal, com idade média de 49 ± 14 anos, 90 (91%) de homens, 44 (40%) com hérnia bilateral, separados em dois grupos: Grupo A (adesivo=28) e Grupo G (grampo=71). Para análise da DPO foi usada a escala visual analógica (EVA). Foi realizada avaliação complementar com questionário de dor McGill no 1º, 7º, 30º e 180º dia pós-operatório. Foi utilizada o teste de Man-Whitney para análise estatística. Resultados: A DPO aguda ocorreu em 7 pacientes no 1º dia no grupo A ($2,6 \pm 1,6$ na EVA) e em 21 pacientes do grupo G ($3,4 \pm 2,9$ na EVA). Observou-se dor mais intensa quando foram utilizados 8 ou mais grampos, com diferença estatística significativa ($5,4 \pm 2,7$ $p=0,02$). Não houve diminuição da DPO nos dias 7º, 30º e 180º entre os grupos. Houve maior indicação de descritores de dor sensitiva no questionário McGill para o grupo G. As complicações foram: seroma no grupo A: 2 (16%) casos e no G: 4 (10%) casos e hematoma testicular/peniano no Grupo G: 6 (15%) casos. Não houve recidiva em nenhum dos grupos. Conclusão: A técnica de fixação de prótese com uso de adesivo a base de cianoacrilato reduziu a inguinodinia aguda no primeiro PO, favorecendo a diminuição da incidência de hematomas. Referências: 1. Löfgren J, Makumbi F, Galiwango E, Nordin P, Ibingira C, Forsberg BC, Wladis A. Prevalence of treated and untreated groin hernia in eastern Uganda. *British Journal of Surgery*. 2014; 101 (6): 728-734. 2. Stavros AA, Gernot K, George AA, Muysoms, Filip E, Grandrath FA, Pointner R. Meta-analysis of randomized trials comparing nonpenetrating vs mechanical mesh fixation in laparoscopic inguinal hernia repair. *The american journal of surgery*. 2016; 211: 239-249. 3. Minossi JG, Minossi VV, da Silva AL. Manejo da dor inguinal crônica pós-hernioplastia (inguinodinia). *Rev. Col. Bras. Cir.* 2011; 38 (1): 059-065.

PALAVRAS-CHAVES: Inguinodinia | Hernioplastia inguinal videolaparoscópica TAPP | Fixação tela

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1433

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: TERATOMA DE OVÁRIO COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE APENDICITE AGUDA EM HOSPITAL ESCOLA DO RIO GRANDE DO SUL: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DORIS MEDIANEIRA LAZAROTO SWAROWSKY (UNISC), DANIELA DE MORAES (UNISC), THOMAS DIAS SOUTO GRAVI (UNISC), MANOELA SUZANA PERSCH (HOSPITAL SANTA CRUZ), RAFAEL LUIZ DONCATTO (HOSPITAL SANTA CRUZ), INÁCIO SWAROWSKY (UNISC), GUSTAVO LAZAROTO SWAROWSKY (PUCRS), ALESSANDRA CAREN FREY (UNISC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A dor abdominal é uma queixa frequente nas unidades de emergência e o seu diagnóstico deve receber especial atenção quando se trata de idosos e de mulheres em idade reprodutiva¹. A apendicite aguda é uma emergência com a maior taxa de erros diagnósticos, sendo que a inconsistência de gravidade e achados é maior em idosos e mulheres em menacme². Diante deste contexto, segue um relato de caso sobre dor abdominal em fossa ilíaca direita (FID) no menacme. RELATO DE CASO: Paciente J. R, feminina, branca, 24 anos, previamente hígida, nulípara, encaminhada ao serviço de Emergência do Hospital Santa Cruz em Santa Cruz do Sul ? RS dia 20/01/17 para avaliação cirúrgica por suspeita de apendicite aguda, devido à dor em FID iniciada em 19/01/17. Evoluiu nas primeiras 24 horas com vômitos, inapetência e progressão da intensidade da dor localizada em FID. Sem alteração de hábito intestinal e sem queixas ginecológicas. Apresentava disúria e redução do volume urinário. B-HCG não reagente e EQU sem particularidades. Realizada US que evidenciou massa em ovário direito. Realizada tomografia abdominal (TC) para elucidar o caso, que confirmou a presença de massa ovariana direita, pediculada, de aproximadamente 10 x 12 cm com diferentes densidades em seu interior, compatíveis com tecido adiposo, ósseo e dentário, sugerindo teratoma ovariano. Paciente foi submetida à laparotomia mediana infra-umbilical e identificado massa com torção anexial. Retirada a peça e anexos à direita, sem intercorrências. A paciente apresentou boa evolução pós operatória e exame anatomopatológico confirmou o teratoma ovariano. CONCLUSÃO: O abdome agudo em mulheres no menacme deve conter uma investigação clínica detalhada e a abordagem da anamnese ginecológica é indispensável. A evolução clínica de vômitos, inapetência e dor em FID indica uma possível apendicite aguda, porém a clínica foi elucidada com a realização de US e TC de abdome, o que permitiu a melhor planejamento cirúrgico com bases oncológicas. REFERÊNCIAS:1. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. Emerg Med Clin North Am 2003; 21:61-72.2. Hatipoglu S, Hatipoglu F, Abdullayev R. Acute right lower abdominal pain in women of reproductive age: Clinical clues. World J Gastroenterol 2014 Apr;20(14):4043-9

PALAVRAS-CHAVES: ABDOME AGUDO | APENDICITE | TOMOGRAFIA ABDOMINAL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2157

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Níveis de estresse entre médicos especialistas são menores do que todas as outras etapas da carreira médica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), BRUNA ARCOVERDE ABBOTT (UFPR), JEAN RAITZ NOVAIS (UFPR), JESSICA ROMANELLI AMORIM DE SOUZA (UFPR), LUIS FERNANDO SPAGNUOLO BRUNELLO (UFPR)

RESUMO: Objetivo: A vida em medicina requer total dedicação dos profissionais, e abandono da liberdade pessoal durante a vida. Historicamente, cirurgiões são mais vulneráveis que os clínicos, e o desgaste físico é, algumas vezes, a causa de recém-formados não escolherem a cirurgia como especialidade. Nós conduzimos esse estudo para medir a percepção de qualidade de vida entre preceptores de especialidades cirúrgicas comparados com aqueles de especialidades não cirúrgicas. Métodos: Um estudo transversal foi conduzido durante o período de fevereiro até abril de 2016. Preceptores foram submetidos a questionário voluntário, de preenchimento online. Um questionário validado pela Organização Mundial de Saúde sobre qualidade de vida, que consistia em 26 perguntas foi usado: as duas primeiras eram sobre qualidade de vida geral, e as outras 24 cobrindo quadro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Os médicos preceptores foram divididos em 2 grupos: 1) Especialidades cirúrgicas (Cir) e 2) Especialidades não-cirúrgicas (Cli). Foi realizada análise de dados com porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analisadas com o teste t Student e variáveis discretas com o teste qui-quadrado. Resultados: 653 entre estudantes, doutorandos, residentes e médicos responderam ao questionário. A qualidade de vida geral foi regular: entre 3 ? 3.9 (do total de 5). Apesar da qualidade de vida global similar, quando comparamos o ambiente os médicos tiveram melhor qualidade de vida (3.85) que doutorandos (3.47, $p = 0.03$) e residentes (3.34, $p = 0.028$); quando comparamos o domínio psicológico, médicos obtiveram melhor qualidade de vida (3.88) do que doutorandos (3.41 $p=0.022$). Além disso, a média de estresse entre os médicos foi 15.98, que foi menor quando comparada aos estudantes (21.65 $p=0.038$), doutorandos (19.92 $p=0.017$) e residentes (19.67 $p=0.027$). Conclusão: A qualidade de vida global entre os estudantes, doutorandos, residents e médicos foi regular. Entretanto, os níveis de estresse só melhoram com o decorrer da graduação.

PALAVRAS-CHAVES: estresse | qualidade de vida | médicos

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2171

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Quebra de paradigma: estresse na carreira médica é menor entre cirurgiões

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), BRENO LOPES PORTO (UFPR), MARCIO CANEVARI FILHO (UFPR), MARINA NARDELLI GOES (UP), PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES (PUC-PR)

RESUMO: Objetivo: Médicos são conhecidos por ser mais estressados do que a população em geral devido a responsabilidade do seu trabalho e também pela dificuldade em entrar no curso de Medicina. Nós realizamos esse estudo para avaliar a evolução do nível de estresse entre os médicos em diferentes fases da vida. Métodos: Trata-se de um estudo transversal descritivo e comparativo. Durante o período de Fevereiro e Abril de 2016, foi aplicado questionário online em estudantes pré-universitários, estudantes de medicina, internos, residentes e médicos pós-residência, os quais autorizaram participação no estudo. Foi utilizado um questionário validado contendo perguntas para avaliar o nível de estresse a que eles haviam sido submetidos durante os últimos 30 dias antes da avaliação e, com base na resposta formulou-se uma escala de estresse a qual foi comparada com o grupo controle da mesma faixa etária (Grupo controle A: população Americana e grupo controle B: população de professores no Sul do Brasil). As análises foram realizadas com porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste de t-Student. Variáveis discretas foram analisadas pelo teste de qui-quadrado. Resultados: 819 pessoas responderam o questionário. A média de idade foi 25,42 anos, sendo 45,2% homens e 54,7% mulheres; Foram 166 estudantes pré-universitários, 285 estudantes de medicina, 117 internos, 97 residentes e 88 médicos pós-residência. O percentual de estresse global foi de 23,87; 21,65; 19,92; 19,67 e 15,98, respectivamente. Esses valores foram comparados com o grupo controle, de percentual de 14,2 no período pré-universitário até a residência e 12,6 para preceptores e grupo controle B com percentual de 21,3 e 17,2, respectivamente. Em uma escala comparativa com o grupo controle, houve uma diminuição global no nível de estresse. Quando dividido entre participantes com atividades clínicas e cirúrgicas, o estresse de participantes da clínica foi prevalente em relação aos cirúrgicos. Em ambas as análises, o estudo mostrou que a formação médica, independente da especialidade, apresenta níveis mais altos de estresse do que o grupo controle A. Conclusão: Nós concluímos pelo estudo que o nível de estresse tende a diminuir ao longo da formação médica, mas permanece acima dos valores presentes na população americana em geral, principalmente níveis mais altos dos clínicos em relação aos cirurgiões.

PALAVRAS-CHAVES: estresse | cirurgiões | qualidade de vida

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2275

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: TEAM BASED LEARNING (TBL) NO ENSINO DE CIRURGIA: AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO PELOS DISCENTES.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL RAPHE (FACERES), CARLOS DARIO DA SILVA COSTA (FACERES), FELIPE COLOMBELI PACCA (FACERES), RONALDO GONÇALVES DA SILVA (FACERES), TOUFIC AMBAR NETO (FACERES), PATRICIA MALUF CURY (FACERES)

RESUMO: Objetivo: Avaliar a percepção dos alunos frente à metodologia do TBL em uma disciplina de Habilidades em Raciocínio Diagnóstico em Clínica Cirúrgica (HRDCC) em um curso de graduação em medicina. Método: Um questionário de 37 questões foi elaborado e aplicado aos discentes de duas turmas consecutivas do oitavo semestre do curso de medicina ao final da disciplina de HRDCC. Dentre os quesitos avaliados, destacam-se aqueles relacionados à metodologia aplicada e ao desempenho do aluno (autoavaliação). Para cada quesito foi dada uma nota de zero a cinco, sendo esta a ordem crescente de satisfação. Resultados: Em relação à metodologia, os alunos se sentiram moderadamente motivados para a fase de preparação (média 3,1) e para seu envolvimento nas atividades do TBL (média 2,9). Avaliaram também como moderada a capacidade da metodologia em facilitar o aprendizado (média 3,1), em melhorar a habilidade de estudo (média 2,7) e em contribuir para o aprendizado (média 2,7). Quanto ao seu desempenho, avaliaram como seguros na retenção do conteúdo (média 3,0), e consideraram que contribuíram ativamente com sua equipe cumprindo os compromissos de trabalho (média 3,5), participando da aula (média 3,9), integrando-se com os colegas de equipe (média 4,2), incentivando suas opiniões (média 3,9), discutindo múltiplos pontos de vista antes da decisão por uma resposta final (média 4,1) e respeitando pontos de vista diferentes (média 4,2). Conclusões: O TBL visa à facilitação do aprendizado de forma ativa através de estudo prévio intenso e do compartilhamento do aprendizado adquirido individualmente. O uso do TBL no ensino de um tema abrangente como a clínica cirúrgica, mesmo que com enfoque no raciocínio diagnóstico, torna a metodologia de certa forma avessa ao perfil de grande parte dos graduandos de medicina. Mesmo assim, pode-se perceber a boa aceitação ao método aplicado. A integração e discussão de ideias mostraram-se, no entanto, muito efetivas, o que vem ao encontro das necessidades do futuro profissional médico.

PALAVRAS-CHAVES: ENSINO | CIRURGIA | TEAM BASED LEARNING

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2412

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: EXPERIÊNCIA OPERATÓRIA DOS RESIDENTES DO PROGRAMA DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL ALBERT EINSTEIN

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), MILTON STEINMAN (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), CAMILA ALOISE CRUZ (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), FELIPE MARTIN BIANCO ROSSI (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), PAULO MARCOS LONGUINI MAZILI (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: Objetivo Relatar o número de procedimentos cirúrgicos assistidos pelos residentes de Cirurgia Geral do Hospital Albert Einstein ao longo de 11 meses do programa. Métodos Coleta de dados, a partir de formulário eletrônico utilizado para registro dos procedimentos, com descritores como tipo de procedimento, posição do residente na cirurgia (cirurgião principal, 1º ou 2º auxiliar, instrumentador e observador), estágio vigente e assistente responsável, no período entre 01 de Março de 2016 a 31 de Janeiro de 2017. Resultados Os residentes acompanharam um total de 1.426 cirurgias no período analisado, considerando todas as categorias. Destas, 932 foram acompanhadas na categoria de Cirurgião principal/Primeiro auxiliar. Realizaram 218 cirurgias por via laparoscópica e 714 por via convencional. No mesmo período, realizaram 265 cirurgias em serviços de urgência e 667 eletivas. Cada residente do primeiro ano realizou em média 203 procedimentos como cirurgião principal/primeiro auxiliar e os residentes do segundo ano realizaram em média 133 cirurgias na mesma categoria, sendo maior o número de cirurgias eletivas e laparoscópicas em relação aos residentes do primeiro ano. Os residentes acompanharam 22 cirurgias Robótica no período na categoria de observador. Discussão Os números de procedimentos realizados por residente em nosso serviço foi compatível com a literatura estrangeira. Observamos ainda em nossos dados que as cirurgias eletivas e laparoscópicas, foram em sua maior parte realizadas pelos residentes do segundo ano, o que pode estar diretamente relacionado ao ganho de habilidade e segurança destes residentes após o primeiro ano de residência. Conclusão O uso de ferramentas para o registro de procedimentos realizados pelos residentes de cirurgia geral poderia fornecer informações interessantes, principalmente relacionada a análise da atual situação do treinamento dos residentes de Cirurgia Geral em nosso país. Devem ser desenvolvidos métodos para permitir que os cirurgiões atinjam um bom nível de competência em procedimentos comuns e frequentes ao Cirurgião Geral. Ressaltamos a necessidade da repetição exaustiva e supervisionada a fim de garantir necessidade de determinar objetivamente se os residentes estão realmente conseguindo competência básica nessas operações. A divulgação desses dados pelos diversos serviços, públicos ou privados, tornaria possível estabelecer padrões cirúrgicos mensuráveis na prática dos residentes.

PALAVRAS-CHAVES: residência | cirurgia geral | formulário eletrônico

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2602

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: HIPERIDROSE REFLEXA: incidência, nível cirúrgico abordado e qualidade de vida após simpatectomia por termo-ablação

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLA GABRIELA MELO VIEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS), EDSON ANTONACCI JR. (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Objetivo: Analisar o desenvolvimento de hiperidrose compensatória/reflexa em pacientes operados por simpatectomia na cidade de Patos de Minas, correlacionando-a ao gânglio abordado, bem como à qualidade de vida e grau de satisfação pós-operatórias destes. Método: A prática deste trabalho deu-se de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinque e da Resolução no 196/96 do Ministério da Saúde. Foram avaliados 68 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de hiperidrose primária em dois hospitais do serviço particular de Patos de Minas, de janeiro de 2013 a setembro de 2016. Por meio da análise sistemática de prontuários fez-se contato telefônico e aplicação de questionário auto-aplicado idealizado pelos autores e dotado de questões (12) acerca de situações da vida social e pessoal antes e após a operação, potencialmente enquadradas às variáveis ?muito ruim/mal?, ?ruim/mal?, ?indiferente?, ?boa/bem?, ?muito boa/bem?, bem como dados pessoais pertinentes à investigação, como elementos antropométricos, sexo e faixa etária. O estudo das informações recorreu ao programa Statistical Package for the Social Sciences 17 (SPSS 17). Resultados: Dos contatados, 52,9% são mulheres e 47,1% são homens. A maior parte dos procedimentos foi realizada nos anos de 2014 e 2015 (29,6% e 33,8%, respectivamente). A idade média dos pacientes operados foi de 28,12 anos. Os locais mais acometidos por hiperidrose primária foram axilas e mãos, em 73,5% e 34,8% dos casos, respectivamente. Examinou-se uma porcentagem de hiperidrose reflexa ou compensatória igual a 88,2% dos pacientes de forma moderada em 41,7% das vezes. Contradiz-se, com a cirurgia mais eleita, e conservadora (T3 e T4), denotando o caráter complexo e desconhecido da fisiologia dessa forma de hiperidrose. Os sítios mais acometidos pela forma compensatória são costas (33%), o abdome (22%) e as coxas (16,5%). A principal motivação para o procedimento foi o incômodo. A bromidrose foi estimada em 41,2% dos entrevistados. 46,3% vê-se satisfeitos, seguidos pelos pacientes ?muito satisfeitos? (39%). Conclusões: cabe ao contexto o incentivo à pesquisa, sobretudo em serviços de grande monta, e reprodução de números expressivos, respeitando a boa prática da Medicina Baseada em Evidências no Brasil. FURIAN, Marcos Bessa. Complicações da simpatectomia. 2015. KANG, D. W. W. et al. Diretrizes para a Prevenção, Diagnóstico e Manejo da Hiperidrose Compensatória. 2015

PALAVRAS-CHAVES: hiperidrose | hiperidrose compensatória | simpatectomia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2620

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Elaboração de Manual Didático em Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica: Um Relato de Experiência

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DOUGLAS AKIHIRO TUNGUI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL), ARTUR GUIMARAES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL), RICARDO COSTA MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL), FRANCISCO WESLEY VIEIRA DE CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL), ANDERSON DIAS ARRUDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL), FLAVIANY MARIA SANTIAGO FORTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A existência de estratégias de ensino-aprendizagem que possam fomentar o desenvolvimento individual e coletivo de conhecimentos, habilidades e atitudes irá influenciar de sobremaneira o desenvolvimento discente em habilidades específicas, como por exemplo, no campo da clínica cirúrgica em gastroenterologia. Dentre essas estratégias, é lícito enfatizar a atividade de projetos de elaboração de materiais didáticos, que representa uma experiência acadêmica onde o discente pode contribuir para a melhoria pedagógica, técnica e científica do ensino dentro da Universidade. Neste sentido, a presente proposta tem como meta produzir um Manual de Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica pelo projeto de extensão Núcleo Acadêmico de Gastroenterologia e Nutrologia de Sobral (NAGEN) representa uma ferramenta diária na prática dos profissionais da área de saúde. **RELATO DO CASO:** O Manual de Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica consiste em uma obra completa que enseja um entendimento sólido dos fundamentos da gastroenterologia com o intuito de facilitar o aprendizado apresentando um texto mais conciso e objetivo. Sua elaboração foi iniciada em junho de 2015, com a participação de acadêmicos de Medicina e residentes de cirurgia geral, sob a orientação de um professor doutor em Cirurgia. O Manual apresenta os seguintes capítulos: Hemorragias Digestivas Alta e Baixa, Doenças Inflamatórias Intestinais, Colescistite, Neoplasia de Cólon, Constipação Intestinal, Neoplasias Hepáticas, Pancreatite Aguda, Abdome Agudo, Testes Laboratoriais, Dispepsia, Apendicite Aguda, Tumor de Apêndice, Imaginologia em Gastroenterologia, Tumor de Estômago, Cirrose e Hipertensão Portal, Pólips e Divertículos e Síndrome do Intestino Irritável. Desta forma, esse manual pretende converter informações complexas em raciocínios claros e objetivos, facilmente entendidos pelos leitores, utilizando-se para isso, fluxogramas simples, tabelas, quadros de conceitos e observações. **CONCLUSÃO:** O livro do NAGEN vem para cumprir o objetivo de incrementar os conhecimentos dos estudantes acerca das principais afecções clínico-cirúrgicas em gastroenterologia. Por ser um material produzido por estudantes entende-se que a didática utilizada seja especialmente voltada para este público, compreendendo virtuosidades da leitura de um material de medicina de modo a ganhar espaço entre os acadêmicos.

PALAVRAS-CHAVES: educação médico-cirúrgica | gastroenterologia | material didático

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3010

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: IMPLANTE DE POLIMETILMETACRILATO NO TRATAMENTO DA LIPODISTROFIA FACIAL EM PACIENTES HIV: IMPACTO ESTÉTICO E IMUNOLÓGICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA MARSICO DO COUTO TEIXEIRA (HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE GUINLE), LUISA RODRIGUES POLESE FREITAS (HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE GUINLE), EDUARDO COSTA TEIXEIRA (HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE GUINLE), MARCUS VINICIUS DA SILVA COIMBRA FILHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFREE GUINLE), FLÁVIO MARQUES DE CARVALHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFREE GUINLE), EDGAR MARTIN ROSARIO ABREU (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFREE GUINLE)

RESUMO: Introdução: Pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana durante o tratamento antirretroviral tem como efeito adverso a síndrome lipodistrófica. Quando sem correção, esta condição pode levar a estigmatização e a má adesão ao tratamento. Os efeitos colaterais do uso de duas classes de medicamentos antirretrovirais representaram regresso da estigmatização dos pacientes. Em 2004, o Ministério da Saúde preconizou o tratamento de pessoas convivendo com o HIV e lipodistrofia através do uso do polimetilmetacrilato (PMMA). O preenchimento da atrofia facial pelo PMMA carece de estudos clínicos nesta população. Este estudo tem como objetivo dar continuidade ao trabalho desenvolvido no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, no qual foi avaliado a melhoria da lipodistrofia associada ao estado psicossocial do paciente pelo uso do PMMA em imunocomprometidos, agora acrescentando um novo parâmetro: a análise da imunocompetência antes e após o procedimento. Metodologia: Foi realizado um ensaio clínico não controlado, com 15 pacientes, no período de outubro de 2015 a abril de 2016, visando avaliar a técnica empregada, a segurança do procedimento e seus benefícios estéticos e possíveis benefícios imunológicos. A satisfação dos pacientes foi avaliada de acordo com dois questionários. Para a análise da técnica, foi aplicado o Índice de Lipoatrofia Facial e a análise estatística dos parâmetros imunológicos foi realizada utilizando os programas Epi Info 7[®] e SPSS 17.0[®]. Resultados: Antes do procedimento o valor médio encontrado foi de 9,55 + 3,14. Após a realização das sessões de preenchimento com o PMMA, a média foi de 5,74 + 2,57, mostrando melhora importante da lipoatrofia facial (pConclusão: Tanto a literatura como o presente estudo demonstraram que o preenchimento de face com o PMMA na concentração de 10% é viável, segura e com baixos índices de complicações, demonstrando efeitos psicossociais importantes para a qualidade de vida dos indivíduos submetidos ao tratamento. A análise imunológica comparativa antes e depois do preenchimento mantém-se inconclusiva, sendo necessário um estudo com amostra maior.

PALAVRAS-CHAVES: lipodistrofia facial | HIV | polimetilmetacrilato

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3041

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: QUALIDADE DAS COMPRESSÕES TORÁCICAS REALIZADAS DURANTE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO INTERIOR DAS AERONAVES DE ASAS ROTATIVAS DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JORDANO PEREIRA ARAUJO (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL), RAFAEL VILLELA SILVA DERRÉ TORRES (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL), ALOISIO GONCALVES DE SOUZA JUNIOR (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL), ALEXANDRE GARCIA BARBOSA (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL), NATHAN ALMEIDA MILWARD DE AZEVEDO (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL), EMMANUEL LUCAS GOMES (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL), FELIPE DIAS MACIEL DINIZ (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL)

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo geral comparar a qualidade das compressões torácicas realizadas durante simulação de ressuscitação cardiopulmonar no interior das aeronaves Esquilo AS350 e EC 135 com a qualidade das compressões torácicas realizadas no solo. Para tal, realizou-se a verificação de quatro variáveis de qualidade de compressões torácicas: profundidade das compressões, ritmo (ou frequência das compressões), fração das compressões e qualidade geral das compressões. Essas variáveis foram medidas por meio de um software que utiliza o acelerômetro de smartphones durante a realização de compressões torácicas em três cenários distintos: em manequim sobre o solo, em manequim no interior da aeronave AS 350 Esquilo e em manequim no interior do EC 135. Cada sessão de compressões durou dois minutos em cada um dos cenários e 25 indivíduos foram avaliados. Para verificação das diferenças entre as variáveis utilizou-se o teste t para amostras pareadas, considerando-se um p

PALAVRAS-CHAVES: Aeromédico | Parada cardiorrespiratória | Ressuscitação

PAREDE ABDOMINAL

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 371

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: RECONSTRUÇÃO DA PAREDE ABDOMINAL PELA ABORDAGEM DA ABDOMINOPLASTIA - SÉRIE DE CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: STEFANY GOUDZENKO HERNANDEZ (UNISUL), FELIPPE GRISARD (UNISUL), FELIPE OLIVEIRA DUARTE (POLIGENE CLÍNICA MÉDICA)

RESUMO: OBJETIVO Descrever táticas e técnicas cirúrgicas em uma série de casos de hernioplastias incisionais associadas a abdominoplastias higiênicas. MÉTODO Foram realizados 20 correções de hérnias incisionais associadas a abdominoplastias higiênicas de abril de 2013 a abril de 2016. Os pacientes com hérnias incisionais foram divididos em 8 grupos de acordo com localização das hérnias. RESULTADOS Grupo 1(8 casos): Hérnias incisionais na linha média supra umbilical. Realizada a correção com uso de tela marlex pré-peritoneal e retromuscular e cobertura da tela de marlex com aplicatura dos músculos retos do abdome. Grupo 2(1 caso): Hérnia incisional associada a fístula cutânea. Corrigido com a dissecação da fístula da pele até sua origem. Identificado a causa da fístula que era uma reação de corpo estranho ao fio cirúrgico, correção do defeito aponeurótico. Grupo 3(2 casos): Hérnia incisional recidivada em linha mediada supra umbilical. Correção com colocação de tela de marlex em plano pré-peritoneal. Cobertura da tela com músculo ou com a tela que apresentava integração a parede abdominal. Grupo 4(1 caso): Hérnia paramediana infra umbilical. Correção com colocação de tela de marlex pré-peritoneal. Grupo 5(3 casos): Hérnias múltiplas em anel herniário menor que 5 cm. Hérnias causadas pelo trocar de cirurgia videolaparoscópica. Correção pela sutura simples do defeito aponeurótico com prolene 0. Grupo 6(2 casos): Hérnia incisional na linha mediana infra umbilical. Corrigida pela colocação de tela de marlex em plano pré-peritoneal ou no plano pré-musculoaponeurótico. Grupo 7(2 casos): Hérnias incisionais causadas pela incisão subcostal direita de cirurgia de colecistectomia aberta. Correção com uso de tela de marlex no espaço pré-peritoneal e cobertura muscular apenas parcial. Grupo 8(1 caso): Hérnia em região lateral inferior do abdome recidivada - região lombar. Retirada da tela de marlex sobre a aponeurose do músculo oblíquo externo, correção com uso de tela de marlex em plano pré-peritoneal fixada no perióstio da face interna da crista ilíaca e nos músculos oblíquos. Cobertura parcial da tela pelos músculos oblíquos. CONCLUSÃO Observamos que a abdominoplastia higiênica pode ser associada com segurança no correção das hernioplastias incisionais com a técnica de colocação da tela de Marlex no plano pré-peritoneal. BIBLIOGRAFIA Moreno-Egea, A; (2015) Implantación de Un Programa de Tratamiento Integral de la Pared Abdominal: Hernia incisional y abdominoplastia Resultados preliminares. Rev Colomb Cir. 30:46-55

PALAVRAS-CHAVES: ABDOMINOPLASTIA | HÉRNIA INCISIONAL | PAREDE ABDOMINAL

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 478

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: COMPLICAÇÕES PÓS CIRURGICAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE HÉRNIA INGUINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DORIS MEDIANEIRA LAZAROTO SWAROWSKY (UNISC), FAGNER LEANDRO MARTINS FERREIRA (UNISC), CARINA SARAIVA EIDT (UNISC), ANTÔNIO FREDERICO DE SOUZA DO CARMO (UNISC)

RESUMO: OBJETIVO: Verificar, descrever e analisar as complicações pós-cirúrgicas dos procedimentos de reparo de hérnia inguinal realizados pelos médicos residentes do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Santa Cruz, na cidade de Santa Cruz do Sul. MÉTODOS: Trata-se de um estudo de coorte descritivo, prospectivo e comparativo que analisou as complicações pós-cirúrgicas de correção de hérnia inguinal realizadas pelos médicos residentes do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Santa Cruz da cidade de Santa Cruz do Sul. Os dados foram coletados através de um questionário, no qual foram registradas as complicações pós-operatórias, classificação de gravidade, assim como dados do tipo de procedimento e comorbidades associadas. RESULTADOS: Foi avaliado um total de 82 pacientes. Entre os pacientes estudados, 24,4% apresentaram algum tipo de complicação. Na comparação entre os tipos de procedimento e o surgimento de complicações não houve diferença estatística entre os grupos. Na comparação entre as comorbidades prévias e a presença de complicações pós-operatórias, o grupo em que os pacientes tinham uma comorbidade e ainda eram fumantes teve a mais alta taxa de complicações pós-operatórias (50%). CONCLUSÃO: A taxa de complicações (24,4%) obteve um valor acima do esperado que era de 15,1%, contudo foram todas complicações leves e de rápida resolução. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BROOKS, D.C. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults. In: UpToDate, Dec 15, 2014. Literature review current through: Dec 2015. (Accessed on January 15, 2016). MUYSOMS, F. E.; et al. Recommendations for Reporting Outcome Results in Abdominal Wall Repair: Results of a Consensus Meeting in Palermo, Italy. *Hernia*; v.17, 2013, p.423-433. MORALES-CONDE S. A New Classification for Seroma after Laparoscopic Ventral Hernia Repair. *Hernia*. 2012 v.16(3) p.261-267.

PALAVRAS-CHAVES: Hernia Inguinal | Complicações pós-operatórias | Comorbidade

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 535

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Resultados da reconstrução da parede abdominal com tela sintética em operações infectadas: Estudo observacional prospectivo em pacientes portadores de infecção crônica de tela e fístulas entéricas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIO BIROLINI (HOSPITAL DAS CLINICAS, CIRURGIA GERAL E DO TRAUMA, FACULDADE DE MEDICINA DA USP), JOCIELLE SANTOS DE MIRANDA (HOSPITAL DAS CLINICAS, CIRURGIA GERAL E DO TRAUMA, FACULDADE DE MEDICINA DA USP), ABEL MURAKAMI (HOSPITAL DAS CLINICAS, CIRURGIA GERAL E DO TRAUMA, FACULDADE DE MEDICINA DA USP), MAURICIO MUNIZ MAGALHAES (HOSPITAL DAS CLINICAS, CIRURGIA GERAL E DO TRAUMA, FACULDADE DE MEDICINA DA USP), CAIO NASSER MANCINI (HOSPITAL DAS CLINICAS, CIRURGIA GERAL E DO TRAUMA, FACULDADE DE MEDICINA DA USP), PAULO HENRIQUE BARBOSA (HOSPITAL DAS CLINICAS, CIRURGIA GERAL E DO TRAUMA, FACULDADE DE MEDICINA DA USP), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HOSPITAL DAS CLINICAS, CIRURGIA GERAL E DO TRAUMA, FACULDADE DE MEDICINA DA USP), SAMIR RASSLAN (HOSPITAL DAS CLINICAS, CIRURGIA GERAL E DO TRAUMA, FACULDADE DE MEDICINA DA USP)

RESUMO: Objetivo: A reconstrução da parede abdominal em portadores de infecção crônica de tela e/ou fístulas entéricas é controversa e desafiadora. A melhor forma de reconstruir a parede e qual a tela a ser usada em cirurgias potencialmente contaminadas e contaminadas segue em discussão¹, porém há um consenso histórico que sugere evitar o uso de tela sintética em sítio cirúrgico contaminado². Neste estudo foram analisados os desfechos da colocação de tela sintética em operações eletivas infectadas. Método: Entre maio de 2012 e fevereiro de 2015, 40 pacientes portadores de infecção crônica de tela, fístula entérica ou ambos, foram submetidos à retirada de telas infectadas e à correção dos defeitos resultantes. A reconstrução da parede foi realizada no mesmo tempo cirúrgico, com a utilização de tela de polipropileno em posição pré-aponeurótica. O estudo incluiu 16 homens e 24 mulheres, com média de idade de 58 anos, IMC entre 18 e 52, sendo 29 pacientes ASA 2 ou 3. O número de cirurgias prévias variou de 2 a 21 e o início dos sintomas variou entre 6 meses e 26 anos. As culturas pré-operatórias foram positivas em 34 (85%) pacientes, sendo 23 (58%) infecções estafilocócicas. Na maioria das operações foram realizados procedimentos associados, incluindo lise de aderências, enterectomia, e apendicectomia ou colecistectomia de oportunidade. Resultados: Foram constatadas ocorrências de sítio cirúrgico em 15 pacientes (38%) e 6 pacientes (15%) desenvolveram infecção de ferida cirúrgica. No pós-operatório ocorreram 2 (5%) óbitos por múltiplas complicações clínicas; outros 2 (5%) pacientes faleceram de causas não relacionadas à cirurgia. Em um caso foi necessária reoperação com retirada completa da tela, por recorrência de infecção. Após 24 meses de seguimento, 36 pacientes (90%) não apresentam sinais de recorrência da hérnia ou infecção. Conclusão: O uso de tela de polipropileno nas reconstruções da parede abdominal em sítio infectado, mostrou-se segura e apresentou resultados favoráveis, com resolução da infecção crônica e prevenção da ocorrência de recidiva herniária. Bibliografia: 1. Carbonell AM, Criss CN, Cobb WS, et al. Outcomes of synthetic mesh in contaminated ventral hernia repairs. J Am Coll Surg 2013;217:991-998. 2. Atema JJ, de Vries FEE, Boermeester MA. Systematic review and meta-analysis of the repair of potentially contaminated and contaminated abdominal wall defects. The Am J Surg 2016;212:982-995.

PALAVRAS-CHAVES: hernia|infecção|tela

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 591

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Assistência robótica no tratamento da hérnia inguinal laparoscópica recidivada. Experiência inicial

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SERGIO ROLL (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), PAULO HENRIQUE FOGAÇA DE BARROS (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), IRON PIRES DE ABREU NETO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), BRUNO DE LUCIA HERNANI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ)

RESUMO: Introdução: A cirurgia assistida por robô em cirurgia geral ainda é uma estratégia em desenvolvimento mas com horizontes promissores. Há expectativa de que a assistência robótica possa ser especialmente útil em casos de recidiva da hérnia inguinal após a abordagem laparoscópica transabdominal pré-peritoneal ou extraperitoneal. Objetivo. Expor nossa experiência inicial com abordagem robótica em hérnias inguinais recidivadas que haviam sido previamente operadas por laparoscopia. Método. Realizou-se uma análise retrospectiva de 15 procedimentos realizados por uma mesma equipe cirúrgica entre julho de 2015 e setembro de 2016 com o sistema Da Vinci SI®. Os parâmetros analisados foram sexo, idade, índice de massa corporal, tipo de hérnia, tempo cirúrgico e internação hospitalar. Resultados. Realizamos 15 reparos de hérnia inguinal assistida por robôs, sendo 6 desses casos de recidiva após técnica laparoscópica transabdominal pré-peritoneal: 2 bilaterais e 4 unilaterais. Todos os pacientes eram do sexo masculino, com idade mediana de 65 anos (min 42 anos, máx 72 anos), o índice de massa corporal médio foi de $27,15 \pm 7,80$ Kg / m². O tempo médio de procedimento foi de $125,33 \pm 30,21$ minutos. A média de internação hospitalar foi de 1 dia, mas 2 pacientes tiveram alta após 12 horas do procedimento. Não houve complicações pós-operatórias durante a internação. Conclusões. A assistência robótica é segura e pode melhorar os resultados de reparos minimamente invasivos da hérnia inguinal recidivada, mas deve ser reservada para cirurgias com experiência endoscópica. Nesta série observacional de um único centro observou-se uma redução significativa no número de complicações na hérnia inguinal recidivada reoperada por via posterior robótica. A permanência hospitalar foi mais curta e os pacientes relataram um resultado sintomático semelhante. Em nossa experiência, o procedimento foi significativamente mais fácil para uma recorrência medial em comparação com recidiva lateral. Bibliografia: 1. B. van denHeuveland B. J. Dwars, Repeated laparoscopic treatment of recurrent inguinal hernias after previous posterior repair, Surgical Endoscopy, vol.27, no. 3, pp. 795-800, 2013. 2. Escobar Dominguez JE, Gonzalez A, Donkor C. Robotic inguinal hernia repair. J Surg Oncol. 112(3):310-4. 2015 3. Papanikolaou IG. Roboticsurgery for colorectal cancer: systematic review of the literature. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 24:478-483. 2010. 4. EN-GB J Surg Oncol.; 112(3):310-4. 2015

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia robótica | hérnia inguinal recidivada | parede abdominal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1580

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: TÉCNICA VIDEOLAPAROSCÓPICA TOTALMENTE EXTRA-PERITONEAL DE ABORDAGEM DAS HÉRNIAS INGUINAIS: UM MÉTODO FACTÍVEL PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL DIAS DA CUNHA (HOSPITAL SANTA ISABEL), PEDRO DE ABREU TRAUZYNSKI (HOSPITAL SANTA ISABEL), EDUARDO JOSÉ CECCHIN (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), ALESSANDRO DOS SANTOS WALTRICK (HOSPITAL SANTA ISABEL), LUIZA PINTO DE MACEDO SOARES (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), THAINÃ DE OLIVEIRA AZAMBUJA (HOSPITAL SANTA ISABEL), BRIAN SILVESTRE (HOSPITAL SANTA ISABEL), FELIPE PEREIRA GOMES (HOSPITAL SANTA ISABEL)

RESUMO: OBJETIVOS: A abordagem videolaparoscópica (VLP) das hérnias inguinais vem se consolidando como importante técnica para esse tipo de reparo nos serviços de cirurgia. Trata-se de um método que garante menor tempo de hospitalização, retorno precoce ao trabalho e menor incidência de dor e complicações no pós-operatório. Além disso, seus custos totais (hospitalares e extra-hospitalares) têm se demonstrado similares ou até mesmo inferiores aos da técnica aberta convencional. A técnica laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP) é realizada sem uso de materiais de alto custo e pode ser trabalhada de forma segura nos serviços de residência médica. O objetivo deste trabalho é demonstrar que a TEP é factível pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), devendo ser considerada método de escolha para o tratamento desta patologia cirúrgica. MATERIAIS E MÉTODOS: Trata-se de um estudo retrospectivo realizado em centro hospitalar com crescente volume cirúrgico de correção de hérnia inguinal por VLP TEP. Os pacientes estudados foram todos os submetidos à VLP TEP pelo SUS no Hospital Santa Isabel (HSI) de Blumenau/SC entre 2013-2017. Todos os procedimentos foram realizados pelo mesmo cirurgião e as prescrições pós-operatórias foram padronizadas. RESULTADOS: Um total de 33 pacientes foram analisados, sendo 81% (n=27) homens e 19% (n=6) mulheres. A faixa etária média foi de 46 anos. O tempo médio de cirurgia foi de 75 minutos. Todos os pacientes submetidos ao procedimento permaneceram menos de 24 horas internados, com alta ambulatorial em até 30 dias. O tempo de afastamento médico variou entre 14 dias e 60 dias, de acordo com as atividades laborais dos pacientes. Os custos de materiais específicos da VLP TEP se limitam ao uso de uma tela de Polipropileno 15x15cm (R\$ 116,00), um fio Nylon 4-0 (R\$ 2,54), CO2 para insuflação da cavidade (R\$ 38,00), e da anestesia geral com Sevoflurano (R\$ 36,00), Propofol 200mg/20ml (R\$ 4,63), Fentanil 0,25mg/5ml (R\$ 2,15) e Midazolam 5mg/5ml (R\$ 1,50). O custo total médio dos materiais do procedimento foi de R\$ 200,79. Duas cirurgias (6%) precisaram ser convertidas para a técnica aberta por fibrose e hérnia encarcerada volumosa. CONCLUSÃO: Embora a técnica VLP TEP tenha uma curva de aprendizado maior, o método demonstrou-se muito eficaz e de baixo custo. Os autores concluem que a VLP TEP deve ser considerada o método de escolha do tratamento de hérnias inguinais tanto para pacientes privados, como do SUS.

PALAVRAS-CHAVES: Videolaparoscopia | Hérnia inguinal | Totalmente Extraperitoneal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2008

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Efeitos estéticos e funcionais de inguilotomias realizadas com bisturi frio versus bisturi elétrico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VALDINALDO ARAGAO DE MELO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES), PAULO VICENTE DOS SANTOS FILHO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES), MARCUS FELIPE GONÇALVES FEITOSA (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), GUSTAVO GUEDES DE CARVALHO (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), ANDRÉ MELO DE MACENA (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), ANA BÁRBARA DE JESUS CHAVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), ELDIMAR LIMA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), JESSICA MATIAS DINIZ (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA)

RESUMO: Introdução: apesar do bisturi elétrico ser amplamente usado nas cirurgias para realização de hemostasia e dissecação de tecidos moles, o uso para a incisão da pele é desencorajado pela preocupação com as possíveis queimaduras superficiais, cicatrização pós-operatória excessiva com pobre resultado estético, e com complicações de ferida operatória. Inúmeros estudos vêm sendo realizados pelo mundo com o objetivo de identificar se o uso de bisturi elétrico para a incisão da pele é realmente prejudicial à cicatrização como a muito tem se acreditado. A maioria procura analisar a dor pós-operatória e o uso de analgésico, assim com o tempo cirúrgico e a ocorrência de complicações como presença de seroma e hematoma no pós-operatório. Objetivo: comparar aspectos estéticos e funcionais da cicatriz cirúrgica de inguilotomias realizadas com bisturi frio e elétrico em hernioplastias inguinais no serviço de residência médica de cirurgia geral do Hospital de Cirurgia (Aracaju-SE). Método: trata-se de um estudo prospectivo cego, realizado de julho de 2015 a fevereiro de 2017 na FBHC. Os pacientes admitidos eram portadores de hérnia inguinal bilateral, e a incisão da inguilotomia a direita foi realizada com o bisturi elétrico e a esquerda com o bisturi frio. A coleta de dados foi feita no pós-operatório imediato (POI) (24h após cirurgia) e tardio (6º mês). As variáveis estudadas foram dor no local da incisão (mensurada através de escala analógica visual de dor que varia de 0 a 10), complicações incisionais e efeito estético das cicatrizes cirúrgicas, avaliado por meio da Escala de Cicatriz de Vancouver (VSS), e pela avaliação de um cirurgião plástico. Resultados: foram randomizados 14 pacientes. 1 paciente foi a óbito por problemas cardíacos antes de completados seis meses de pós-operatório, e 1 paciente perdeu seguimento. A dor no POI foi igual em ambos os grupos (p Conclusões: Podemos concluir que na amostra estudada não houve diferença estatisticamente significativa em relação à dor, complicações incisionais e efeito estético das cicatrizes cirúrgicas de inguilotomias realizadas por bisturi frio e elétrico.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia | Cicatrização | Bisturi elétrico

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2321

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: HÉRNIAS COM PERDA DE DOMICÍLIO: PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO COM EMPREGO DO PENUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BARBARA G F MELO (UEL), ANTONIO CARLOS VALEZI (UEL), ANTÔNIO CÉSAR MARSON (UEL), ASCENCIO GARCIA LOPES JR. (UEL), MÁRIO LIBERATTI (UEL), LUIZ JÓIA NETO (UEL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As hérnias incisionais ocorrem em 2 -15% dos pacientes submetidos a procedimento operatório abdominal. Define-se como hérnia com perda do domicílio aquela cujo conteúdo excede a capacidade da cavidade abdominal. Seu reparo pode acarretar prejuízo da função pulmonar com alterações pulmonares graves. OBJETIVO: Avaliar a eficácia do método na expansão do continente abdominal e os resultados cirúrgicos com essa técnica. MÉTODOS: Foram selecionados 16 casos de hérnia com perda de domicílio com indicação cirúrgica entre 2011 e 2015 no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. O pneumoperitônio foi realizado com a insuflação progressiva de CO₂ cada 2 semanas até normalização dos parâmetros da prova de função pulmonar. Todos os pacientes apresentavam hérnia incisional. RESULTADOS: Foram estudados 9 homens e 7 mulheres, idade de 37 a 57 anos (média de 44 anos), índice de massa corporal de 31 a 39 Kg/m² (média de 33 Kg/m²), tempo de existência de hérnia de 7 a 16 anos (média de 9 anos). O número de insuflações foi de 4 a 13 (média de 9), volume de insuflação variou de 2,5 a 7,6L (média de 5,3L). Houve dois casos com enfisema de subcutâneo e por quatro ocasiões a insuflação precisou ser interrompida devido desconforto abdominal ou respiratório. Não ocorreram complicações respiratórias no pós-operatório. CONCLUSÃO: A realização pré-operatória do pneumoperitônio progressivo é alternativa eficiente para evitar complicações respiratórias no tratamento das hérnias com perda de domicílio.

PALAVRAS-CHAVES: pneumoperitônio | hérnia com perda de domicílio | hérnias incisionais

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2399

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Reparação de Hérnias Umbilicais com PROCEED VENTRAL PATCH (PVP): estudo prospectivo em centro de referência do Sistema Único de saúde (SUS-SP)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA BARROS DA ROCHA (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), CLÁUDIO DE CARVALHO STANZANI (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), LAURA POCINHO BALBINOT (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), WIGNEY MAIA BORGES (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), CRISTHIAN JAILLITA MENESES (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), FABIO AFONSO PEREZ (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), PAULO BOARINI (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), PROF. DR. EDGARD MESQUITA RODRIGUES LIMA (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO)

RESUMO: Objetivo: o presente estudo pretende avaliar a aplicabilidade do uso da tela PROCEED VENTRAL PATCH (PVP), em paciente submetido a correção de hérnias umbilicais, em hospital da Autarquia Municipal de São Paulo-SP, assim com, a facilidade de execução da técnica cirúrgica, integração da tela à parede abdominal, e demonstração comparativa de taxas de recidivas menores além de retorno precoce as atividades laborativas. Método: estudo prospectivo realizado entre 2013-2015 com 55 pacientes com faixa etária entre 25 e 65 anos, de ambos os sexos, com hérnias não recidivadas com diâmetro do orifício variando de 1 a 5 cm. Foram excluídos pacientes portadores de DPOC, gestantes e prostáticos. O seguimento foi de 9 meses incluído o tempo de internação, cirurgia e seguimento pós-operatório. Os pacientes foram questionados sobre dor, problemas com a ferida operatória, sensações e sensibilidade com a nova tela e retorno as atividades laborativas. Todos foram submetidos a rigoroso exame clínico, com manobra de valsava, observando-se a ferida operatória, além de ultrassonografia de parede abdominal, após quatro meses da cirurgia. Resultados: Com a utilização da tela PVP, a técnica cirúrgica tornou-se de fácil execução, diminuiu o tempo cirúrgico (média 20 min) e diminuiu as complicações e recidivas pós operatórias. A complicação mais comum foi dor leve pós-operatória (08 pacientes ? 22,9%), seguido de formação de seroma (06 pacientes ? 17,1%). Ocorreram duas recidivas (5,7%), possivelmente por falha no correto dimensionamento do orifício x tela. Um paciente (2,8%) evoluiu com infecção da ferida operatória sendo tratado conservadoramente com antibióticos. O tempo médio de retorno as atividades laborais sem restrições foi de 30 dias. Não foi observada retração da tela em nenhum dos pacientes. Não houve perda de seguimento na amostra e a taxa de satisfação, que classifica a cirurgia como ?boa? ou ?muito boa? foi de 90% entre os pacientes. Conclusão: O uso da tela PVP para hernioplastias umbilicais constitui-se uma técnica segura e de fácil execução, livre de tensão. Apresenta menor índice de recidiva, e possibilita um retorno precoce a atividade laboral. Observou-se uma boa integração à parede abdominal por ser parcialmente absorvível. Entretanto, mais estudos prospectivos e de maior seguimento devem ser realizados para melhor avaliação da técnica, que ate o momento se demonstra promissora.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIAS UMBILICAIS|PROCEED VENTRAL PATCH (PVP)|HERNIOPLASTIAS

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2640

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA CLÍNICO-CIRÚRGICA PÓS-HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), HAMILTON LUIZ XAVIER FUNES (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FERNANDA RIBEIRO FUNES (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), JONAS DIAS CAMPOS SEVERI (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FERNANDO BATIGALIA (2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP)), DANIEL AUGUSTO DE FERNANDES (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), CAIO RENAN RUZA (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), RONALDO RODRIGUES ZACARIAS (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), RENATA FALCO DE OLIVEIRA (HOSPITAL SÃO FRANCISCO)

RESUMO: A correção de hernia inguinal seja direita, esquerda ou bilateral é o procedimento cirúrgico mais executado no mundo. Entretanto a hernioplastia inguinal bilateral tem sido tradicionalmente associada a taxas de recidivas quase duas vezes maior que a dos reparos unilateral. Este estudo tem por objetivo analisar variáveis epidemiológicas clínicas e cirúrgicas em pós-operatório de pacientes submetidos a hernioplastia inguinal bilateral em hospital universitário filantrópico. Utilizando como método um estudo retrospectivo de 12 prontuários de pacientes submetidos a cirurgia de hérnia inguinal bilateral no Hospital Estadual João Paulo II de São José do Rio Preto ? SP. Análise estatística compreendeu obtenção de medidas de tendência central e variabilidade (média aritmética, mediana, desvio-padrão e variação) para variáveis quantitativas e medidas de frequência (absoluta e relativa) para variáveis categóricas. Comparação entre variáveis quantitativas foi realizada pelo teste de Mann-Whitney, e entre variáveis categóricas pelo teste exato de Fisher, com valores de P houve prevalência de idade média de 59,5 anos (entre 22 e 76 anos), maioria do sexo masculino e caucasianos não tabagistas, com permanência média de internação de 1 a 4 dias e tempo médio de acompanhamento pós-operatório de 4,7 anos. Em todos os casos, técnica anestésica aplicada foi raquianestesia, seguida da técnica cirúrgica livre de tensão ou de Lichtenstein, com até 16,7% de complicações (recidiva, infecção ou seroma) e tempo médio de retorno às atividades diárias de 12 dias. Concluímos que ainda que possa haver índice relativamente elevado de complicações pós-operatórias, indica-se o emprego da técnica cirúrgica de Lichtenstein para correção de hérnias inguinais bilaterais, por estar associada a baixo custo, tempo reduzido de internação, rápido retorno às atividades diárias e facilidade de domínio da técnica.

PALAVRAS-CHAVES: Herniorrafia Inguinal | Cirurgia | Epidemiologia.

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2918

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Curva de aprendizado apresenta redução do tempo de operação e complicações após 65 repetições de hernioplastia inguinal totalmente extraperitoneal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FÁBIO YUJI SUGUITA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), FELIPE FUTEMA ESSU (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), LUCAS TORRES OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), LEANDRO RYUCHI IUAMOTO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), JULIANA MIKA KATO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ANDRÉ SILVA FRANCO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), WELLINGTON ANDRAUS (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ALBERTO LUIZ MONTEIRO MEYER (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivos: O objetivo deste estudo é avaliar a curva de aprendizado da hernioplastia TEP, analisando parâmetros relacionados ao tempo médio de operação. Um objetivo secundário é avaliar as complicações e a taxa de alta precoce relacionada a este procedimento. Métodos: Estudo prospectivo que incluiu 238 pacientes consecutivos submetidos a hernioplastia TEP de maio de 2009 a maio de 2014, em um centro especializado em hérnias abdominais em São Paulo, Brasil. Todos os dados foram obtidos através de registros médicos. Resultados: O estudo incluiu 137 pacientes submetidos a um total de 157 reparos de hérnia TEP. Tanto a bilateralidade como as complicações podem influenciar o tempo operatório, portanto esses casos devem ser excluídos do cálculo da curva. Apenas pacientes com cirurgia unilateral e sem complicações foram incluídos. Os pacientes foram divididos cronologicamente em quatro grupos. Os grupos 1, 2 e 3 foram compostos por 35 pacientes e o grupo 4 de 32. Não houve variações significativas nas características clínicas entre os grupos. O patamar da curva de aprendizado ocorreu com 65 pacientes com tempo operatório médio de 28 minutos (p Conclusão: Após 65 casos foi identificada redução e, em seguida, estabilização do tempo médio de operação. Uma redução na taxa de complicações foi observada após os 35 casos e uma taxa de 97% de alta precoce. Bibliografia: Choi YY, Kim Z, Hur KY. Learning curve for laparoscopic totally extraperitoneal repair of inguinal hernia. *Can J Surg.* 2012 Feb;55(1):33-6. Iuamoto LR, Kato JM, Meyer A, Blanc P. Laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) hernioplasty using two trocars: anatomical landmarks and surgical technique. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* [online]. 2015, vol.28, n.2 [cited 2015-09-29], pp. 121-123. Mustafa H, Fatih B, Aylin A, Orhan A. ?A New Proposal for Learning Curve of TEP Inguinal Hernia Repair: Ability to Complete Operation Endoscopically as a First Phase of Learning Curve.? *Minimally Invasive Surgery*, vol. 2014, Article ID 528517, 5 pages, 2014. Lim JW, Lee JY, Lee SE, Moon JI, Ra YM, Choi IS, Choi WJ, Yoon DS, Min HS. The learning curve for laparoscopic totally extraperitoneal herniorrhaphy by moving average. *J Korean Surg Soc.* 2012 Aug; 83(2):92-6.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia inguinal | Curva de aprendizado | Cirurgia laparoscópica

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2943

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Técnica para a correção de hérnia incisional subxifóide em pacientes cardiopatas após esternotomia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO HELUANI ANTUNES DE MESQUITA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), LEANDRO RYUCHI IUAMOTO (FMUSP), FÁBIO YUJI SUGUITA (FMUSP), FELIPE FUTEMA ESSU (FMUSP), LUCAS TORRES OLIVEIRA (FMUSP), MATHEUS BELLONI TORSANI (FMUSP), ALBERTO LUIZ MONTEIRO MEYER (FMUSP), WELLINGTON ANDRAUS (FMUSP)

RESUMO: Objetivo: Hérnia incisional subxifóide é uma complicação que pode ocorrer após procedimentos de esternotomia mediana. As técnicas utilizadas para a correção variam muito na literatura, não existindo um tratamento padronizado com eficiência comprovada. As taxas de recorrência relatadas são altas e variáveis. Nosso objetivo é apresentar dados recentes de uma técnica padronizada para a correção de hérnia incisional subxifóide, e discutir fatores cirúrgicos e anatômicos relacionados à recorrência da hérnia. Método: Estudo retrospectivo com análise de prontuários de pacientes submetidos a correção cirúrgica de hérnia incisional subxifóide, através de procedimentos padronizados, entre julho de 2014 e setembro de 2016. Os procedimentos foram realizados utilizando a mesma técnica padronizada, material cirúrgico e cuidados pré e pós-operatórios. Foi feita uma análise descritiva do perfil dos pacientes comparando idade, sexo, comorbidades, IMC, causa da esternotomia prévia e história cirúrgica. Results: Todas as correções de hérnia incisional subxifóide foram eletivas. O defeito herniário variou entre 5cm e 16cm (média de 7,4cm); os procedimentos duraram de 32 a 75 minutos; a permanência hospitalar média pós-operatória foi de 2,2 dias (variando entre 1 e 5 dias). Em 5 pacientes a correção de hernia subxifóide foi feita concomitantemente com outro procedimento; nenhuma morte ocorreu como consequência dos procedimentos; 5 pacientes tiveram complicações simples resolvidas de forma conservadora. O tempo de seguimento foi entre 6 e 32 meses e a taxa de recorrência no momento da escrita foi de 0%. A união entre a sutura da borda herniária, o uso de incisões relaxadoras na musculatura e aponeurose e o uso de tela cirúrgica, podem ser apontadas como fatores que levaram o nosso estudo a ter menores taxas de recorrência que os demais. Todos os pacientes possuem tempo de seguimento superior a 6 meses, e 60% dos pacientes possuem tempo de seguimento superior a um ano, com uma taxa de recorrência até o momento de 0%. Apesar das limitações por um período de seguimento ainda baixo, tais dados são um bom prognóstico para menores taxas de recorrência utilizando a técnica descrita porque grande parte das recidivas ocorrem até um ano após a cirurgia. Conclusions: A técnica cirúrgica descrita apresentou menores taxas de recorrência precoce utilizando a tela cirúrgica, fechamento do defeito herniário e incisões relaxadoras na musculatura e aponeurose.

PALAVRAS-CHAVES: Hernia incisional | Hernia Subxifóide | recorrência

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2973

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: IMPACTO DA OBESIDADE E DAS HABILIDADES CIRÚRGICAS NA HERNIOPLASTIA LAPAROSCÓPICA TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE FUTEMA ESSU (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), JULIANA MIKA KATO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), FÁBIO YUJI SUGUITA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), LUCAS TORRES OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), LEANDRO RYUCHI IUAMOTO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ANDRÉ SILVA FRANCO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), WELLINGTON ANDRAUS (DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ALBERTO LUIZ MONTEIRO MEYER (DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: O aumento de tecido adiposo tem sido associado a maior tempo operatório de diversas técnicas cirúrgicas, incluindo laparoscópicas. Dentre elas, a hernioplastia totalmente extraperitoneal (TEP) destaca-se com a vantagem de menos dor no pós-operatório e menos complicações. Analisaremos a correlação entre IMC e maior dificuldade técnica de realização da TEP. Método: Estudo prospectivo que incluiu 238 pacientes consecutivos submetidos a hernioplastia TEP de maio de 2009 a maio de 2014, em um centro especializado em hérnias abdominais em São Paulo, Brasil. Dados foram obtidos através de registros médicos. As variantes foram analisadas segundo a correlação de Spearman's e os valores estatisticamente relevantes foram definidos por p. Resultados: Foram aceitos 190 pacientes e divididos em 4 grupos de acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC): A) Baixo peso: 30 kg/m². Nos pacientes do grupo A e B encontramos 4 complicações e tempo operatório médio (TOM) igual 41,6 minutos (min). No grupo C tivemos 6 complicações e TOM igual 43,8 min. Por fim, no grupo D não houveram complicações e TOM igual 51,9 min. Os pacientes foram novamente divididos em 3 grupos: I) Todos, II) Cirurgia unilateral e III) Cirurgia bilateral. Houve aumento estatisticamente significativo no tempo operatório nos 14 primeiros pacientes submetidos a TEP unilateral e nos primeiros 42 submetidos à bilateral. O TOM de procedimento unilateral foi de 37,8 min e 55,4 min se bilaterais. Conclusões: Apesar das variáveis, quando o cirurgião atinge a proficiência para realizar o hernioplastia TEP é possível transpor dificuldades de IMC elevado. Foi demonstrado diferença estatisticamente significativa do IMC no tempo operatório de reparo TEP nos 14 primeiros casos de reparo unilateral e nos primeiros 42 de reparo de unilateral. Bibliografia: Zendejas B, Hernandez-Irizarry R, Ramirez T, Lohse CM, Grossardt BR, Farley DR. Relationship between body mass index and the incidence of inguinal hernia repairs: a population-based study in Olmsted County, MN. *Hernia*. 2014 Apr;18(2):283-8. Lim JW, Lee JY, Lee SE, Moon JI, Ra YM, Choi IS, et al. The learning curve for laparoscopic totally extraperitoneal herniorrhaphy by moving average. *J Korean Surg Soc*. 2012;83:92-96. Desai KA, Razavi SA, Hart AM, Thompson PW, Losken A. The Effect of BMI on Outcomes Following Complex Abdominal Wall Reconstructions. *Ann Plast Surg*. 2016 Jan 21.

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA | LAPAROSCOPIA | ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

TRAUMA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 676

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Cirurgia Laparoscópica no Trauma Abdominal: Estudo Retrospectivo em um Centro de Referência

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS AUGUSTO METIDIARI MENEGOLLO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), SERGIO HENRIQUE BASTOS DAMOUS (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), PEDRO HENRIQUE FERREIRA ALVES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), DANILO ALVES ANDRADE (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ANTONIO DE CAMPOS SICA ANDREOTTI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CASSIO EDUARDO DA SILVA GONTIJO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CELSO DE OLIVEIRA BERNINI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

RESUMO: OBJETIVO A aplicação da laparoscopia na cirurgia do trauma ainda é limitada por diversas razões, tanto técnicas quanto estruturais, incluindo a escassez de evidência com relação a segurança e resultados em algumas situações. O objetivo deste estudo é mostrar a experiência com a abordagem laparoscópica de vítimas de trauma em um serviço de referência. MÉTODO Revisão retrospectiva de uma base de dados prospectiva de vítimas de trauma admitidas em um período de 7 anos. Foram incluídos todos os pacientes cuja abordagem cirúrgica inicial foi laparoscópica. RESULTADOS Um total de 94 pacientes foram incluídos na análise. Setenta e cinco (79%) eram do sexo masculino, com média de idade de 31 + 12,5 anos. Em 43 casos (45,2%) o trauma foi contuso. A média ISS foi 13,8. As indicações de laparoscopia mais comuns foram a presença de líquido livre sem lesão de víscera parenquimatosa (31,6%) e ferimento na transição toracoabdominal (29,5%). Dos procedimentos realizados, 70 (74%) foram considerados como diagnósticos positivos, dos quais 17 foram convertidos para cirurgia aberta e 33 completados por via laparoscópica. O principal motivo para conversão foi a necessidade de ressecção intestinal (9 casos). Não houve casos de lesões despercebidas na laparoscopia diagnóstica. Houve 4 casos de complicações pós-operatórias graves (Clavien >3), sendo duas delas diretamente relacionadas ao procedimento cirúrgico. Laparotomias exploradoras desnecessárias foram evitadas em 93,7% dos pacientes CONCLUSÃO A abordagem laparoscópica de vítimas de trauma é viável e segura em pacientes selecionados, tendo como principal vantagem a possibilidade de evitar laparotomias desnecessárias e suas complicações. Baixas taxas de lesões despercebidas e de complicações dependem de técnica cirúrgica minuciosa. REFERÊNCIAS Mandrioli M, Inaba K, Piccinini A, Biscardi A, Sartelli M, Agresta F, Catena F, Cirocchi R, Jovine E, Tugnoli G, Di Saverio S. Advances in laparoscopy for acute care surgery and trauma. *World J Gastroenterol* 2016; 22(2): 668-680 Johnson JJ, Garwe T, Raines AR et al. The use of laparoscopy in the diagnosis and treatment of blunt and penetrating abdominal injuries: 10-year experience at a level 1 trauma center. *Am J Surg* 2013;205(3):317-320; Grushka J, Ginzburg E. Through the 10-mm looking glass: advances in minimally invasive surgery in trauma. *Scand J Surg.* 2014 Apr 15;103(2):143-148.

PALAVRAS-CHAVES: trauma abdominal | laparoscopia no trauma | videolaparoscopia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 948

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: RNI admissional na avaliação da coagulopatia no trauma

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE GUSMAO CUNHA (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ODDONE FREITAS MELRO BRAGHIROLI (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), PEDRO HUMBERTO FÉLIX DE SOUSA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), ANDRÉA MENDONÇA GUSMÃO CUNHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), ROBERTO JOSÉ MEYER NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA)

RESUMO: Objetivo: Hemorragia é a principal causa de óbito hospitalar por trauma e cerca de 25% dos pacientes politraumatizados são admitidos com coagulopatia. Poucos serviços no mundo dispõem de tromboelastograma para o diagnóstico da coagulopatia no trauma. Este estudo utiliza o RNI admissional para comparar parâmetros clínicos, laboratoriais e desfechos hospitalares de pacientes politraumatizados. Método: Estudo de coorte prospectivo de pacientes politraumatizados admitidos no Hospital do Subúrbio. Dados clínicos (mecanismo de trauma, choque hemorrágico) e desfechos finais (hemotransusão e mortalidade) dos pacientes foram extraídos do Sistema de Prontuário Eletrônico, compilados para um sistema de Business Intelligence (BI), e posteriormente exportados para uma planilha Excel. Dados laboratoriais (RNI, R, plaquetas, fibrinogênio) foram avaliados na admissão (1,2 - e seus dados foram comparados. Resultados: Dos 2602 pacientes politraumatizados admitidos no Hospital do Subúrbio entre Junho/2015 e Novembro/2016, 1074 pacientes colheram RNI admissional, com 300 pacientes C+ (27,9%). Pacientes C+ apresentaram maior incidência de trauma penetrante (50,7% vs. 23,4%, pConclusões: O RNI admissional (1,2) em nosso meio está associada ao trauma penetrante e ao choque hemorrágico, apresentando maior tempo de internação, maior taxa de admissão em terapia intensiva, maior necessidade de cirurgia e piores desfechos hospitalares, com maiores taxas de hemotransusão e de mortalidade. Bibliografia: HOLCOMB, J. B. et al. Admission Rapid Thrombelastography Can Replace Conventional Coagulation Tests in the Emergency Department. *Ann Surg*, v. 256, n. 3, p. 476-486, 2012. MAEGELE, M., SCHÖCHL, H., & COHEN, M. J. An Update on the Coagulopathy of Trauma. *Shock*, v. 41, n. 18, p. 21-25, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA | COAGULOPATIA | CHOQUE

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1020

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: IL-6 é um Potencial Marcador Imunológico da Coagulopatia Aguda do Trauma

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE GUSMAO CUNHA (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ODDONE FREITAS MELRO BRAGHIROLI (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), PEDRO HUMBERTO FÉLIX DE SOUSA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), ANDRÉA MENDONÇA GUSMÃO CUNHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), ROBERTO JOSÉ MEYER NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA)

RESUMO: Objetivo: A descrição da coagulopatia como evento precoce em pacientes politraumatizados levou à inferência de que esta alteração ocorre por distúrbios imunológicos/inflamatórios. Entretanto, tais mecanismos ainda não foram completamente elucidados. Este estudo pretende comparar o perfil imunológico de pacientes traumatizados com e sem coagulopatia aguda do trauma. Método: Estudo transversal de pacientes politraumatizados graves (ISS>15) admitidos no Hospital do Subúrbio. Foram excluídos pacientes admitidos com > 2 horas pós-lesão, ou que tenham sido administrados mais que 2000mL de soluções cristaloides, ou sem RNI admissional (Amostras de soro foram coletadas à admissão do paciente. Alíquotas destas amostras foram armazenadas em criotubos a -70°C, para definir a dosagem de citocinas (IL-6, IL-10, TNF) realizada por citometria de fluxo. Amostras não analisadas foram descartadas. Os pacientes foram divididos em dois grupos - sem Coagulopatia Aguda do Trauma (CoAT-), com RNI1,2 - e suas dosagens de citocinas foram comparadas. Resultados: 2602 pacientes politraumatizados foram admitidos no Hospital do Subúrbio entre Junho/2015 e Novembro/2016. Amostras de 49 pacientes graves (ISS>15) foram coletadas para o estudo imunológico, sendo 25 pacientes CoAT- e 24 pacientes CoAT+. As dosagens de TNF e IL-10 não apresentaram diferença entre os grupos CoAT- e CoAT+ (p=0,457 e p=0,163, respectivamente). Níveis séricos de IL-6 foram maiores em pacientes CoAT+ (355 pg/mL vs. 93 pg/mL, p=0,001). A área sob a curva ROC para IL-6 foi de 0,778 (IC 95% 0,638 ? 0,918), com ponto de corte de 194 pg/mL apresentando sensibilidade 75% e especificidade de 80% para CoAT+. Conclusões: Pacientes CoAT+ apresentam uma níveis significativamente elevados de IL-6. Seu bom desempenho na curva ROC torna IL-6 um potencial marcador imunológico da Coagulopatia Aguda no Trauma. Bibliografia: AISIKU, I. P. et al. Plasma cytokines IL-6, IL-8, and IL-10 are associated with the development of acute respiratory distress syndrome in patients with severe traumatic brain injury. Crit Care, 20, 288?297, 2016. GENÉT, G. F. et al. Trauma-induced coagulopathy: standard coagulation tests, biomarkers of coagulopathy, and endothelial damage in patients with traumatic brain injury. J of Neurotr, 30, 301?306, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA|COAGULOPATIA|CITOCINAS

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1021

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: DEFININDO A NECESSIDADE DA REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX EM VÍTIMAS DE TRAUMA FECHADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCA GIOVANNI ANTONIO PIVETTA (ISCMSP), JOSE GUSTAVO PARREIRA (ISCMSP), JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO (ISCMSP), JOSE CESAR ASSEF (ISCMSP), GIOVANNA ZUCCHINI RONDINI (ISCMSP), CRISTIANO BELOW (ISCMSP)

RESUMO: Introdução: A maioria das vítimas de trauma fechado não apresenta lesões torácicas significativas. Por outro lado, a radiografia de tórax é amplamente utilizada levando a um percentual elevado de radiografias que não apresentam lesões. A presente pesquisa pretende identificar, baseados em critérios clínicos, um grupo de vítimas de trauma fechado com baixa probabilidade de apresentar alterações na radiografia simples de tórax à admissão (RXT). Método: Análise retrospectiva dos dados de registro de trauma em um período de 24 meses entre 2008 e 2010. Foram selecionados adultos vítimas de trauma fechado que realizaram RXT à admissão. Avaliação das seguintes variáveis clínicas: exame neurológico normal à admissão (ExNN), estabilidade hemodinâmica (EH), exame físico de tórax normal à admissão (ExTN), idade inferior a 60 anos (ID2 cabeça, abdome, extremidades). Estes critérios clínicos foram progressivamente sobrepostos para selecionar um grupo com a menor probabilidade de apresentar uma RXT anormal à admissão. Resultados: Foram incluídos 5536 vítimas de trauma fechado, sendo que 302 (5,5%) apresentaram lesões torácicas. Dos 4647 que foram submetidos a RXT na admissão, 268 (5,7%) apresentaram um achado anormal no exame. Dos 2897 admitidos com ExNN, 116 (4,0%) tinham RXT alteradas. Dos 2426 com ExNN e EH, 74 (3,0%) apresentaram alteração na RXT. Dos 1698 com ExNN, EH e ExTN, 24 (1,4%) apresentaram RXT alterada. Dos 1347 com ExNN, EH, ExTN e ID1 confirmada (0,9% do total de indivíduos que realizaram RXT). As lesões identificadas foram: fratura de costela (9), pneumotórax(3), hemotórax(1). Quatro pacientes necessitaram de drenagem torácica. Nos 1140 casos com ExNN, EH, ExTN, ID Conclusão: É possível identificar um subgrupo de vítimas de trauma fechado com baixa probabilidade de apresentar alterações à RXT à admissão. Referências: Evaluating validity of clinical criteria for requesting chest X-rays in trauma patients referred to emergency room. Nejati A(1), Khalaj S, Azizkhani R, Shahryarian S, Kolahehdouzan M, Hossein MS. Adv Biomed Res. 2012;1:22 Role of routine chest radiographs in the evaluation of patients with stable blunt chest trauma--a prospective analysis. Myint KS(1), French S, Williams-Johnson J, Williams E, Johnson P, Reid MO, Gordon-Strachan G. West Indian Med J. 2012 Jan;61(1):64-72. NEXUS chest: validation of a decision instrument for selective chest imaging in blunt trauma. Rodriguez RM, Anglin D, Langdorf MI, et al. JAMA Surg 2013; 148:940.

PALAVRAS-CHAVES: serviços médicos de emergência | radiografia torácica | guias de pratica clinica como assunto

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1163

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Exclusão da presença de lesões intra-abdominais em vítimas de trauma fechado pelo emprego de variáveis clínicas e ultrassom abdominal completo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FLAVIA HELENA BARBOSA MOURA (SANTA CASA SP), JOSE GUSTAVO PARREIRA (SANTA CASA SP), THIARA ALVES MATOS (SANTA CASA SP), CRISTIANO BELOW (SANTA CASA SP), GIOVANNA ZUCCHINI RONDINI (SANTA CASA SP), JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO (SANTA CASA SP), SILVIA CRISTINE SOLDA (SANTA CASA SP), JOSE CESAR ASSEF (SANTA CASA SP)

RESUMO: Objetivo: Identificar grupo de vítimas de trauma fechado nos quais a presença de lesões intra-abdominais (LIA) poderia ser excluída pela utilização de critérios clínicos em conjunto com a ultrassonografia abdominal completa. Método: Análise retrospectiva de informações do registro de trauma coletadas entre 2008 e 2010. Foram incluídas vítimas de trauma fechado com idade superior a 14 anos. Avaliamos as seguintes variáveis clínicas: estabilidade hemodinâmica (EH), exame neurológico normal à admissão (ExNN), exame físico/Rx de tórax normal à admissão (ExTN), exame físico abdominal/pélvico normal a admissão (ExAbN) e ausência de lesões distrativas (ALD). Estes critérios clínicos foram progressivamente sobrepostos para selecionar um grupo com a menor probabilidade de apresentar uma LIA. A ultrassonografia abdominal completa (US) foi realizada por médico radiologista, no departamento de radiologia. Foram consideradas ?lesões distrativas? as com AIS>2 em crânio, tórax e/ou extremidades. Resultados: Foram incluídas 5536 vítimas de trauma fechado. Foram identificadas LIA com AIS>1 em 172 (3.1%) casos. Considerando apenas os 4291 com EH, as LIA estavam presentes em 85 (2.0%). Nos 2815 com EH e ExNN, as LIA foram diagnosticadas em 48 (1.7%). Nos 2001 casos com EH, ExNN e ExTN, as LIA foram observadas em 28 (1.4%). Dos 1828 com EH, ExNN, ExTN, e ExAbN, as LIA foram encontradas em 8 (0,4%). Dos 1561 com EH, ExNN, ExTN, ExAbN e ALD, houve apenas 2 LIA identificadas (2 lesões esplênicas ? uma de tratamento não-operatório e outra tratada por esplenectomia). No grupo com todas as variáveis clínicas, 495 apresentavam US normal e, neste grupo, não foram identificadas LIA posteriormente. Conclusão: Pela somatória de critérios clínicos, é possível identificar um grupo de vítimas de trauma fechado com baixa chance de apresentar LIA significativas. Ao adicionar um US normal a este protocolo, a probabilidade de LIA é muito próxima de zero.

PALAVRAS-CHAVES: trauma fechado | abdômen | diagnóstico

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1173

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Análise de intervalos de tempo como marcadores de qualidade no atendimento ao traumatizado leve

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIOVANNA ZUCCHINI RONDINI (SANTA CASA SP), JOSE GUSTAVO PARREIRA (SANTA CASA SP), LUCA CAMPOLINO ROSSO (SANTA CASA SP), CAROLINE TAMARO (SANTA CASA SP), BARBARA BOZZOLI DESTRO (SANTA CASA SP), JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO (SANTA CASA SP), SILVIA CRISTINE SOLDA (SANTA CASA SP), JOSE CESAR ASSEF (SANTA CASA SP)

RESUMO: Introdução: O traumatizado leve pode não ter a atenção adequada quando é atendido em paralelo a outros doentes com emergências clínicas e cirúrgicas. O atraso na conduta pode interferir no prognóstico e no tempo de permanência hospitalar. Isto acaba por aumentar o número de doentes no serviço de emergência, gerando competição pela atenção profissional e deterioração da qualidade de atendimento. Objetivo: é avaliar, por meio da aferição de intervalos de tempo entre admissão e conduta, a qualidade no atendimento a vítimas de traumas leves. Método: Avaliação das informações obtidas do Registro de Trauma, incluindo adultos admitidos no Serviço de Emergência, em um período de cinco meses, a contar de abril de 2016. Consideramos como traumatizados "leves" os que não necessitaram de internação. Avaliamos as variáveis: tempo entre admissão e realização de radiografias (TAdRx); tempo entre admissão e tomografia computadorizada (TAdTc); tempo entre admissão e avaliação da neurocirurgia (TAdNc), como também, tempo entre admissão e saída do hospital nos pacientes que não ficaram internados (TAdSa). A evolução destes tempos (mediana em minutos) foi acompanhada nos meses em questão, na medida que intervenções foram sendo realizadas para a melhora dos marcadores. Resultados: Foram incluídas 1560 vítimas de trauma, dos quais 1092 (64%) tiveram alta após os exames iniciais (não necessitaram de internação) e formaram nossa amostra. Os intervalos de tempo aferidos (mediana, em minutos), para os 5 meses, foram os seguintes: TAdRx (180, 133, 150, 105, 90); TAdTc (190, 193, 240, 140, 170); TAdNc (420, 324, 340, 300, 300); TAdSa (480, 530, 450, 330, 300). As ações implantadas neste período foram as seguintes: criação de um grupo de discussão incluindo os responsáveis pela radiologia / ortopedia / neurocirurgia, estabelecimento de metas de tempo a serem atingidas pelas equipes, informação / educação do grupo, estabelecimento de relatórios mensais sobre o performance da equipe, rediscussão dos protocolos para solicitação de exames de imagem, disponibilização de aparelho de radiografia móvel (exclusivo para sala de trauma), estabelecimento do "residente do trauma" entre os residentes de plantão e da "visita do trauma", a ser realizada diariamente. Conclusão: Os intervalos de tempo entre admissão e conduta trouxeram informações relevantes como marcadores de qualidade no atendimento ao traumatizado leve.

PALAVRAS-CHAVES: trauma | qualidade | diagnóstico

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1174

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Utilização de critérios clínicos para a seleção das vítimas de trauma fechado que necessitam de radiografia simples de pelve à admissão

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIARA ALVES MATOS (FCMSCSP), JULIO PATROCINIO MORAES (FCMSCSP), JOSE GUSTAVO PARREIRA (FCMSCSP), SILVIA CRISTINE SOLDA (FCMSCSP), JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO (FCMSCSP), PEDRO DE SOUZA LUCARELLI ANTUNES (FCMSCSP), MURILO GOLIN (FCMSCSP), JOSE CESAR ASSEF (FCMSCSP)

RESUMO: Objetivo: identificar, baseados em critérios clínicos, um grupo de vítimas de trauma fechado com baixa probabilidade de apresentar alterações na radiografia simples de pelve à admissão (RXP). Métodos: Análise retrospectiva dos dados de registro de trauma em um período de 24 meses entre 2008 e 2010. Foram selecionados adultos vítimas de trauma fechado que realizaram RXP à admissão. Avaliamos as seguintes variáveis clínicas: exame neurológico normal à admissão (ExNN), estabilidade hemodinâmica (EH), exame físico de pelve normal à admissão (ExPN), idade inferior a 60 anos (ID2 cabeça, abdome, extremidades). Estes critérios clínicos foram progressivamente sobrepostos para selecionar um grupo com a menor probabilidade de apresentar uma RXP anormal à admissão. Resultados: 5536 vítimas de trauma fechado foram incluídas no estudo. Foram identificados 101 (3,3%) RXP anormais dentre os 3055 pacientes que apresentavam RXP na admissão. Nos 1862 com ExNN, identificamos 38 RXP alteradas (2,0%). Nos 1535 com ExNN e EH, observou-se 28 RXP alterados (1,8%). Nos 1506 com ExNN, EH e ExPN, identificamos 21 com RXP positivo (1,4%). Dos 1202 com ExNN, EH, ExPN e ID Conclusão: Ao adicionar critérios clínicos, é possível identificar um grupo vítimas de trauma fechado com chance muito baixa de apresentar fraturas pélvicas. A necessidade de RXP neste grupo deve ser revista.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA | RX PELVE | CRITÉRIOS CLINICOS

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1299

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: AVANÇOS NO USO DE TELEMEDICINA: A EXPERIÊNCIA DA RESPOSTA AO DESASTRE NA BOATE KISS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANE CAROLINE ARAUJO BARRETO (ULBRA), ALEXANDRE RICARDO FARRET JUNIOR (ULBRA), BRUNA TELLES SCOLA (ULBRA), JULIA TONIETTO PORTO (CANOAS), GABRIELLE FOPPA RABAIOLI (ULBRA), ALICE DA COSTA SAALFELD (ULBRA), LUCIANO SILVEIRA EIFLER (ULBRA), EMÍLIE VON AHN BIERHALS (ULBRA)

RESUMO: OBJETIVO Telemedicina (TM) é o uso de sistemas de comunicação utilizados para fornecer serviços de saúde à distância. O objetivo deste trabalho é relatar como foi utilizado a telemedicina durante o atendimento às múltiplas vítimas do incêndio que ocorreu na boate KISS, o segundo maior da história do Brasil, em 2013. MÉTODO Realizou-se um relato feito pelos profissionais que estiveram no comando deste resgate e uma revisão literária com artigos encontrados na plataforma Pubmed através das palavras-chave ?telemedicine? e ?trauma?. Assim, XX artigos foram encontrados e XX entraram para bibliografia. RESULTADOS A TM tem grande potencial para melhorar o desfecho no atendimento a pacientes em estado crítico de saúde pois, permite a integração interdisciplinar de profissionais oriundos de grandes centros especializados. Ainda, esta integração é possível sem aumentar os custos. A resposta a um desastre se divide em três partes: a fase imediata pós desastre, a resposta subaguda ao desastre (dias a semanas) e a recuperação (meses a anos). Durante a resposta ao desastre, 54 pacientes foram transferidos para 8 hospitais da região metropolitana do Rio Grande do Sul através de transporte aeromédico. Após a transferência das vítimas, a Sociedade Brasileira de Trauma (SBT), juntamente com a Universidade de Miami, realizou 7 videoconferências com a participação de hospitais brasileiros, dos Estados Unidos, Canadá e outros países. Com estas videoconferências, foi possível discutir sobre a realização da broncoscopia, uso de membrana extracorpórea e o uso de hidroxicolbalamina no envenenamento com cianeto. Ao todo, foram 62 internações, com 51 altas hospitalares, 07 óbitos e 04 permaneceram internados ao longo do ano. Dentre todos profissionais envolvidos, 92% relatou que a experiência foi relevante durante o manejo de cada caso. CONCLUSÃO A TM permitiu a integração de múltiplos centros especializados durante a resposta ao desastre que aconteceu em 2013 na Boate KISS facilitando a preparação e aconselhamento profissional dos envolvidos no cuidado direto das vítimas.

PALAVRAS-CHAVES: telemedicina | desastres | queimados

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1305

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: FILTROS DE QUALIDADE: UMA MANEIRA DE IDENTIFICAR PONTOS DE ATENÇÃO NO ATENDIMENTO AO TRAUMATIZADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CRISTIANO BELOW (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JOSE GUSTAVO PARREIRA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE), THIARA ALVES MATOS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ISABELA CAMPOS BRIANTI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), FELIPE ARAUJO MORAES DOS SANTOS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), SILVIA CRISTINE SOLDA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), JOSE CESAR ASSEF (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: Analisar a utilidade de ?filtros de qualidade? pré-estabelecidos para a identificação de oportunidades de melhora no atendimento ao traumatizado. Método: Revisão retrospectiva de dados do Registro de Trauma (2015). Foram incluídos adultos vítimas de trauma internados e que tiveram seu caso revisto pelo Programa de Qualidade no Atendimento ao Traumatizado. Além dos dados gerais da amostra, avaliamos a frequência e tipo de complicações e óbitos. A estratificação da gravidade foi feita pelos índices RTS, ISS e TRISS. Os filtros de qualidade analisados foram os seguintes: Drenagem de hematoma subdural agudo após 4 horas da admissão em pacientes com ECG Resultados: Analisamos 663 casos. A média etária foi de 39 + 9 anos. Cerca de 80% eram vítimas de trauma fechado. As médias de RTS, ISS e TRISS foram: 6,7 + 1,4; 6,8 + 11,3 e 0,90 + 0,20. Quarenta e sete pacientes morreram (7%), principalmente devido a traumatismo craniano (51%). A frequência dos filtros na amostra foi a seguinte: F1 (1,4%), F2 (0,3%), F3 (0,8%), F4 (0,5%), F5 (0,2%), F6 (2,0%), F7 (0,3%), F8 (0,2%), F9 (0,2%) e F10 (1,8%). Relacionaram-se significativamente com a presença de complicações: F2, F3 e F7. Foram significativamente associados a maior letalidade: F1 e F3. O Filtro 10 foi significativamente associado com melhor sobrevivência e menor taxa de complicações. Conclusão: A análise dos filtros de qualidade em questão foi capaz de identificar oportunidades de melhora no atendimento ao traumatizado, contudo, devido a baixa frequência observada na nossa amostra, novas propostas devem ser desenvolvidas.

PALAVRAS-CHAVES: REGITRO DE TRAUMA | FILTROS DE QUALIDADE | ANÁLISE

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1330

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: PROTOCOLO DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES POLITRAUMATIZADOS HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUIZ CARLOS VON BAHTEN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU), CRISTIANO SILVA PINTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU), GIOVANNA GULIN GUARINELLO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU), MATHEUS HENRIQUE LIMA PUPULIN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU)

RESUMO: OBJETIVO: Reduzir as ocorrências de TVP e TEP assim como suas consequências através da orientação sobre a profilaxia do tromboembolismo venoso baseada na literatura atual, dentro das limitações existentes e considerando que o local de aplicação do mesmo é um hospital escola e 100% SUS. METODOLOGIA: Avaliação do espectro de pacientes e cirurgias realizadas em nosso serviço, sendo uma grande parte de poli traumatizados e definição de um protocolo para profilaxia de TVP e TEP nesses pacientes. RESULTADOS: Formulação de um formulário para preenchimento classificando os pacientes quanto a necessidade de profilaxia, os fatores de risco para profilaxia e as contra-indicações das mesmas, a ser preenchido no pré-operatório ou no início do internamento. CONCLUSÕES: Apesar de pacientes poli traumatizados não possuírem protocolos específicos quanto ao uso de profilaxia, se faz necessário avaliar todos os pacientes cirúrgicos, poli traumatizados ou não, quanto ao risco de desenvolvimento de TVP/TEP. Assim sendo, como proposta para melhoria da implementação do uso correto da profilaxia para TEV em pacientes cirúrgicos sugerimos a implementação do questionário abaixo junto aos documentos do pré-anestésico de todos os pacientes cirúrgicos deste hospital. BIBLIOGRAFIA: Protocolo de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso em Pacientes Internados do Hospital Sírio-Libanês, 2011 Estudo comparativo entre protocolos para profilaxia da trombose venosa profunda: uma nova proposta, Rev. Bras. Cir. Plást. 2010 Hypercoagulability following blunt solid abdominal organ injury: when to initiate anticoagulation, Am J Surg. 2013 December Management of Deep Vein Thrombosis (DVT) Prophylaxis in Trauma Patients, Bull Emerg Trauma 2016 Venous Thromboembolism Prophylaxis; Clinics in Colon and Rectal Surgery, 2013 Prevenção de Tromboembolia Venosa, Protocolos Clinicos, 2013, FHEMIG, Minas Gerais Selective nonoperative management of blunt hepatic injury, J Trauma Acute Care Surg, Aug, 2012 Stassen et al Selective nonoperative management of blunt splenic injury: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline, J. Trauma Acute Care Surg, Aug. 2012 International clinical practice guidelines for the treatment and prophylaxis of venous thromboembolism in patients with cancer. J Thromb Haemost 2013 A retrospective analysis of the effectiveness of low molecular weight heparina for venous thromboembolism prophylaxis in trauma patients Am J of Surgery 2014?

PALAVRAS-CHAVES: TROMBOEMBOLISMO VENOSO | PROFILAXIA | TRAUMA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1483

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ANÁLISE DAS FALHAS E COMPLICAÇÕES NO TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DA LESÃO HEPÁTICA POR TRAUMA CONTUSO, DE 2005 A 2015.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IZABELLA BARRETO ROMUALDO SILVA (HPS JOÃO XXIII), AMANDA BARALDI DE SOUZA ARAÚJO (HPS JOÃO XXIII), CAMILA ISSA DE AZEVEDO (HPS JOÃO XXIII), SIZENANDO VIEIRA STARLING (HPS JOÃO XXIII), DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND (HPS JOÃO XXIII), LEILA CRISTINA DE AZEVEDO LAMANA (HPS JOÃO XXIII), GUILHERME GOMIDE CABRAL (HPS JOÃO XXIII)

RESUMO: OBJETIVO: Analisar os pacientes com trauma hepático contuso, submetidos a tratamento não operatório (TNO) que evoluíram com falha ou complicações relacionadas a lesão hepática, dando ênfase aos resultados estratificados pelo grau da lesão. MÉTODOS: Estudo retrospectivo de casos admitidos no Hospital João XXIII (FHEMIG), em Belo Horizonte, de janeiro de 2005 a dezembro de 2015, que evoluíram com falha ou complicação durante o tratamento não operatório da lesão hepática contusa. Os dados analisados foram: Idade, sexo, grau de lesão, causas da falha, tipo de complicação, período de sua manifestação, lesões associadas, índice de falha e de complicação, tempo entre admissão e cirurgia ou óbito, taxa de mortalidade. RESULTADOS: Foram estudados 972 pacientes, destes, 53 pacientes (5,45%) evoluíram com falha ou complicação durante o tratamento não operatório da lesão hepática. A maioria dos pacientes do estudo apresentavam lesão G III ou G IV (24,52% e 56,60%). Os pacientes do estudo foram divididos em 2 grupos: aqueles que evoluíram com falha do TNO (43 - 81,13%), ou seja, que necessitaram de abordagem cirúrgica convencional, e aqueles que evoluíram com complicações relacionadas a lesão hepática (10 ? 18,87%) e que puderam ser submetidos a tratamento conservador ou minimamente invasivo. No primeiro grupo, 28 (65,12%) a causa da falha pode ser relacionada diretamente a lesão hepática. Considerando o segundo grupo, O Bilioma foi a complicação mais frequentemente apresentada (60%). Dentre todos os pacientes, 16 (30,18%) evoluíram para óbito. Destes, 9 relacionados exclusivamente ao TNO de lesão hepática. CONCLUSÃO: O tratamento não operatório de lesão hepática é o tratamento de escolha nos grandes centros de trauma com baixo índice de falha e mortalidade. A falha do tratamento é mais frequente em pacientes com lesão grau V (2 de 4). As lesões associadas são uma importante causa de óbito dentre estes pacientes, mostrando a importância de uma seleção rigorosa dos pacientes que serão submetidos ao TNO.

PALAVRAS-CHAVES: trauma | hepático | TNO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2507

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Falha do Tratamento não operatório das lesões esplênicas contusas: atualização e casuística do Hospital João XXIII

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SIZENANDO VIEIRA STARLING (HOSPITAL JOAO XXIII), GABRIEL PINTO LARA FALEIRO (HOSPITAL JOÃO XXIII), DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND (HOSPITAL JOÃO XXIII), CINTIA DOMINGUES BERNARDES (HOSPITAL JOÃO XXIII), GABRIELA DUARTE COSTA CONSTANTINO (HOSPITAL JOÃO XXIII)

RESUMO: Objetivo: O tratamento não operatório (TNO) é considerado a primeira opção na abordagem inicial dos pacientes com lesão esplênica por trauma abdominal contuso, mas ainda apresenta desafios. O trabalho objetiva analisar a experiência do Hospital João XXIII quanto à falha deste tratamento. Métodos: Estudo transversal dos pacientes com lesão esplênica contusa que evoluíram com falha do TNO atendidos no período de novembro 2004 a fevereiro de 2017. As variáveis analisadas foram gênero, idade, mecanismo do trauma, estabilidade hemodinâmica à admissão, exame abdominal inicial, grau da lesão, achados radiológicos, presença de lesões associadas, necessidade de hemotransfusão e mortalidade. Resultados: No período estudado, do total de 953 pacientes submetidos ao TNO por lesão esplênica, 72 (7,6%) evoluíram com falha. Dos pacientes abordados, 59 (82%) eram homens e 13 (18%) eram mulheres. A maioria tinha entre 30 e 60 anos (44%). À admissão, 59 (82%) pacientes estavam estáveis e 59 (82%) tinham dor abdominal. O principal mecanismo de trauma foi acidente automobilístico (27%), seguido por motociclístico (26%). Doze pacientes (17%) apresentavam lesão esplênica Grau II, 26 (36%) Grau III, e 34 (47%) Grau IV. Desessete pacientes (24%) apresentavam lesões associadas de vísceras abdominais. A maioria d falha do TNO ocorreu 7 dias de trauma. Em 5 casos (7%) a causa da falha foi a presença de blush de contraste na tomografia, em 30 casos (42%) estava associada à presença de hematoma subcapsular, em 35 casos (48%) a falha foi associada a taquicardia ou queda de hematócrito e em 2 casos (3%) a causa foi lesão despercebida. Do 72 de pacientes em que houve falha do TNO 42 (60%) receberam hemocomponentes durante a internação. A esplenectomia total foi o procedimento realizado em 68 pacientes (94%). A mortalidade total foi de 7% (5 casos), sendo o óbito decorrente da lesão esplênica em apenas 1 caso (1%). Conclusão: A falha do TNO ocorre principalmente nas lesões esplênicas grau IV. É importante mudar a abordagem inicial dessa lesão antes de selecionar o paciente para TNO. A presença de hematoma subcapsular esplênico é um importante fator que predispõe a falha do TNO.

PALAVRAS-CHAVES: Falha | TNO | Esplênica

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2801

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Impacto associado do Trauma Esplênico e Hepático em seu tratamento e desfechos clínico-cirúrgicos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL LEME CURADO (UNICAMP)

RESUMO: Objetivo: Analisar e comparar os resultados através da Classificação de Lesões Traumáticas da AAST de pacientes com lesões esplênicas isoladas com àqueles com lesões hepáticas associadas. Métodos: Estudo realizado de forma retrospectiva em uma base de dados da Disciplina de Cirurgia do Trauma coletados de forma prospectiva de pacientes internados no hospital universitário da Universidade Estadual de Campinas ? UNICAMP. Os pacientes que foram elegíveis para esta análise estão divididos em dois grupos: (a) com trauma esplênico isolado e (b) trauma hepático associado. Resultados: No período, 272 pacientes foram admitidos com trauma esplênico isolado e 206 com trauma esplênico e hepático associados. Noventa e oito pacientes (36,03%) foram tratados conservadoramente em grupo isolado; e vinte e cinco pacientes (12,14%) do grupo com lesão associada foram tratados conservadoramente (p Conclusão: A abordagem não-operatória dos traumas abdominais fechados poderia ser mais eficiente, não importando se existem lesões associadas no paciente. As lesões associadas foram relacionadas com uma maior taxa de complicações, necessidade de hemoderivados, mortalidade geral e tempo de permanência hospitalar, mas não a mortalidade tratamento não-cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA ESPLÊNICO | TRAUMA HEPÁTICO | TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2808

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ABORDAGEM DO PACIENTE FERIDO POR ARMA BRANCA NA ZONA DE ZIEDLER

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO GARDENAL ALCANTARA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DECIO LUIS PORTELLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), GISELE CRISTINA SILVA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MARIANA FIDELIS SOLLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: Descrever a abordagem realizada no serviço para pacientes com ferimento por arma branca (FAB) na zona de Ziedler, através da experiência de sete casos relatados no ano de 2015. Discutir a relevância da utilização do FAST (Focused Assesment with Sonography for Trauma) na avaliação primária do protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support) e a sequência de reavaliação, e analisar qual o melhor procedimento diagnóstico e terapêutico para cada apresentação clínica do paciente. Método: Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo e analítico de sete pacientes atendidos no pronto atendimento do Politrauma do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. O conteúdo deste trabalho foi obtido através da revisão de prontuário e descrição cirúrgica, registro fotográficos, além de revisão da literatura. Resultados: A experiência do serviço mostra que a abordagem inicial descrita pelo ATLS é fundamental para guiar o atendimento ao ferido. Quando da realização do FAST na avaliação primária indicando ausência de líquido na janela pericárdica deve-se manter o paciente com FAB em zona de Ziedler na sala de urgência sendo assistido por profissionais capacitados. A necessidade de Tomografia Computadorizada com contraste demonstra-se relevante para os casos em que há FAST inconclusivo, ainda que com paciente estável. A amostra exhibe um caso de paciente que se apresentou estável à avaliação primária e secundária, com lesão de aparência não profunda e ao exame de imagem constatou-se lesão de vasos subclávios. Ainda, a abordagem terapêutica é dependente da experiência do cirurgião de plantão, caso não haja disponibilidade de cirurgião torácico. E é sabido que em casos com exclusão diagnóstica inconclusiva há a necessidade de abordagem cirúrgica. Em casos de lesões de vasos foram realizadas as rafias, em casos de lesão de via aérea foi optado por traqueostomia cirúrgica e na lesão de saco pericárdico a conduta foi rafia. As armas que ainda estavam alojadas foram retiradas no tempo intraoperatório. Conclusão: A discussão em relação a abordagem do paciente com FAB na zona de Ziedler é de grande importância, pois a sua prevalência é considerável. A experiência do serviço demonstra um bom seguimento do atendimento aos pacientes abordados tendo evolução clínica satisfatória.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma toracico|zona de ziedler|ferimento por arma branca

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2994

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Cirurgia de Controle de Danos - estamos perdendo controle nas indicações?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SILVANIA KLUG PIMENTEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), MELINA PAULA DE ARAUJO MESKAU (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), TULIO RUCINSKI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

RESUMO: Objetivo: analisar as indicações subjetivas de cada cirurgião para cirurgia de controle de danos (CCD), levantar dados objetivos sobre o estado fisiológico do paciente no momento da cirurgia e correlacionar o momento em que a cirurgia foi escolhida com estes dados. Método: foi realizado um estudo prospectivo entre janeiro de 2016 e fevereiro de 2017 em um hospital referência para trauma. Foram selecionados pacientes vítimas de traumas e que foram submetidos à peritoniotomia. Não houve intervenções na conduta do paciente. Após cada cirurgia era aplicado um questionário no cirurgião responsável, abordando as motivações para a escolha da CCD. Também foram coletados dados nos prontuários dos pacientes, do pré-hospitalar até o fechamento da peritoniotomia. Para avaliar as condições hemodinâmicas dos pacientes, foram coletadas pressão arterial sistólica e frequência cardíaca na chegada ao pronto socorro; nível sérico de lactato e presença de acidose metabólica grave foram usados como indicadores laboratoriais de pior prognóstico - corroborando objetivamente, então, a escolha subjetiva pela CCD. Resultados: no período de treze meses foram selecionados 46 pacientes. 97,8% eram do sexo masculino. A média de idade foi de 35 anos. O trauma penetrante ocorreu em 71,7% dos casos e o trauma fechado em 28,3%. As principais indicações para CCD foram instabilidade hemodinâmica (47,8%) e lesões de alta complexidade (30,4%). Na maioria dos casos a escolha pela CCD foi tomada após o início da cirurgia (56,52%). 91,7% dos casos onde a escolha pela CCD ocorreu na chegada ao PS apresentava sinais de choque hipovolêmico grau III ou IV. Já nos casos onde a indicação ocorreu após o início da cirurgia, 92,3% estavam com choque grau III ou IV. Alterações nos dados laboratoriais corroboraram a escolha pela CCD no pronto-socorro em 58,3% dos casos, e quando a escolha foi feita no centro cirúrgico, 69,2% dos pacientes apresentavam níveis anormais de lactato e/ou acidose metabólica. 39,1% das reoperações ocorreram no momento previsto. Em 10,9%, a reintervenção ocorreu antes do tempo previsto e em 32,6% após o previsto. Os demais pacientes (17,4%) evoluíram a óbito antes disso. Conclusões: Na maioria dos casos a escolha pela CCD foi à chegada do paciente no PS ou logo após o início do procedimento, baseando-se principalmente no estado hemodinâmico e gravidade das lesões, sendo que em 65,78% a decisão, mesmo precoce, foi compatível com dados objetivos do estado hemodinâmico e laboratoriais.

PALAVRAS-CHAVES: Controle de danos | Trauma | Peritoniotomia

URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 399

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: AVALIAÇÃO DE PEPTÍDEOS NEUROENDÓCRINOS INTESTINAIS EM APÊNDICES MORFOLOGICAMENTE NORMAIS RETIRADOS DE PACIENTES COM QUADRO CLÍNICO DE APENDICITE AGUDA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU (UFMG E SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), THIAGO VINICIUS VILLAR BARROSO (UFMG), LUCIENE SIMÕES DE ASSIS TAFURI (UNIFENAS)

RESUMO: AVALIAÇÃO DE PEPTÍDEOS NEUROENDÓCRINOS INTESTINAIS EM APÊNDICES MORFOLOGICAMENTE NORMAIS RETIRADOS DE PACIENTES COM QUADRO CLÍNICO DE APENDICITE AGUDA. Andy Petroianu, Thiago Vinicius Villar Barroso, Luciene Simões De Assis Tafuri

Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

OBJETIVO: Dentre as manifestações de abdome agudo, a dor na fossa ilíaca direita (FID) é um dos grandes desafios médicos, no qual o diagnóstico da apendicite aguda exerce um papel primordial. Nesse sentido, cabe ressaltar que 15% a 40% das apendicectomias removem apêndices morfolologicamente normais, tanto macro quanto microscopicamente. O objetivo deste trabalho foi identificar alterações em polipeptídeos neuroendócrinos intestinais na presença de apêndices normais retirados por quadro clínico, laboratorial e imagiológico sugestivo de apendicite aguda.

MÉTODO: Foram estudados apêndices de 150 pacientes distribuídos em três grupos: Grupo 1 - 50 apêndices morfolologicamente normais retirados por quadro clínico sugestivo de apendicite aguda; Grupo 2 - 25 apêndices normais retirados durante colectomias direitas, para tratamento de câncer colônico direito; Grupo 3 - 25 apêndices com diagnóstico macro e microscópico estabelecido como apendicite aguda. Os apêndices dos três grupos foram estudados histologicamente, por imunofluorescência e por imuno-histoquímica, para avaliar os polipeptídeo neuroendócrinos GIP, VIP, substância P, GAP-43, óxido nítrico-sintetase 2 (C-19), prostaglandina E2, ciclooxigenase 1, ciclooxigenase 2, substância S100, CNPase, enolase específica para neurônio, mastócito-I triptase, sinaptofisina, HLA-DR, PGP 9.5 ultracloone.

RESULTADOS: Os apêndices dos grupos 1 e 3 não diferiram entre si e registraram coloração para os polipeptídeos estudados maior do que a encontrada nos apêndices do Grupo 2. Portanto, apêndices morfolologicamente normais retirados por quadro clínico de apendicite aguda apresentam polipeptídeos neuroendócrinos com as mesmas alterações imuno-histoquímicas encontradas em apêndices inflamados.

CONCLUSÕES: Apesar de alguns apêndices retirados de pacientes com quadro clínico, laboratorial e imagiológico de apendicite aguda terem morfologia aparentemente normal, ao serem analisados por meio imuno-histoquímico, revelam alterações em seus mediadores neuroendócrinos.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite aguda | Mediador neuroendócrino | Diagnóstico

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1000

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: OS BENEFÍCIOS DO USO DA ESCALA DE ALVARADO EM UMA EMERGÊNCIA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL SECUNDÁRIO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ANDRE CAVALCANTE BRASIL (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DIEGO FREITAS FÉLIX (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ROMMEL RENO PORCINO REINALDO (HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA), DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: OBJETIVO Apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico e apesar de simples nas primeiras 24 horas, pode evoluir com perfuração e necrose após 48-72 horas. Visando maior acurácia diagnóstica, a escala de Alvarado utiliza dados clínicos e do hemograma para sugerir abordagem cirúrgica. Assim, o presente trabalho avaliou os benefícios da escala de Alvarado em uma emergência cirúrgica de um hospital secundário. MÉTODO Estudo prospectivo, realizado com 40 pacientes submetidos à apendicectomia, nos quais foram coletados: início da dor abdominal e pontuação pela escala de Alvarado. Ademais, durante ato cirúrgico foram registrados o grau do processo inflamatório do apêndice vermiforme, presença de plastrão, tipo de tratamento do coto apendicular e intercorrências. Dados foram analisados no programa SPSS v.22. RESULTADOS Todos os pacientes pontuaram acima de 6 na escala de Alvarado, 52,5% com escore máximo, sendo a média de 9,32 pontos. Dor à descompressão brusca (mais de 95% dos casos) e anorexia (mais de 90%) como principais sintomas encontrados no estudo ratificam dados da literatura. Leucocitose isolada e associada a desvio à esquerda, presente em 100% e 95% dos casos, respectivamente, reforçam a relação da escala de Alvarado com graus mais avançados de apendicite. Diante disso e das limitações técnicas e estruturais (ausência de exames de imagem mais acurados) no serviço da presente pesquisa, a escala de Alvarado ganha maior valor na elucidação da abordagem de pacientes com suspeita de apendicite aguda. Foram achadas 27,50% de apendicites grau II, 35,00% III, 27,50% IV e 10,00% V. Apenas 12,50% dos pacientes com dor abdominal a menos de 72 horas apresentaram plastrão. Tal proporção aumenta para 50,00% em pacientes com 4-7 dias, e a partir de 8 dias, todos tiveram tal achado durante a cirurgia. O tratamento do coto apendicular foi feito preferencialmente por bolsa de tabaco (80,00%), porém, em apêndices com base necrosada ou por preferência do cirurgião, foram utilizadas outras técnicas: ligadura simples (15,00%), N de Moynihan (5,00%). A média de alta foi 3,375 dias, com mediana e moda de 3 dias. Apenas uma infecção de ferida operatória e um seroma foram relatados após um mês. CONCLUSÃO Apesar de não identificada significância estatística entre escala de Alvarado e grau do apêndice ou dias de dor, ela ainda é ferramenta de grande utilidade diagnóstica, além de altas pontuações correlacionarem-se com a progressão do processo inflamatório apendicular.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite | Escala de Alvarado | Emergência Cirúrgica

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1126

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: EFEITOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO TARDIO NA APENDICITE AGUDA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO KOPROVSKI MENGUER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), MONICA ALEXANDRA JIMENEZ ZERPA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FRANCISCO JAVIER DAVILA SALAMEA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), ANTONIO CARLOS WESTON (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A apendicectomia de urgência deve ser realizada logo após o diagnóstico de apendicite aguda. Um atraso na cirurgia poderia levar a um aumento na morbidade da doença. Estudos recentes sugerem que um pequeno atraso na intervenção cirúrgica não teria efeitos significativos na morbimortalidade desta doença. OBJETIVO: Comparar o grau anatomopatológico e os achados de complicação no transoperatório entre pacientes submetidos a apendicectomia no prazo de até 12 horas após sua chegada na emergência com os que foram operados com mais de 12 horas após o atendimento inicial. Seria seguro uma apendicectomia tardia em casos de apendicite aguda em adultos? PACIENTES E MÉTODOS: Estudo retrospectivo, revisados os prontuários de 178 pacientes submetidos a apendicectomia (videolaparoscópica e convencional) realizada por equipe de residência médica durante o período de dezembro de 2005 a setembro de 2008. Critérios de Exclusão: Pacientes menores 16 anos, apendicectomias incidentais, neoplasias do apêndice cecal. Foram considerados o tempo de início dos sintomas até a chegada à emergência, da emergência até o bloco cirúrgico e início dos sintomas até o bloco cirúrgico. GRADUAÇÃO HISTOLÓGICA: G1: Apêndice cecal com congestão vascular da parede. G2: Apendicite aguda supurativa com periapendicite. G3: Apendicite aguda com necrose de sua parede e marcada periapendicite. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: Grupo Precoce: Tempo hospitalar 55 pacientes (30,8%). Grupo Tardio: Tempo hospitalar > 12 horas. 123 pacientes (69,2%). Resultados: Os pacientes esperaram em média 61 horas, após o início dos sintomas, para procurar um serviço de emergência. O tempo entre a avaliação inicial e a terapêutica cirúrgica foi de aproximadamente 20 horas em nosso serviço. Em 38% dos casos, foram encontrados algum tipo de complicação (abscesso/perfuração) no transoperatório. Na análise anatomopatológica, 32% dos casos apresentaram evidências de apendicite avançada (GIII). CONCLUSÕES: Dentre as variáveis analisadas, o tempo total de evolução da doença parece exercer o maior impacto nos desfechos desfavoráveis da apendicite aguda. Em nosso estudo, o tempo levado do início dos sintomas até a avaliação inicial parece ser mais relevante do que o tempo hospitalar. Em casos selecionados, a realização da apendicectomia de forma tardia pode ser considerada uma opção segura quando a terapêutica precoce não puder ser instituída.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite aguda | Complicações cirúrgicas | Apendicectomia de urgência

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1370

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Abdômen Agudo Inflamatório Cirúrgico no Idoso Dependente e Muito Idoso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA SIMEONI MONTEIRO DE GUIMARÃES (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ROBERTO OSMAR DE C. ESTEVES (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), LIA ROQUE ASSUMPCAO (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO)

RESUMO: Objetivo: A população mundial de idosos progride anualmente. Dor abdominal é uma queixa comum em idosos, 50% dos pacientes com esses sintomas são internados, e destes 30% serão submetidos a intervenções cirúrgicas. Considera-se pela OMS Idoso Dependente e Muito Idoso pacientes acima de 75 anos e este grupo de pacientes apresentam sintomas mais tardios de abdômen agudo inflamatório cirúrgico, aumentando a morbimortalidade da cirurgia de emergência. O presente estudo objetiva relatar série de casos de abdômen agudo cirúrgico inflamatório em 14 pacientes acima de 75 anos. Métodos: Foi realizado estudo retrospectivo, descritivo e analítico de pacientes submetidos a cirurgia de emergência por abdômen agudo, atendidos consecutivamente no Hospital Central do Exército entre Janeiro de 2015 a Dezembro de 2016. Características do procedimento, comorbidades dos pacientes e morbimortalidade durante a internação foram computados. Resultados: Na data da cirurgia a idade em média foi de 81,2 anos com prevalência do sexo feminino de 71,4%. Entre os procedimentos realizados, 14,2% foram decorrentes de apendicite aguda, 28,6% de colectomias, 28,6% de obstrução de intestino delgado, 28,6% de colecistite aguda por via laparoscópica. Câncer foi o diagnóstico histopatológico de 21,4% dos pacientes e colostomia foi realizada em 28,6% das abordagens. Morbimortalidade foi de 28,6% em 60 dias: dos três pacientes que precisaram ser reoperados, dois evoluíram para óbito por sepse pulmonar na mediana de 48 dias de internação. A mediana global dos dias de internação foi de 6,5 dias. Comorbidades clínicas foram apresentadas em 85,7% dos pacientes, sendo: hipertensão (71,4%), insuficiência cardíaca (21,4%), DPOC (7,1%), renal crônico (7,1%), coronariopatia (7,1%), diabetes mellitus (21,4%) e demência (7,1%). Conclusão: As reoperações nos idosos acima de 75 anos podem estar associadas ao aumento da morbimortalidade cirúrgica no abdômen agudo inflamatório. A fragilidade do sistema pulmonar deve ser levada em consideração como fator complicador das reoperações. Apesar da prevalência alta de comorbidades entre os pacientes a resolução do quadro cirúrgico foi efetiva em sua maioria.

PALAVRAS-CHAVES: Abdômen Agudo Inflamatório | Idoso | Cirurgia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1661

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação retrospectiva do uso do score AIMS65 nos pacientes admitidos com diagnóstico de hemorragia Digestiva Alta

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI (CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), MARILIA COLTURATO CLETO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS)

RESUMO: É sabido que a utilização de score de risco em hemorragia digestiva alta seja importante é recomendado por diversas sociedades sua utilização ainda não é frequente em nosso meio. Diversos estudos principalmente os multicêntricos vem mostrando benefícios da utilização no manejo desses pacientes. Avaliamos em nosso serviço retrospectivamente prontuários de pacientes com hemorragia digestiva alta não varicosa aplicando o AIMS65 ? Albumina Levando-se em conta como resultado a mortalidade e tempo de internação Os dados de pacientes admitidos no serviço de emergência do Conjunto Hospitalar de Sorocaba com sangramento digestivo alta agudo foram levantados e analisados aplican-se o AIMS65. Para aqueles sem fatores de risco, a taxa de mortalidade foi de 0,3% em comparação com 40% em pacientes com todos os 5 (P 0,001). A mortalidade global foi de 10,3% (n = 26), e foi de 3%, 7,8%, 20%, 36% e 40% para os escores AIMS65 de 1, 2, 3, 4 e 5 respectivamente; Estes valores foram significativamente mais elevados naqueles com escores ? 2 do que naqueles com escore Limitações: Dados de banco de dados usados ?? não incluem resultados como resangramento. Conclusões: AIMS65 é um escore de risco simples e preciso que prevê mortalidade intra-hospitalar e tempo de internação

PALAVRAS-CHAVES: HDA | score | mortalidade

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1945

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Análise comparativa entre apendicectomia videolaparoscópica e aberta convencional realizada em hospital público de referência em Salvador, Bahia (Brasil).

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO HENRIQUE MENDES RIBEIRO MAIA (UFBA), ANDRE GUSMAO CUNHA (UFBA), MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO)

RESUMO: Objetivos: Avaliar os resultados da apendicectomia videolaparoscópica (AVL) comparando à apendicectomia aberta convencional (AAC) e caracterizar o perfil dos pacientes submetidos à apendicectomia em um hospital público de Salvador, Bahia (Brasil). Método: Estudo de coorte retrospectivo, de pacientes submetidos a apendicectomia aberta e videolaparoscópica, por apendicite aguda, no Hospital do Subúrbio ? Bahia, entre janeiro/2012 e dezembro/2013. Dados epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e desfechos finais dos pacientes foram extraídos do Sistema de Prontuário Eletrônico e analisados com o auxílio do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17.0 (Chicago, EUA). Resultados: 517 pacientes apresentaram diagnóstico de apendicite aguda no período estudado. A AVL foi o tratamento mais frequente, com 311 pacientes (60,2%), e taxa de conversão de 8,4%. Pacientes masculinos foram mais submetidos a AAC (70,5% vs. 54,2%, p=0,01). Entre os pacientes que realizaram AVL 48,3% eram estágio I em comparação com 22,8% que realizaram AAC, mostrando diferença estatística também. Os pacientes que foram classificados como estágio II e III foram mais submetidos AAC, também com relevância estatística. A hospitalização dos pacientes submetidos à AAC foi de 4,46 dias (Max.=31,45 e Min.=0,7). Já os pacientes submetidos à AVL permaneceram 3,62 dias (Max.=39,44 e Min.=0,46). Foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação a mediana de permanência no hospital, sendo que os pacientes submetidos a AVL tem um tempo de permanência menor (2,8 x 3,1 dias, p=0,01). Não foi constatado nenhum óbito intra-operatório e apenas 13 pacientes (2,5%) precisaram de UTI no pós-operatório, sendo 8 submetidos a AAC e 5 AVL, dos quais 2 houve conversão. Conclusões: A AVL é segura, eficaz, demanda menor tempo de internamento e potencialmente redutora de custos hospitalares. Sua ampla implementação nos hospitais da rede SUS deve ser incentivada. Bibliografia: Nicola Z, Gabriella S, Alberto M, Saverio CF. Transumbilical laparoscopic-assisted appendectomy in children: Clinical and surgical outcomes. World J Gastrointest Endosc. 2014 ;6(4): 101-4. Wray CJ, Kao LS, Millas SG, Tsao K, Ko TC. Acute appendicitis: controversies in diagnosis and management. Curr Probl Surg. 2013; 50(2): 54-86.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite | Videolaparoscopia | SUS

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2124

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE EMERGÊNCIA DE SÃO LUÍS, MARANHÃO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARTUR SERRA NETO (HOSPITAL DR. CLEMENTINO MOURA - SOCORRAO II), PAOLO MENEZES MIRANDA (UNIVERSIDADE CEUMA), JOSE ARIMATEA ALVES DE CARVALHO JUNIOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), ANNA FLAVIA MOREIRA DE FARIA (UNIVERSIDADE CEUMA), ANNE NATHALY ARAUJO FONTOURA (UNIVERSIDADE CEUMA), RAYLA BEZERRA ROCHA (UNIVERSIDADE CEUMA), BIANCA SANTANA DE SOUZA (UNIVERSIDADE CEUMA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O abdome agudo obstrutivo é uma afecção muito frequente, cerca de 20% das internações em serviço de cirurgia por acometimento agudo abdominal são devidas a obstruções intestinais. O manejo seguro e efetivo depende do diagnóstico rápido e preciso e para isso é essencial o conhecimento do perfil clínico-epidemiológico do mesmo. OBJETIVOS: Traçar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com abdome agudo obstrutivo em um hospital público de emergência em São Luís ? Maranhão, buscando identificar as causas mais prevalentes que levaram os pacientes à procura de atendimento médico de emergência. MÉTODO: Estudo transversal, retrospectivo, através da análise de prontuários de pacientes com diagnóstico de obstrução intestinal, admitidos no hospital de Emergência Dr. Clementino Moura ? Socorrão II, no período de Janeiro de 2015 a Dezembro de 2015. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade CEUMA. RESULTADOS: Obteve-se uma amostra de 52 pacientes, destes 71.2% (37) do sexo masculino e 28.8% (15) do feminino. A frequência se mostrou maior em pacientes entre 40-49 anos (21.2%). A maioria dos pacientes são da capital 65.4% (34). O tempo de surgimento dos sintomas mais frequente, até o paciente chegar ao hospital, foi após as 48 horas com 55.8% (29). As principais etiologias da obstrução foram hérnias, bridas/aderências e tumores correspondendo, respectivamente, 48.1%(25), 23.1% (12) e 9.6%(5). Volvo de sigmoide foi responsável por 9,6% (5) e demais causas (9,6%). A perfusão tecidual das alças encontrava-se frequentemente simples em 75%(39), o nível da obstrução foi predominantemente alta 67.3%(35) e a forma de oclusão mais comum foi do tipo em alça fechada com 57.7%(30) dos casos. Em 12 pacientes realizou-se somente lise de bridas e aderencias, em 20 enterectomia com enteroanastomose, em 5 Hemicolectomia direita com ileostomia e também em 5 hemicolectomia esquerda a Hartman. Demais pacientes condutas variadas. Em relação a evolução, a taxa de alta hospitalar se destacou em relação a de óbito com 82.7%. O tempo de permanência hospitalar mais comum era entre 1 e 6 dias 63.5%(33). CONCLUSÃO: A partir deste estudo conseguimos traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com obstrução intestinal, dados que servem para orientar os profissionais da área da saúde para uma abordagem mais rápida e eficiente, objetivando assim uma menor taxa de morbimortalidade dos doentes.

PALAVRAS-CHAVES: abdome agudo|obstrução intestinal|cirurgia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2353

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DA OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BRIDAS: SÉRIE DE CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMYLLE REIS FIGUEIREDO (IAMSPE), JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH (IAMSPE), DIRCE MARIA DE A. D. GIBELLI (IAMSPE), ALBERTO GOLDENBERG (EISNTEIN), ADRIANO CORONA BRANCO (IAMSPE), MARCELLO BIANCHI TRIVINO (ALVORADA), MAURICIO RODRIGUES LACERDA (IAMSPE), ELLEN TREVELIN (IAMSPE), GABRIEL LACERDA ESTEVES (IAMSPE)

RESUMO: INTRODUÇÃO/OBJETIVO Abdome agudo obstrutivo AAO é uma afecção muito frequente nos serviços de urgência, corresponde a cerca de 20% das internações em serviços cirúrgicos. O intestino delgado é um sitio frequente de obstrução intestinal sendo bridas e aderência (B&A) a principal causa. Necessitam de cirurgia casos de refratários ao tratamento clínico ou na suspeita de complicações. O tratamento padrão atual é a laparotomia, porém um número crescente de procedimentos laparoscópicos tem sido feito na lise de B&A. O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência do nosso serviço na abordagem laparoscópica da lise de B&A. MATERIAIS E MÉTODO Avaliação retrospectiva de prontuários de 24 pacientes indicados para tratamento laparoscópico no período de 2010-Jan 2017. Foram 9 masculino e 15 feminino com idade média 46,5 anos entre 15 e 91. Todos os casos inicialmente receberam tratamento clínico padronizado, realizaram tomografia para complementação diagnóstica. Foram indicados casos refratários ao tratamento clínico ou na suspeita de complicação. Sempre se empregou a técnica aberta para realização de pneumopertoneo, procedendo-se a inspeção cuidadosa para o diagnóstico do ponto de obstrução. Realizou-se lise sem uso de cautério. Após o término manteve-se a sonda gástrica rotineira. RESULTADOS/DISCUSSÃO: Houve duas conversões para laparotomia (8,3%) sendo achado em 18 casos A&B, 1 caso de tumor de delgado, 1 caso de endometriose de íleo, 1 caso brida + hérnia de Richter, 1 caso de torção de colón e 2 casos de intusseção de divertículo Meckel. Houve uma lesão de delgado identificado no intra-operatório. No pós-operatório 2 complicações necessitaram de laparotomia, com achado nova obstrução em um e de lesão de alça de delgado no outro caso. Este último caso pós-operatório de cirurgia bariátrica apresentou complicações sépticas e faleceu. Os demais casos tiveram evolução favorável, recebendo alta no 1 ao 8 PO (média 1,8 dias). Não houve recidiva de sintomas ou outras complicações no seguimento ambulatorial. CONCLUSÃO: a abordagem laparoscópica embora factível ainda tem limites quanto a indicação universal. Estudos comparativos e seleção criteriosa são recomendados. REFERENCIAS: Ville Sallinen, Heidi Wikstrom, Mikael Victorzon, Paulina Salminen, Vesa Koivukangas, Eija Haukijarvi, et al. Laparoscopic open adhesiolysis for small bowel obstruction ? a multicenter, prospective, randomized , controlled trial. BMC Surgery. 2014; 14:77.

PALAVRAS-CHAVES: BRIDA|VIDEOLAPAROSCOPIA|OBSTRUTIVO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2634

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Perfil epidemiológico das apendicectomias realizadas no Brasil, pelo Sistema Único de Saúde, no período de 2008 a 2014

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS SILVA DE PAULA ROCHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - REGIONAL JATAÍ), RODRIGO SILVA DE PAULA ROCHA (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), MARIA ISABEL RAMOS SARAIVA (CLÍNICA PARTICULAR), MATEUS QUARESMA MENDONÇA (HUGOL - HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA), RODRIGO PARREIRA GOMIDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - REGIONAL JATAÍ), LUIZ CARLOS DE MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - REGIONAL JATAÍ)

RESUMO: Objetivo: Estudos têm comparado os métodos de apendicectomia aberta (AA) e apendicectomia videolaparoscópica (AV). Observa-se na literatura aparente vantagem da AV, a qual está associada a menor número de complicações pós-operatórias^{1,2,4} e menor tempo de internação^{1,2,3,4,5}, mas por um outro lado, a um maior custo^{1,4,5,6}. Pretende-se, assim, avaliar e comparar o perfil epidemiológico das AAs e AVs realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos. Método: Estudo epidemiológico descritivo retrospectivo, referente aos procedimentos de AA e AV em caráter eletivo e de urgência, realizados através do SUS, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2014. Os dados foram obtidos a partir do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (DATASUS-SINAN) e distribuídos em séries temporais quanto às variáveis: número de internações, custo médio de internação, tempo médio de permanência hospitalar, número de óbitos e taxa de mortalidade. Resultados: Em caráter eletivo, houve 34.723 apendicectomias, das quais 33.657 (96,03%) por técnica aberta e 1.066 (3,07%) por laparoscópica. O valor médio das internações oscilou, com média de R\$ 482,13 para AA e R\$ 533,44 para AV. O tempo médio de permanência apresentou declínio progressivo para AA e oscilou para AV, com médias de 3,91 dias e 3,54 dias, respectivamente. O número de óbitos foi de 78 para AA e 2 para AV. A taxa de mortalidade para AA oscilou e apresentou média de 0,23%, enquanto AV apresentou 0,18%. Já em caráter de urgência, notificaram-se 649.673 apendicectomias, com 636.939 (98,04%) AA e 12.734 (1,96%) AV. O custo médio das internações apresentou aumento progressivo para ambas técnicas, com média de R\$ 554,00 para AA e R\$ 581,65 para AV. O tempo médio de internação apresentou declínio para as duas técnicas, com média de 3,77 dias para AA e 3,62 dias para AV. Houve 1.795 óbitos para AA e 12 para AV. A taxa de mortalidade de AA apresentou média de 0,28% no período, contra 0,11% pela AV, a qual mostrou maior oscilação. Conclusões: Tanto em caráter eletivo quanto em de urgência, a AA foi a mais realizada no período. A técnica videolaparoscópica apresentou menor tempo médio de permanência hospitalar, menor número de óbitos e menor taxa de mortalidade. Apesar de a AV ter-se mostrado pouco mais onerosa, os benefícios gerados ao paciente por ser técnica minimamente invasiva devem ser considerados para sua adoção. No entanto, faz-se necessária infraestrutura, equipamentos e capacitação dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicectomia aberta | Apendicectomia videolaparoscópica | Estudo epidemiológico

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2768

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: PERFIL DOS PACIENTES COM APENDICITE AGUDA COMPLICADA NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), ANGELO CUNHA DE FIGUEIREDO FILHO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), YILON LIMA CHENG (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LUCAS BRUNO BORGES (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LUCAS DE OLIVEIRA LIMA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), JOSE ANTONIO CARLOS O.DAVID MORANO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: Traçar o perfil dos pacientes com apendicite complicada abordados no serviço de emergência cirúrgica do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Metodologia: Trata-se de estudo observacional, retrospectivo, descritivo analítico realizado a partir da revisão de prontuários médicos eletrônicos (sistema ars vitae) e materiais. No período de janeiro de 2015 à janeiro de 2016, foram selecionados 101 pacientes que se submeteram a tratamento cirúrgico por apendicite complicada no HGF, sendo que somente 92 pacientes enquadravam-se nos critérios de inclusão e não preenchiam os critérios de exclusão da pesquisa. Resultados: Os fatores como sexo, ASA, origem do paciente não demonstraram significância no aumento do tempo de internação hospitalar. A idade foi fator determinante no maior tempo de internação hospitalar tendo os pacientes idosos (>60 anos) uma internação hospitalar significativamente maior ($p=0.046$). O tempo entre o início dos sintomas e o tratamento definitivo teve uma média de 5,74 dias, tempo total de internação hospitalar teve uma média de 11.17 dias e os paciente demoraram cerca de 13.52 horas entre admissão hospitalar e a cirurgia. Todos esses tempos mostraram-se maiores que os apresentados pela literatura médica, tendo o tempo elevado entre o início dos sintomas e a cirurgia causado uma internação hospitalar significativamente mais prolongada ($p= 0.02$). A videolaparoscopia teve um tempo de internação hospitalar média de 5 dias, sendo significativamente menor em relação a cirurgia convencional (p Conclusão: Vê-se a necessidade de uma melhor estruturação no atendimento inicial dos pacientes da emergência do HGF e de melhorar o acesso do usuário do SUS à emergência cirúrgica do HGF, diminuindo, assim, complicações e internações mais prolongadas. A ampliação do uso da videolaparoscopia parece ser uma alternativa para a redução dos custos econômicos e sociais apendicite complicada. Bibliografia: Horvath, P. et al. Comparison of clinical outcome of laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis. Surg Endosc. 2016 David R. Flum. Acute Appendicitis ? Appendectomy or the ?Antibiotics First? Strategy N Engl J Med 2015; 372:1937-1943 May 14, 2015

PALAVRAS-CHAVES: apendicite | apendicite complicada | abdome agudo

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2881

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: FATORES CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS NOS PACIENTES COM OBSTRUÇÃO INTESTINAL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), FERNANDO TORRES BERMUDES (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), LUIS ALBERTO VALENTE LAUFER (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), STEPHANNY DE CARVALHO BARBOSA (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), GUSTAVO GOMES OLIVEIRA (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), NATHALIA VILLARINS PEDROSA (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES)

RESUMO: Introdução Obstrução intestinal é uma causa frequente de abdome agudo, correspondendo a 4,8% de todos os pacientes cirúrgicos admitidos em prontos-socorros e 21,8% naqueles com manejo cirúrgico. Ocorre mais no intestino delgado (80%). Tem causas variadas, com mortalidade elevada. Objetivo Definir o perfil clínico epidemiológico de pacientes com obstrução intestinal e avaliar os possíveis fatores de agravo. Método Estudo de abordagem quantitativa e mista com análise retrospectiva de prontuários de pacientes atendidos com diagnóstico de obstrução intestinal entre 01/01/2015 e 01/01/2016. Avaliaram-se variáveis epidemiológicas e clínicas com análise descritiva em percentual e busca de fatores relacionados a agravos da doença. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do HUCAM. Resultados Foram selecionados 68 pacientes, a maioria do sexo feminino, 54,41%, raça negra (51,47%), com comorbidades 57,35%, média de idade de 58 anos e média do tempo de internação de 11 dias. Cirurgia abdominal prévia apareceu em 39,7%. Encontramos relação positiva, com significância estatística quanto aos pacientes com conduta conservadora e internação em UTI, assim como óbito, entre o número de exames solicitados e a conduta conservadora e entre o tempo até a cirurgia e conduta conservadora além de internação em UTI. Conclusão Houve predomínio do sexo feminino, raça negra e tempo de internação prolongado, com muitas comorbidades, principalmente hipertensão. Solicitação de exames elevada aconteceu mais em pacientes com conduta inicial conservadora, e isso levou mais pacientes à UTI e ao óbito. O tempo maior até a cirurgia teve relação com conduta conservadora e internação em UTI.

PALAVRAS-CHAVES: Obstrução intestinal | Epidemiologia | Fatores de Agravo

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 3068

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: PERFIL DE PACIENTES COM SINDROME DE FOURNIER TRATADOS EM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO NO OESTE DO PARANÁ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DJONEY RAFAEL DOS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ), ANNATA TEIXEIRA DELLA COSTA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ), RAPHAEL FLAVIO FACHINI CIPRIANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ), FERNANDO ANTONIO C. SPENCER NETTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ)

RESUMO: Objetivo: Analisar o perfil dos pacientes com SF tratados em hospital público terciário no oeste do Paraná. Métodos: Realizou-se um estudo transversal, retrospectivo e descritivo baseado de análise de prontuários de pacientes portadores de SF no período de janeiro de 2012 à novembro de 2016. Resultados: Foram tratados 40 pacientes com SF no período: 29 (72,5%) homens e 11 (27,5%) mulheres. A média de idade foi de $51,7 \pm 16,3$ anos. A média do tempo de evolução da doença, do sintoma inicial até entrada no serviço, foi de $10,5 \pm 1,2$ dias. Todos os pacientes apresentaram algum sinal clínico como dor, abaulamento, eritema, entre outros e comorbidades associadas (38 pacientes - 95%), sendo as mais comuns diabetes mellitus (DM) tipo II e hipertensão arterial sistêmica (HAS). A maioria (30 pacientes ? 75%) apresentava como etiologia provável abscesso perianal. Todos os pacientes foram submetidos à antibioticoterapia e tratamento cirúrgico com média de $1,8 \pm 1,1$ cirurgias/paciente. Nove (22,5%) pacientes evoluíram para óbito. Houve forte correlação entre a presença de sepse na admissão e mortalidade. Conclusão: Pacientes portadores de SF desta casuística apresentavam longo tempo de doença e elevada prevalência de comorbidades. É possível que melhorias no sistema básico de saúde, com controle de doenças crônicas de base e encaminhamento precoce ao especialista, melhore o prognóstico destes pacientes. Bibliografia 1. Dornelas MT, Correa MPD, Barra FML, Corrêa LD, Silva EC, Dornelas GV, Dornelas MC. Fournier's syndrome: a 10-year evaluation study. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(4):600-604. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-517520120004000222>. Santos EI, Vale ALVV, Reis ICPMR, Neves PB, Pontes CMP, Camara SGC. Brazilian scientific evidence on Fournier's gangrene. *Rev Rene.* 2014;15(6):1047-1055. <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v15i6.33123>. Ramirez B, Cavalheiro CS, Campioni FC, Solia MF, Franco RL, Minata MK. Síndrome de Fournier. *Rev Fac Ciênc Med Sorocaba.* 2014;16(1):1-6. 4. Dias MLS, Popov DCS. Síndrome de Fournier: alterações do portador. *Rev Enferm UNISA.* 2009;10(1):44-47. 5. Rocha DM, Bezerra SMG, Nogueira LT, Viana MCBR, Benício CDAV, Santos RR, Lopes VCA, Silva SS, Brito NLC, Macedo HCF, Silva DPS, Guimarães KM, Araújo EP, Sousa FM, Brito AGA, Junior RFS, Jesus AV. Scientific Evidences on Therapeutic Methods in Treatment of Fournier's Gangrene. *Int Arch Med.* 2016;9(251):1-9. <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1910>

PALAVRAS-CHAVES: Fournier | Gangrena | Mortalidade

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1231

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Escore R.E.N.A.L. elevado está associado à conversão de Nefrectomia Parcial em Radical, no tratamento do Câncer Renal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JÉSSICA PALMA SOARES (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS), ANDRÉ COSTA MATOS (INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO), MARCOS DALL'OGGIO (INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO), JOÃO JUVENIZ (INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO), LUIZ GUSTAVO TOLEDO (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: Testar a hipótese de que o escore R.E.N.A.L. elevado é capaz de prever a conversão cirúrgica da via laparoscópica para via aberta, ou a totalização intraoperatória da nefrectomia parcial para radical. Metodologia: Entre janeiro de 2010 e junho de 2012, 320 pacientes foram submetidos ao tratamento cirúrgico (nefrectomia parcial ou radical) para tumores renais no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). Os pacientes incluídos na amostra tinham tumores (01), calculose renal ipsilateral ao tumor, tuberculose renal, e os submetidos a cirurgias prévias no rim ou em andar superior do abdome ipsilateral ao tumor renal. Foi avaliada a acurácia do escore R.E.N.A.L. em prever a taxa de conversão cirúrgica, através de curva ROC, identificando o melhor ponto de corte deste escore. Resultados: Foram incluídos para análise dos dados, de acordo com os critérios de seleção, 71 pacientes. Em relação as características clínicas, a idade média foi de 60,0±12,7 anos, sendo 39 (54,9%) do gênero masculino. No que se refere às características patológicas dos tumores, a média do tamanho do tumor foi de 4,1 cm. A mediana do escore RENAL foi de 9 (IIQ 4-11), sendo a maioria (59,2%) de média complexidade. A acurácia do escore R.E.N.A.L. em prever taxa de conversão foi testada através da curva ROC que demonstrou uma AUC de 0,715 (0,595 - 0,836); p = 0,002. Avaliando-se um ponto de corte privilegiando a especificidade da informação, encontramos para R.E.N.A.L. > 9, 46% de sensibilidade e 78% de especificidade. Dos indivíduos que foram submetidos à totalização, 4 (8,9%) possuíam escore R.E.N.A.L. Conclusão: O escore R.E.N.A.L. pode ajudar na predição da necessidade de conversão da via de acesso laparoscópica para aberta, ou totalização da nefrectomia parcial durante o tratamento cirúrgico de tumores renais de até 7,0cm. Os pacientes com escore R.E.N.A.L. >9 estão sob maior risco.

PALAVRAS-CHAVES: Nefrectomia | Carcinoma Renal | Anatomia

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1903

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: O impacto de alterações histológicas do parênquima renal não-neoplásico na incidência de insuficiência renal crônica após nefrectomia radical

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RICARDO ARAUJO BRANDINA (PUC-LONDRINA), ROGÉRIO AUGUSTO GOMES SILVEIRA (PUC-LONDRINA), GUILHERME IRIA FUJITA (PUC-LONDRINA), CAROLINA FERREIRA BALDECERRA (PUC-LONDRINA)

RESUMO: Objetivo: Avaliar a associação de parâmetros histopatológicos no parênquima renal não neoplásico com o desenvolvimento de doença renal crônica (DRC) de início recente após nefrectomia radical. Métodos: Os dados utilizados foram extraídos de 222 pacientes submetidos a nefrectomia radical. Utilizou-se a fórmula MDRD (Modification of Diet in Renal Disease). O ponto final do estudo foi o desenvolvimento de DRC, definida como uma taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) menor que 60 mL / min / 1,73 m². Um patologista renal avaliou três características histológicas no parênquima não neoplásico: glomerulosclerose, arteriosclerose e fibrose intersticial. A avaliação da glomerulosclerose foi calculada pelo número total de glomérulos escleróticos, dividido pelo número total de glomérulos avaliados, e expressa em porcentagem. A extensão da oclusão arterial foi quantificada em três grupos, nomeadamente: 1. 0%-25%, 2. 26%-50% e 3. Superior a 50%. A fibrose intersticial foi avaliada como ausente ou presente. Resultados: Após um seguimento médio de 49,06 meses, a redução média da TFGe foi de 26,5% após nefrectomia radical. Quase metade dos pacientes (53,8%) desenvolveram DRC. Para cada aumento de 2,5% em alterações glomerulares, cada aumento pontual no índice de comorbidade de Charlson e cada aumento de 10 anos na idade do paciente, a TFGe diminuiu 28%, 33% e 39%, respectivamente (P Conclusão: Alterações histológicas do parênquima renal não neoplásico podem ser utilizadas para prever pacientes que evoluirão para DRC após uma nefrectomia radical.

PALAVRAS-CHAVES: NEFRECTOMIA | RIM | FALENCIA RENAL CRONICA

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2244

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Câncer de próstata: características epidemiológica e análise de 1197 casos tratados

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), VINICIUS BASSO PRETI (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), RONALD KOOL (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), REGINA MARIA GOOLKATE (PUC-PR), DEISY BRIGID DE ZORZI DALKE (PUC-PR), EMILY BAVELDI NOMURA (FEPAR), RAPHAELLA DE PAULA FERREIRA (FEPAR)

RESUMO: Objetivo: Apresentar os dados coletados e processados pelo Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Erasto Gaertner dos pacientes com câncer do prostata no período de 2010 até 2014. Estudar as características epidemiológicas tentando definir quais os fatores de risco para a doença assim como para o resultado do seu tratamento. Métodos: Os dados foram coletados diretamente do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no formato padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram tratados 1197 casos de câncer de próstata no período de 2010 a 2014. A maioria dos casos ocorreu após os 60 anos de idade, com pico de incidência entre 65 e 69 anos. Em relação à procedência dos pacientes 39,6% eram provenientes da capital e 34% da região metropolitana. 53,4% dos pacientes apresentavam história familiar positiva para câncer de próstata, 28,7% apresentavam história positiva para etilismo e 31,6% para tabagismo. O estadiamento, baseado no TNM (UICC), apresentou 55,6% de casos iniciais, e 44,4% de casos avançados ao diagnóstico. Quanto ao tipo de tratamento realizado na instituição 28,8 % dos pacientes foram submetidos à cirurgia, 17,5% a hormonioterapia e 37,3% a radioterapia isolada e tratamento combinado em 9,5%. Após 8 meses de tratamento 92% dos pacientes estavam vivos e 2% foram a óbito. A sobrevida global em 5 anos foi de 77,2% considerando todos os estágios, variando de 54,7% para EC IV e 100% para EC I. Conclusões: O câncer de próstata apresenta-se como uma doença indolente, com altas taxas de sobrevida global em 5 anos, e considerável número de paciente com diagnóstico em estágios iniciais.

PALAVRAS-CHAVES: câncer de próstata | cirurgia | oncologia

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2258

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Prostatectomia: cirurgias realizadas entre 2010 e 2015

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), VINICIUS BASSO PRETI (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), RONALD KOOL (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), REGINA MARIA GOOLKATE (PUC-PR), DEISY BRIGID DE ZORZI DALKE (PUC-PR), EMILY BAVELDI NOMURA (FEPAR), RAPHAELLA DE PAULA FERREIRA (FEPAR)

RESUMO: OBJETIVO: Apresentar os dados coletados referentes aos pacientes submetidos a prostatectomia entre 2010 e 2015. Estudar as características epidemiológicas. MÉTODOS: Os dados foram coletados diretamente do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no formato padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema Epilinfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. RESULTADOS: Foram realizadas 394 prostatectomias, 45,5 apresentaram histórico de tabagismo, 22,1% dos pacientes apresentaram histórico familiar de câncer. 76% apresentavam toque retal alterado ao diagnóstico. O subtipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma acinar em 96,2%. O score de Gleason mais comum na biópsia pre-operatória foi de 6 (3+3) em 58,4% e em seguida o de 7 (3+4) com 18,3%. Já no exame anatomopatológico da peça cirúrgica, o adenocarcinoma acinar representou 98,7% dos casos, sendo que apenas 13% apresentavam prolapso acinar atípico e 13,6% invasão da vesícula seminal. Em cintilografia pre-operatória, 92,8% dos pacientes não apresentavam metástases. 39,3% foram estadiados como II B e 29,4% como III. A prostatectomia aberta foi realizada em 92,6% dos pacientes e a por vídeo em 7,1%. Somente em 5,8% dos casos foi realizada vigilância ativa antes do tratamento. Em 6,8% dos casos ocorreram complicações transoperatorias graves com sangramento e infecção. 17,8% tiveram a margem cirúrgica comprometida. 25,1% dos pacientes apresentaram algum tipo de complicação pós-operatória grau 2 e 3 de Clavien-Dindo. 37,6% deles cursaram com impotência funcional após o tratamento, 61% com incontinência urinária, 7,9% com estenose vesico-ureteral, 10,3% com retenção urinária aguda. 17,1% tiveram infecção urinária no pós-operatório. 96,1% dos pacientes necessitaram de sonda vesico-ureteral no pós-operatório. 77,7% dos pacientes atingiram remissão em 6 meses, sendo que 13,3% apresentaram progressão da doença. 97,5% dos pacientes estavam vivos após 5 anos. CONCLUSÕES: O câncer de próstata é uma neoplasia muito frequente e a maioria dos pacientes já apresenta sintomas pelas alterações prostáticas ao diagnóstico. A cirurgia é o tipo de tratamento mais realizado, porém cursa frequentemente com intercorrências como incontinência urinária e impotência funcional.

PALAVRAS-CHAVES: câncer de próstata | cirurgia | oncologia

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2415

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Transplantes Sem Fronteiras ? Um novo Projeto para Descentralização dos Centros de Transplantes no Brasil

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALESSANDRO SILVESTRE (SÃO CAMILO), TERCIO GENZINI (HOSPITAL BANDEIRANTES), HUDA MARIA NOUJAIM (HOSPITAL BANDEIRANTES), BEIMAR EDMUNDO ZEBALLOS SEMPETEGUI (HOSPITAL BANDEIRANTES), JUAN RAFAEL BRANEZ PAREIRA (HOSPITAL BANDEIRANTES), LEONARDO TOLEDO MOTA (HOSPITAL BANDEIRANTES), TIAGO GENZINI DE MIRANDA (MEDICINA SOROCABA), NADIA MIE TAIRA (FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA DE SAO PAULO), FERNANDA RIBEIRO DANZIERE (HOSPITAL BANDEIRANTES), MARCELO PEROSA DE MIRANDA (HOSPITAL BANDEIRANTES)

RESUMO: Introdução: A disparidade regional na atividade de transplantes é problema maior no Brasil e em outros países do mundo. Os centros de transplantes brasileiros concentram-se nos estados litorâneos, sendo que toda a região centro-oeste, norte e parte do nordeste é desprovida de programas ativos. Objetivo: Capacitar equipes multiprofissionais em áreas desprovidas de transplantes no Brasil. Métodos: De 2009 a 2016, desenvolveu-se o Projeto Transplantes Sem Fronteiras (TSF), em que uma equipe experiente em transplantes de fígado, pâncreas e rins desloca-se até o estado alvo e desenvolve o Programa, capacitando os recursos humanos e Instituição in locus. A capacitação tem início com workshops quinzenais e, após período de 3 a 6 meses, os transplantes são iniciados. A equipe tutora itinerante do TSF cobriu uma área de 2.600.000km² do território nacional para capacitações de centros distantes incluindo Manaus-AM, Rio Branco-AC, Redenção-PA, Itabuna-BA, Goiânia-GO e Brasília-DF. A evolução dos pacientes é discutida semanalmente entre a equipe tutora e a local por meio de teleconferências e prontuários eletrônicos compartilhados. Resultados: Neste período, realizaram-se 423 transplantes em seis diferentes estados do centro-oeste, norte e nordeste do Brasil, sendo 156 de fígado e 267 de rim. Dos 423, 280 (66%) foram realizados com a presença da equipe tutora e 143 (34%), somente pelas equipes locais. A sobrevida de um ano de paciente e enxerto nos programas de transplante de fígado variou de 86% a 100% nos diferentes serviços. A sobrevida de um ano de paciente nos programas de transplante de rim variou de 90% a 100% e dos enxertos, de 90% a 97% nos centros envolvidos. Conclusão: O projeto TSF mostrou-se eficiente e capaz de desenvolver centros de transplantes em áreas desprovidas deste recurso, demonstrando que é possível com a tutoria in locus de uma equipe experiente pular a curva de aprendizado e reproduzir resultados de excelência desde o início. Palavras-chaves: disparidade regional; capacitação em serviço; tutoria; transplante de órgãos

PALAVRAS-CHAVES: TRANSPLANTE|SEM FRONTEIRAS|CENTROS DE TRANSPLANTE

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2747

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE PRÓSTATA NO ESTADO DO TOCANTINS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JÚLIA CYRÍACO (UNIRG), ANA FLÁVIA RIBEIRO DE SOUSA (UNIRG), THIAGO DELMONDES FEITOSA (UNIRG), GUILHERME NASCIMENTO PINHEIRO (UNIRG), GEOVANA DO NASCIMENTO NUNES (UNIRG), LAYLLA LÚCIA BORGES PINHEIRO (UNIRG), BRENDA SILVEIRA DIAS (UNIRG), CELSO ROCHA DA SILVA (UNIRG)

RESUMO: Objetivo: Apresentar a incidência de neoplasias malignas de próstata no estado do Tocantins de novembro de 2014 à novembro de 2016 com hospitalização. É caracterizado como o sexto tipo de câncer mais prevalente a nível mundial e o mais comum em homens de diversos países, chegando a cerca de 10% dos cânceres.¹ No Brasil até o ano de 2015 era estimado que 1 (um) em cada 6 (seis) indivíduos maiores de 45 anos tivessem o CA de próstata sem saber da presença da doença.² É visto como fator de risco a rafa afro americana, histórico familiar e obesidade com IMC>30.³ Métodos: Levantamento epidemiológico baseado nos dados do Banco de Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde ? DATASUS. Trata-se de um estudo transversal sobre internação por câncer maligno específico na próstata nos municípios tocantinenses. Resultados: Contabilizou-se 301 internações por neoplasias malignas em 12 municípios tocantinenses, incluindo as 4 cidades com maior aporte hospitalar no estado. Sendo que 55,14(n=166) casos registrados em Araguaína seguido por Palmas com 29,90%(n=90) dos registros e Gurupi com 3,98%(n=12). Quanto a faixa etária há predomínio desses cânceres em pacientes de 70 a 79 anos com 39,20%(n=118), seguido por 60 a 69 anos com 31,86%(n=96). Decorrente ao aumento da expectativa de vida dos pacientes, há vertentes visando melhorias no bem-estar e saúde, evitando também os efeitos adversos do tratamento.¹ A média de casos por município tocantinense foi de 25,08, com desvio padrão (S^1) de 50,86 e erro de S^1 de 14,68, com variância de 8227,73. A avaliação estatística na faixa etária mais acometida por cidade apresenta média de 13,11, com S^1 de 22,27 e erro de S^1 de 6,43 e variância de 496,36. Conclusão: A prevalência das neoplasias malignas da próstata é maior entre 70-79 anos no estado tocantinense devido possivelmente ao aumento da expectativa de vida, devem ser feitos maiores estudos a cerca do tema, a fim de esclarecer se existem demais fatores relacionados à idade que venham a predispor ao câncer.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias|Próstata|Doenças Prostáticas

VIAS BILIARES E PÂNCREAS

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 401

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Principais complicações da colecistectomia laparoscópica: revisão bibliográfica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA), SÉRGIO MATTOS PULS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS), IGOR FRANK NEVES (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA), AMANDA TELES LINO BEGOTTI (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA)

RESUMO: A colecistectomia é o tratamento de escolha para maioria das patologias da vesícula biliar, sendo prática comum em ambiente cirúrgico, realizando-se mais de 750.000 colecistectomias anualmente nos Estados Unidos. Mesmo apresentando uma baixíssima mortalidade (menos de 0,1%), as colecistectomias são operações com número crescente de complicações segundo estudos comparativos dos cinco últimos anos. Sendo assim, o objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever as principais complicações ocorridas por colecistectomias laparoscópicas. Buscou-se artigos nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane utilizando como descritores Complications e Laparoscopic Cholecystectomy. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve-se 63 artigos do período de janeiro de 2012 a janeiro de 2017 e, destes, selecionaram-se 30 artigos que respondiam satisfatoriamente os objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. Dentre as possíveis complicações da colecistectomia tem-se o vazamento da bile por perfuração da vesícula, lesão do ducto biliar, hemorragias e lesão intestinal como, em ordem decrescente, as ocorrências mais comuns durante a operação. Estudos relacionam essas complicações a condições inerentes do paciente, inexperiência cirúrgica e limitações decorrentes da própria técnica operatória, como queimaduras por diatermia. Esses fatos levaram ao desenvolvimento do conceito de "Stop Rules" para quando se deve interromper a operação. As complicações em pós-operatório são divididas pela classificação de Clavien em grau I a IV em escala crescente de gravidade, abrangendo hemorragias, coleperitônio e abscessos. A principal complicação no pós-operatório tardio (3 meses a 1 ano) é a presença de cálculos residuais. Os riscos e complicações da colecistectomia laparoscópica não devem ser desvalorizados, apesar do grande número de operações realizadas. Acredita-se que com experiência e treinamento adequado por parte do cirurgião, as complicações tendem a diminuir.

PALAVRAS-CHAVES: Complicações|Colecistectomia|Laparoscópica

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 441

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: DUODENOPANCREATECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM 50 PACIENTES CONSECUTIVOS SEM MORTALIDADE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (FMUSP), TIAGO BASSÈRES (HOSPITAL SIRIO LIBANES), RODRIGO CAÑADA SURJAN (FMUSP), FABIO FERRARI MAKDISSI (FMUSP)

RESUMO: OBJETIVO: A cirurgia pancreática laparoscópica tem se expandido gradualmente e atualmente, em centros especializados, é realizada duodenopancreatectomia (DPT) por videolaparoscopia. Este estudo apresenta dados sobre a eficácia da DPT laparoscópica em um único centro. MÉTODO: Trata-se de um estudo observacional prospectivo de uma única coorte. De março de 2012 a setembro de 2015, 50 pacientes consecutivos foram submetidos à DPT laparoscópica utilizando uma técnica de cinco trocartes. A reconstrução do trato digestivo foi realizada com técnica de dupla alça jejunal sempre que possível. Os pacientes com sinais radiológicos de invasão da veia porta foram operados por via aberta. RESULTADOS: Vinte e sete mulheres e 23 homens com uma mediana de idade de 63 anos (intervalo 23-76) foram submetidos a DPT laparoscópica. Cinco pacientes foram submetidos a pancreatectomia total. Todos, exceto 1 paciente (operação bariátrica anterior), foram submetidos à ressecção com preservação do piloro. A reconstrução foi realizada com dupla alça jejunal em todos os casos, exceto em 5 casos de pancreatectomia total. A conversão foi necessária em 3 pacientes (6%) como resultado de dissecação difícil (dois casos) e invasão de veia porta insuspeita (1 paciente). O tempo operatório médio foi de 420 minutos (intervalo 360-660), e a mortalidade em 90 dias foi nula. A fístula pancreática ocorreu em 13 pacientes (26%). Houve uma grau C (reoperado), uma grau B (drenagem percutânea), e todos as restantes foram grau A (tratamento conservador). Outras complicações incluíram sangramento local (n = 1), fístula biliar (n = 2) e esvaziamento gástrico tardio (n = 2). A média de internação hospitalar foi de 8,4 dias (intervalo 5-31). CONCLUSÕES: A DPT laparoscópica é viável e segura, mas é tecnicamente exigente e deve ser reservada a cirurgiões laparoscópicos altamente qualificados com treinamento adequado em centros de alto volume. A anastomose pancreática isolada pode ser útil para diminuir a gravidade das fístulas pancreáticas pós-operatórias. Portanto, poderia ser uma boa opção em pacientes com alto risco de desenvolver fístula pancreática, bem como por cirurgiões menos experientes.

PALAVRAS-CHAVES: PANCREAS | LAPAROSCOPIA | DUODENOPANCREATECTOMIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 444

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: PANCREATECTOMIA DISTAL LAPAROSCÓPICA UTILIZANDO PLATAFORMA DE PORTAL ÚNICO: EXPERIÊNCIA INICIAL COM 20 PACIENTES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (FMUSP), TIAGO BASSÈRES (HOSPITAL SIRIO LIBANES), RODRIGO CAÑADA SURJAN (FMUSP), FABIO FERRARI MAKDISSI (FMUSP)

RESUMO: OBJETIVO: Foram descritas recentemente diversas técnicas utilizando portal único para vários procedimentos laparoscópicos. O objetivo deste estudo é descrever nossa experiência com uma técnica alternativa para pancreatectomia distal laparoscópica, com e sem preservação esplênica, usando uma plataforma de portal único. MÉTODO: Este procedimento foi realizado em 20 pacientes com tumores pancreáticos no corpo pancreático ou cauda. Todos os pacientes apresentavam tumor de baixo grau de malignidade. Nenhum paciente com adenocarcinoma foi operado por esta técnica. Uma incisão transumbilical é realizada, e uma plataforma de portal único é introduzida. O estômago é suturado à parede abdominal para expor o pâncreas. Esta técnica utiliza um trocar adicional de 5 mm no quadrante esquerdo, usado na drenagem após o término do procedimento. RESULTADOS: A mediana do tempo operatório foi de 176 minutos e a permanência hospitalar foi de 2 dias. A mortalidade foi de 0% e a morbidade foi de 20%; 4 pacientes desenvolveram fístula pancreática de grau A. Em dois pacientes, esplenectomia foi necessária em virtude de invasão dos vasos esplênicos ou impossibilidade de obter margens livres. Outro paciente foi submetido à colecistectomia com colangiografia como procedimento adicional. Durante o seguimento (mediana, 11 meses), nenhum paciente desenvolveu hérnia incisional. A aparência estética da incisão foi excelente em todos os casos. CONCLUSÕES: A pancreatectomia distal laparoscópica utilizando uma plataforma de portal único é viável e pode ser realizada com sucesso por cirurgiões com experiência em cirurgia pancreática e cirurgia laparoscópica avançada.

PALAVRAS-CHAVES: PÂNCREAS | LAPAROSCOPIA | PORTAL ÚNICO

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 461

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ESTUDO COMPARATIVO DO CONTROLE DA ANALGESIA MEDICAMENTOSA PÓS-OPERATÓRIA NA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA ELETIVA: UM ENSAIO CLÍNICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO OLIVEIRA NUNES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), PROF. DR. JOÃO FERNANDES BRITTO ARAGÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE / UNIVERSIDADE TIRADENTES), MARIA TAINAR BARBOSA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SÉRGIO LUIZ MACHADO NASCIMENTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), AMANDA SILVEIRA CARVALHO DANTAS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), ROBERTA SOUZA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), BEATRIZ CALAZANS DE ANDRADE (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SEBASTIÃO DUARTE XAVIER JUNIOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE)

RESUMO: Objetivos: Analisar a eficácia do cetoprofeno e do butilbrometo de escopolamina associado a dipirona sódica na analgesia pós-operatória de colecistectomia videolaparoscópica; comparar os dois tratamentos. Métodos: Estudo prospectivo, longitudinal, randomizado, analítico, realizado em quatro hospitais privados de Aracaju/SE. Formação de dois grupos de 22 pacientes escolhidos aleatoriamente: grupo I medicados com butilbrometo de escopolamina associado a dipirona sódica e grupo II com cetoprofeno. Os fármacos foram prescritos no momento da alta hospitalar. Se presente, registrava-se em formulário padronizado, intensidade e localização da dor e se havia remissão após uso do analgésico preconizado. Foram confeccionadas tabelas de frequência para as variáveis qualitativas e para as quantitativas: médias, desvio padrão e intervalo de confiança. As variáveis foram analisadas por teste t de student, Mann-Witney e Qui-quadrado. O intervalo de confiança foi de 95%. Resultados: Decorridas 24h da realização do procedimento cirúrgico, 50% do total de pacientes não relatou dor de qualquer natureza. Nos quatro dias subsequentes, o número de pacientes sem dor aumentou progressivamente: 2º dia, 77,3%; 6º dia, 86,4%; 4º dia, 93,5% e 5º dia, 95,5%, não havendo significância estatística na comparação intergrupos em nenhum dos dias. Conclusão: O cetoprofeno e o butilbrometo de escopolamina associado a dipirona sódica são analgésicos eficazes no pós-operatório mediato de colecistectomia videolaparoscópica. Não foram identificadas diferenças estatísticas significantes na comparação dos dois medicamentos. O butilbrometo de escopolamina associado a dipirona sódica é uma alternativa barata e segura para promover analgesia em colecistectomizados. REFERÊNCIAS DAUDIA, M. et al. Biological inflammatory markers mediate the effect of preoperative pain-related behaviours on postoperative analgesics requirements. *BMC Anesthesiology*, v. 15, 16 dez. 2015. GURUSAMY, K. S. et al. Pharmacological interventions for prevention or treatment of postoperative pain in people undergoing laparoscopic cholecystectomy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 3, p. CD008261, 2014. RAFIQ, M. S.; KHAN, M. M. Scar Pain, Cosmesis and Patient Satisfaction in Laparoscopic and Open Cholecystectomy. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*, v. 26, n. 3, p. 216-219, mar. 2016.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia Laparoscópica | Butilbrometo de Escopolamina | Cetoprofeno

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 467

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação retrospectiva das solicitações de Colangiopancreatografia Endoscópica Retrograda - CPRE utilizando como base protocolo da American Society for Gastrointestinal Endoscopy - ASGE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI (CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), MARILIA COLTURATO CLETO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS)

RESUMO: Objetivo: Avaliar as indicações de CPRE na Unidade Regional de Emergência - URE do Conjunto Hospitalar de Sorocaba - CHS baseando-se nos critérios estabelecidos pelo protocolo da ASGE para detecção de coledocolitíase-- ?The role of endoscopy in the management of choledocholithiasis, GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 74, No. 4 : 2011? Métodos: Foram avaliados retrospectivamente pacientes atendidos na URE-CHS com diagnóstico de litíase biliar, levando em conta quadro clínico exames laboratoriais e de imagem. O protocolo da ASGE foi aplicado retrospectivamente nos pacientes incluídos neste estudo, sendo estratificados pelo risco de possuírem coledocolitíase em baixo, intermediário e alto, com diagnóstico ou não de coledocolitíase confirmado pela CPRE ou colangiografia intraoperatória. Resultados: Avaliados 112 prontuários de pacientes maiores que 18 anos com suspeita de coledocolitíase, desses, 50 (44,6%) preencheram critérios ASGE de alta probabilidade para coledocolitíase. Destes, 32 (64%) apresentaram coledocolitíase nos testes de confirmação. Por outro lado, dos 62 pacientes (55,4%) que foram classificados como probabilidade baixa ou intermediária, 20 (32,2%) tiveram coledocolitíase. A acurácia do protocolo em nosso serviço foi de 65%. Trabalhos mostram que a incorporação de um segundo conjunto de exames laboratoriais não melhorou a precisão e um declínio significativo nos testes de função hepática não previu de forma confiável a passagem espontânea do cálculo. Conclusão: A utilização do protocolo da ASGE para predição de coledocolitíase em nosso serviço pode reduzir a solicitação de exames em redundância e diminuir o tempo de internação. Esses achados reforçam ainda a importância do desenvolvimento de ferramentas de estratificação de risco alternativas para a coledocolitíase, visando minimizar a CPRE diagnóstica desnecessária.

PALAVRAS-CHAVES: coledocolitíase | cpre | colangiografia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 596

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: QUANDO INDICAR COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA NA COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), STEPHANIE ARAUJO MARQUES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), JOSÉ MILTON MACHADO DO AMORIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), THATIANY DA SILVA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LUCAS LEAL VARJÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Objetivo: Avaliar a necessidade da realização de colangiografia intra-operatória, rotineiramente, em cirurgias de colecistectomia laparoscópica. Método: Estudo não aleatório conduzido em Hospital Privado com 100 pacientes consecutivos não ictéricos operados pela mesma equipe cirúrgica que foram submetidos a colangiografia intra-operatória de rotina durante o procedimento de colecistectomia laparoscópica para tratamento de colecistite calculosa. Em todos os pacientes foram realizados exames pré-operatórios laboratoriais, incluindo teste de funções hepática (fosfatase alcalina, gama glutamil transferase, bilirrubinas e transaminases) além da ultrassonografia abdominal. Foi critério de exclusão os pacientes com história de reação alérgica ao material do contraste. Após a colocação dos trocateres, a vesícula biliar é apreendida e o ducto cístico, dissecado. Um cliper metálico é colocado na porção proximal do ducto cístico e uma pequena abertura é realizada abaixo do cliper para colocação de um intracáter pediátrico. O contraste diluído é injetado e duas imagens são obtidas mediante uso de intensificador de imagens. As imagens são avaliadas e o cateter é retirado. Após o procedimento a colecistectomia é concluída. Resultados: Dos 100 pacientes não ictéricos com colecistite calculosa verificou-se alterações nos exames de função hepática em 8 desses. Em todos os pacientes, os exames de imagem por USG abdominal não detectou cálculo ou anormalidade do diâmetro do colédoco. Na colangiografia intra-operatória observaram-se imagens de litíase do colédoco em 4 pacientes, destes 3 apresentaram no pré-operatório alterações nos exames de função hepática com bilirrubinas dentro da normalidade. Os pacientes com exames pré-operatórios dentro da normalidade não apresentaram alterações significativas na colangiografia intraoperatória. No entanto, observou-se uma associação estatisticamente significativa na positividade da colangiografia intra-operatória e a alteração laboratorial dos exames utilizados para controle ($p=$). Conclusão: Conclui-se a importância da realização da colangiografia intraoperatória em pacientes selecionados, com critério baseados em alterações laboratoriais prévias ao procedimento cirúrgico. Bibliografia: Nassar A, et al. Fluorocholangiography: reincarnation in the laparoscopic era-evaluation of intra-operative cholangiography in 3635 laparoscopic cholecystectomies. Surg Endosc. 2016 May;30(5):1804-11.

PALAVRAS-CHAVES: Colangiografia | laparoscopia | colecistectomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 627

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Perfil Epidemiológico da Neoplasia de Vesícula Biliar no Noroeste do Rio Grande do Sul

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO (CLÍNICA DAL VESCO), FERNANDA MARCANTE CARLOTTO (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), JUAREZ ANTONIO DAL VESCO (CLÍNICA DAL VESCO), LUCAS DUDA SCHMITZ (CLÍNICA DAL VESCO), JOSIANE BORGES (INSTITUTO DE PATOLOGIA DE PASSO FUNDO), ANA MARIA MARCOLAN (INSTITUTO DE PATOLOGIA DE PASSO FUNDO), GABRIEL WEISS (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), JULIA PASTORELLO (CENTRO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO - HCPF)

RESUMO: Objetivo: Analisar os aspectos epidemiológicos-cirúrgicos dos pacientes com câncer de vesícula biliar no noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Método: Estudo retrospectivo de exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas. Foram considerados para este estudo pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de câncer de vesícula biliar, no período de 1996 a 2016 nos hospitais do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Os pacientes foram avaliados em relação as características demográficas e local de tratamento. Em relação a vesícula biliar, foram analisados a morfologia do órgão, as características da lesão, tipo histológico e o grau de diferenciação, além do grau de invasão da neoplasia, margens cirúrgicas e realização de exame de congelação transoperatório. Resultados: Foram avaliadas 197 peças cirúrgicas com câncer de vesícula biliar. A média de idade dos pacientes era 65 anos (± 12) e o sexo predominante foi o feminino (70,6%). O principal convênio utilizado foi o SUS (61,4%) e a cidade com maior número desses pacientes foi Passo Fundo (63,4%). O maior número de cirurgias ocorreu durante os anos de 2006-2011 (33,5%), sendo que sua maioria era eletiva (64,5%). O número médio de lesões era de 1,5 ($\pm 1,14$) e a média do seu maior diâmetro era de 2,5 cm ($\pm 1,6$). A média de espessura da parede foi de 0,76 cm ($\pm 0,46$). A maioria das peças cirúrgicas não apresentavam cálculo em seu interior (50,8%). O tipo histológico mais frequente das lesões foi o adenocarcinoma (99%) com moderada diferenciação celular (69%). Na maioria das peças, observava-se invasão angiolinfática (61,4%), perineural (53,3%) e o estadiamento do tumor primário foi T3 na maioria dos casos (81,9%). A média do número de linfonodos era de 2 (± 4). A minoria dos pacientes apresentou invasão do fígado (30,5%). O exame transoperatório de congelação foi realizado em 8,6% dos casos. A maioria das peças apresentava margens cirúrgicas livres (77,2%). Conclusões: O perfil do paciente com câncer de vesícula biliar no noroeste do Rio Grande do Sul é de uma mulher, com mais de 60 anos, apresentando um adenocarcinoma com moderada diferenciação, estadiamento do tumor primário em T3, com invasão angiolinfática e perineural. Bibliografia: Ebata T, Ercolani G, Alvaro D, Ribero D, Di Tommaso L, Valle JW. Current Status on Cholangiocarcinoma and Gallbladder Cancer. Liver Cancer. 2016 Nov;6(1):59-65. Kanthan R, Senger JL, Ahmed S, Kanthan SC. Gallbladder Cancer in the 21st Century. J Oncol. 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasia de Vesícula Biliar | Perfil Epidemiológico | Vesícula Biliar

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 629

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ANÁLISE DESCRITIVA DAS COMPLICAÇÕES INTRA E PÓS-OPERATÓRIAS DE PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA ELETIVA NO HOSPITAL DE TRANSPLANTES EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS PAZZOLINE OLIVEIRA ALEXANDRIA (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), RIVALDO SERRANO DE ANDRADE NETO (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), MARINA GONZALEZ DE TOLEDO (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), FERNANDO POMPEU PIZA VICENTINE (HOSPITAL DE TRANSPLANTES EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI), MAURICIO ANDRADE AZEVEDO (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), THIAGO D'ADDAZIO MACHADO (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), JOSÉ LUIS QUINTANA QUISPE (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI)

RESUMO: Objetivos: analisar quantitativamente a taxa de complicações intra e pós operatórias de pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica eletiva no Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini. Analisar quantitativamente os principais desfechos das complicações cirúrgicas da colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Os desfechos analisados incluem: tempo de internação hospitalar, dor pós-operatória, sangramento intra-operatório, infecção de ferida operatória, necessidade de conversão para cirurgia aberta, classificação de Clavien-Dindo para complicações pós-operatórias, fístulas biliares e drenagem de cavidade. Métodos: Trata-se de um estudo do tipo transversal, observacional, retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa. A amostragem total foi de 1007 pacientes que foram submetidos à colecistectomia videolaparoscópica eletiva no período de Janeiro de 2014 a Setembro de 2016 sendo os dados avaliados através de prontuários eletrônicos, manuscritos, descrições cirúrgicas, e documentos do ambulatório. Resultados: dos 1000 pacientes incluídos no estudo, trinta (3%) pacientes acabaram convertendo a colecistectomia videolaparoscópica para aberta. Sessenta e dois (6,2%) pacientes complicaram com sangramento intra-operatório. O tempo de internação dos pacientes não complicados foi de 2 a 3 dias, enquanto que o tempo de internação dos pacientes que foram convertidos para colecistectomia aberta variou de 2 a 33 dias (média de 7 dias). Com relação à classificação de complicações pós-operatórias de Clavien-Dindo, aproximadamente 36 (33%) foram classificados como Grau I, sessenta (55%) Grau II, seis (5,5%) Grau III, quatro (3,66%) Grau IV e três (2,84%) Grau V. Conclusão: concluímos, portanto, que as causas da conversão para cirurgia aberta foram, em ordem decrescente: dificuldade técnica, sangramento, síndrome de Mirizzi, fístula colecistoduodenal, coledocolitíase, lesões de vias biliares e adenoma de vesícula. Do total de sangramento, oito (12,9%) acabaram convertendo. E, pela Classificação de Clavien-Dindo, ficou evidenciado que a colecistectomia videolaparoscópica permanece ainda como uma cirurgia segura. Referências: Stinton, Laura M et al. Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and câncer. Gut Liver. 2012 April; vol. 6, n.2, pp.172-187; T. Constantinescu, Abdul Kariem H. Huwood Al Jabouri. Gallstone Disease in Young Population: Incidence, Complications, Therapeutic Approach. Chirurgia (2012), vol.107, n.4, pp. 579-582.

PALAVRAS-CHAVES: colecistectomia | laparoscopia | vias biliares

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 853

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Complicações pós-CPRE: Incidência e Fatores de Risco.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO OLIVEIRA DE MENEZES QUITETE DE CAMPOS (UNISA-SP), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA-SP), ALEXANDRE ZANCHENKO FONSECA (UNISA-SP), ANNA CAROLINA FERNANDES MORAES (UNISA-SP), BETINA NOVAES LISBOA (UNISA-SP), ISABELLA HELENA MARTINS TEODORO (UNISA-SP), PAULA BERGAMASCO DA SILVA (UNISA-SP)

RESUMO: Introdução: A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) possui altas taxas de complicações, chegando a 10% com 1% de mortalidade. O uso de recursos menos invasivos no diagnóstico de patologias das vias biliares reservando a CPRE para uso terapêutico vem crescendo, assim como uma indicação mais adequada do procedimento e maior conhecimento sobre seus riscos. Objetivo: Determinar a incidência e os fatores preditivos de complicações da CPRE nos doentes submetidos ao procedimento de forma terapêutica. Método: Foi realizado uma análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes submetidos à CPRE no Hospital Geral do Grajaú (HGG), no período de março de 2013 a setembro de 2016. Resultados: Foram incluídos 320 pacientes, sendo 69,7,8% mulheres e 30,3% homens, com idade média de 53 anos. As indicações das CPREs foram variadas, sendo sua realização mais comum para o tratamento da coledocolitíase, que respondeu por 93,1% dos procedimentos. A complicação mais comum foi a pancreatite aguda, respondendo por quase metade das complicações. O tempo de cirurgia, idade mais jovem, portadores de hipertensão arterial, uso de medicação B-bloqueadora, bilirrubina pré-operatória normal e cateterização inadvertida do ducto pancreático principal apresentaram significância estatística com as complicações pós-operatória. Conclusão: Verificou-se que a maioria dos pacientes que complicaram eram relativamente mais jovens e não se apresentavam icterícos no momento do procedimento; duração prolongada do procedimento também aumenta a incidência de complicações, sendo um fator operador dependente. Assim, a CPRE não está isenta de complicações, devendo ser bem indicada para que a morbidade seja aceitável.

PALAVRAS-CHAVES: Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica | Coledocolitíase | Pancreatite aguda

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 969

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: A duodenopancreatectomia é a responsável pelo retardo de esvaziamento gástrico?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RICARDO TADASHI NISHIO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR. (SANTA CASA DE SÃO PAULO), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANDRE DE MORICZ (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: O emprego da duodenopancreatectomia (DPPP) com preservação pilórica foi popularizado por Traverso e Longmire no final da década de 1970, inicialmente como alternativa à gastroduodenopancreatectomia (GDP) no tratamento da pancreatite crônica.¹ Atualmente, a DPPP vem sendo empregada no tratamento do adenocarcinoma de pâncreas e outros tumores de pâncreas que exijam a remoção cirúrgica da porção cefálica do pâncreas. Comparativamente, tanto a GDP e a DPPP apresentam resultados semelhantes em relação à morbidade pós operatória, mortalidade pós operatória, qualidade de vida e sobrevida do paciente.² O retardo de esvaziamento gástrico é uma complicação frequente da DPPP, sendo descrita em 12% a 42% dos casos.³ Sua causa ainda não está completamente estabelecida, prolongando o tempo de internação do paciente, aumentando gastos com o tratamento e oferecendo desconforto ao paciente. Realizou-se o levantamento de prontuários do período de janeiro de 2001 a dezembro de 2016, e, foram realizadas 105 duodenopancreatectomias com preservação pilórica. Setenta e dois pacientes (68%) apresentaram internação com período superior a 10 dias. Dos 72 pacientes, doze pacientes (16%) sem complicações permaneceram internados por mais de dez dias e houve perda de seguimento de quinze pacientes (20%). Quarenta e cinco pacientes apresentaram internação superior a 10 dias. Desses pacientes, doze pacientes (26%) permaneceram internados por complicações clínicas. Vinte e seis pacientes (67%) apresentaram dificuldade para alimentação associado à outras causas como fístula pancreática, coleções abdominais, fistulas biliares, trombose de vasos ou deiscência de anastomose. Sete casos (15%) ficaram com o diagnóstico somente de retardo gástrico, sendo quem em dois, encontraram-se problemas como úlcera de boca anastomótica. Apesar de frequente, nossa análise revelou que a presença de retardo do esvaziamento gástrico está frequentemente associada à presença de outras complicações que podem interferir na realimentação do doente, não havendo, no entanto, técnicas que possam prevenir o aparecimento dessa complicação, assim como relatado por Parmar et al.⁴

PALAVRAS-CHAVES: Duodenopancreatectomia com preservação pilórica | Retardo de esvaziamento gástrico | Complicações

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 974

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação da taxa de sucesso e das complicações imediatas na CPRE com utilização de fio guia no DF

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO WERNECK EJIMA (UNICEUB), ANA BEATRIZ PEREIRA DE SOUZA (UNICEUB), RAFAEL SANTINI TEIXEIRA FRACON (UNICEUB), FLÁVIO HAYATO EJIMA (HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL), WALLACE ACIOLI FREIRE DE GOIS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASILIA), BRUNO CHAVES SALOMÃO (HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL), SARA HABKA (UNIVERSIDADE DE BRASILIA)

RESUMO: OBJETIVO: A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) foi inicialmente desenvolvida como método diagnóstico. Atualmente, no entanto, é o método gold standard para doenças obstrutivas das vias biliares. Desse modo, este trabalho é uma avaliação a respeito da eficácia e das complicações imediatas da CPRE em patologias que cursam com esse tipo de obstrução. MÉTODO: Estudo retrospectivo realizado por meio da análise de 1440 prontuários de CPRE, sendo 1109 realizados no serviço público e 331 no serviço privado, todos no DF, por um único endoscopista, em um período de 3 anos. Foram incluídos pacientes com: indicação clínica para o exame como opção terapêutica, CPRE e/ou papilotomia prévios. Não houve restrição de idade e sexo ou fator de exclusão para análise dos laudos. RESULTADOS: A amostra foi constituída por 961 (67%) pacientes do sexo feminino e 479 (33%) do sexo masculino, com média de idade de 50 anos. Das indicações para CPRE, as principais foram coledocolitíase 32,92%, colestase/icterícia 18,54% e pancreatite 14,58%. Dentre os resultados encontrados, a coledocolitíase foi a mais frequente, com 601 (41,74%) casos, sendo o tamanho médio 1 cm; 276 (19, 17%) exames foram normais e 244 (16,94%) foram estenose da via biliar/neoplasia. A taxa de complicação imediata foi de 2,15% (31), sendo que em 22 casos houve CPRE prévia. Ocorreram sangramentos em 8 dos exames realizados, laceração da papila e agitação do paciente em 6 e extravasamento de contraste em 5. Houve indicação da colocação ou retirada de próteses em 28% do total de casos, havendo êxito em 99,01% dos procedimentos. A taxa de sucesso foi de 93,33% (1344). A não cateterização da papila (44) foi a principal causa de insucesso e a não visualização da papila (18) a segunda, não sendo especificado o motivo em 26 casos. Foi feita a indicação cirúrgica para 12 pacientes, sendo que a CPRE foi considerada bem sucedida em 8 desses casos, apesar de não ter alcançado efetividade terapêutica, principalmente devido à presença de cálculos impactados. Foi indicada a cirurgia para 12 pacientes, sendo obtido diagnóstico pela CPRE em 8 desses casos, e nos 4 restantes não foi possível cateterização da via biliar. CONCLUSÃO: A CPRE com passagem de fio guia, na população estudada, possui alta taxa de sucesso e baixa taxa de complicações imediatas quando bem indicada e realizada de forma adequada.

PALAVRAS-CHAVES: Colangiopancreatografia | coledocolitíase | obstrução de vias biliares

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1032

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: MANEJO CIRÚRGICO DA COLELITÍASE EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTES RENAI: UMA REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), EINART EUDES GUEDES DE SOUZA (UFMA), ANDREY SALGADO MORAES FILHO (UFMA), MARCELO MARTINS DE MOURA (UFMA), JOSE APARECIDO VALADAO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), GIULIANO PEIXOTO CAMPELO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), LUIS EDUARDO VERAS PINTO (HOSPITAL SAO DOMINGOS), ABDON JOSE MURAD JUNIOR (HOSPITAL SÃO DOMINGOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Em pacientes de transplante de órgãos sólidos, complicações de colelitíase pode executar um curso fulminante, resultando em alta morbidade e mortalidade em situações de imunossupressão e pode até resultar na rejeição. OBJETIVO: Realizar uma revisão de literatura a fim de determinar os resultados da abordagem para litíase biliar em pacientes submetidos ao transplante renal. MÉTODOS: Foi realizado um levantamento bibliográfico no PUBMED, EMBASE, Cocchrane Libray e Scielo. Foi priorizado o encontro de ensaios prospectivos e randomizados ou de metanálises. CONCLUSÃO: Os dados obtidos da revisão de literatura sugerem que a prevalência de litíase biliar é maior nos pacientes submetidos a TO do que a população geral. As principais alterações que ocorrem e que predispõem a formação de cálculos biliares são as alterações do peso corporal, uso de imunossupressores, diabetes mellitus e hiperlipidemia, sendo a colecistectomia laparoscópica associada à baixa morbidade e mortalidade e bom prognóstico pós-operatório em pacientes transplantados com colecistite não-complicada. Na maioria dos transplantados, a colecistectomia laparoscópica pode ser realizada seguramente e com pouco tempo de operação e de internação hospitalar, sugerindo assim, o manejo expectante dos portadores assintomáticos de litíase biliar em pacientes submetidos à transplante renal.REFERÊNCIAS:Stinton, LM. Epidemiology of gallblader disease: cholelithiasis and câncer. Gut Liver 2012;6:172-87Richardson, WS; Gallstone disease in heart transplant recipients. Ann Surg 2003; 237 (2): 273-6

PALAVRAS-CHAVES: TRANSPLANTE RENAL|COLELITIASE|LAPAROSCOPIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1084

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: O papel da bissegmentectomia central inferior (IVb-V) no tratamento do Carcinoma da Vesícula Biliar: experiência do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAÍRA DA CRUZ GONÇALVES LEAL (UERJ), BRUNO CESAR SABINO DE FIGUEIREDO (UERJ), THAÍSSA MENDONÇA MOREIRA (UERJ), CLAUDIANE DIAS ABREU (UERJ), ANDRE GEORGE SAUL RONAY (UERJ), MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO (UERJ), MARCOS BETTINI PITOMBO (UERJ)

RESUMO: Objetivo: O carcinoma da vesícula biliar é a neoplasia maligna das vias biliar mais comum e o 7º câncer mais frequente do aparelho digestivo. Trata-se de uma neoplasia com comportamento biológico agressivo e cuja única possibilidade de terapia curativa, no momento, é a ressecção cirúrgica radical com margens livres. Durante muito tempo, a abordagem cirúrgica foi direcionada a um aspecto meramente paliativo, como consequência do prognóstico reservado e da morbimortalidade do tratamento cirúrgico no passado. Mais recentemente, com a redução das complicações relacionadas ao tratamento cirúrgico radical dessa neoplasia, houve um aumento no número de casos operados, muito embora ainda não seja consensual a extensão adequada da ressecção. No Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) a rotina é a realização de colecistectomia com bissegmentectomia hepática (IVb-V) associada à linfadenectomia alargada nos casos de tumores cT1b, cT2; e hepatectomia direita com linfadenectomia nos casos de tumores cT3. O presente trabalho tem como objetivo analisar os resultados da colecistectomia associada bissegmentectomia hepática (IVb-V) e linfadenectomia no carcinoma da vesícula biliar operados desde a definição desta rotina. Métodos: Foram revisados os prontuários de nove pacientes, com diagnóstico pré-operatório de Tumor de Vesícula, submetidos a Colecistectomia com bissegmentectomia hepática (IVb e V) e linfadenectomia, no período de 2006 a 2016, pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Resultados ? Foram identificados oito pacientes, com idade ente 58 a 85 anos. O diagnóstico pré-operatório (radiológico) dos pacientes se confirmou em seis dos oito casos avaliados, após a análise histopatológica. Houve um caso de fístula biliar, que resultou em reoperação. Não foram registradas outras complicações pós-operatórias, tampouco óbitos intra-hospitalares. Conclusão ? A abordagem cirúrgica do câncer de vesícula biliar através da realização de Colecistectomia com bissegmentectomia hepática (IVb e V) associada a linfadenectomia estendida é uma opção segura, mesmo em pacientes idosos, com altas taxas de ressecção R0 e, conforme os resultados já publicados, considerada o procedimento de escolha para estes tumores.

PALAVRAS-CHAVES: bissegmentectomia central inferior | tumor de vesícula biliar | neoplasia maligna de vesícula

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1190

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Fatores preditores de evolução pós-operatória desfavorável impedindo alta precoce em colecistectomias videolaparoscópicas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GRAZIELLA MORAES MACHADO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), RAUL FLÓRIO REAL (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), THAIS VICENTINE XAVIER (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), ELISA DE VIEGAS HOFFMEISTER (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), LUIS FERNANDO MOREIRA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), HENRIQUE IAHNKE GARBIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), GABRIELLA RICHTER DA NATIVIDADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), BERNARDO SILVEIRA VOLKWEIS (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE)

RESUMO: Objetivo: Determinar parâmetros prognósticos, clínicos e cirúrgicos, para alta precoce em pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica (CL), a fim de planejar protocolo de CL em regime ambulatorial. Método: Análise descritiva do prontuário de 52 pacientes submetidos à CL eletivas (jan a dez/2016) oriundos de ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e de 51 pacientes submetidos à CL em caráter de urgência (jul a nov/2016) oriundos do Serviço de Emergência. Tamanho amostral calculado usando programa ?Sealed Envelope?. Foram considerados parâmetros do paciente e do procedimento cirúrgico, sendo inseridos na base de dados Google Docs. Análise estatística utilizou-se SPSS, testes de Chi-Square e Mann-Whitney em dois grupos. Resultados: Cirurgias foram realizadas em caráter hospitalar (99%) e ambulatorial (1%). Maioria dos pacientes do sexo feminino (72%), em ambos os grupos. O escore ASA foi preditor em indicar maior tempo de permanência hospitalar após CL no grupo eletivas em comparação ao grupo urgências. Dor pós-operatória é também um fator comum impedindo a alta precoce porém, em nosso estudo, não houve relevância entre o nível de dor e um maior tempo de internação. Maior grau de complicação pós-operatória foi relevante para aumentar os dias de internação nas CL de urgência. Em relação a tais complicações estão necessidade de uso de antibiótico terapêutico (12), necessidade de uso de dreno intra-cavitário por sangramento em leito hepático (1) e maior grau de inflamação (2), achado transoperatório de coledocolitíase residual para futura CPRE (1), dor intensa (2) e insuficiência respiratória aguda (1). A frequência de perfuração intra-operatória da vesícula biliar ocorreu em 16,5% dos pacientes e a frequência de lesão do ducto biliar foi ZERO, assim como a taxa de conversão em colecistectomia aberta. Conclusões: CL é procedimento seguro e com baixa taxa de complicações neste Serviço. Escore ASA e complicações pós-operatórias (processo inflamatório agudo) foram os únicos fatores preditivos de evolução desfavorável para alta precoce. Tais resultados viabilizam a realização de um protocolo de alta precoce para as CL em casos selecionados, sem os fatores de risco preditores de complicações pós-operatórias. Bibliografia: Radunovic M et al. Complications of Laparoscopic Cholecystectomy: Our Experience from a Retrospective Analysis. Open Access Maced J Med Sci. 2016 Dec 15; 4(4) 641-46.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia videolaparoscópica | Alta precoce | Pós-operatório

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1282

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação da Função Hepática em Doentes com Pancreatite Aguda

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE ALMEIDA MASTROROSA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANGELO CHELOTTI DUARTE (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ALINE CELEGHINI ROSA VICENTE (SANTA CASA DE SÃO PAULO), VICTOR MINARI CAMPOS (SANTA CASA DE SÃO PAULO), BRUNA DO NASCIMENTO SANTOS (SANTA CASA DE SÃO PAULO), GIOVANNA ZUCCHINI RONDINI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), NADIA MIE TAIRA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), TERCIO DE CAMPOS (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: A Pancreatite Aguda (PA) é um processo inflamatório agudo do pâncreas com envolvimento variável de tecidos regionais ou sistemas orgânicos. Em 85% dos casos ocorre apenas inflamação no pâncreas com taxa de mortalidade inferior a 2%. Os outros 15% são PA grave ou crítica, com complicações sistêmicas mais frequentes e mortalidade de até 70%. Já foi demonstrado o aumento da degradação na matriz extracelular no fígado e o aumento das enzimas hepáticas no sangue, após pancreatite. O fígado participa da inflamação sistêmica, liberando mediadores inflamatórios e levando a lesão de outros órgãos, podendo levar à piora da PA. Objetivo: Avaliar a função hepática comparada com a gravidade e mortalidade nos doentes com PA Métodos: Trata-se de uma coleta prospectiva de doentes com PA admitidos em um único centro. A avaliação da função hepática foi feita por meio do escore MELD, que utiliza os valores de bilirrubina sérica, creatinina sérica e índice internacional normalizado (INR), coletados na admissão do paciente. Sendo comparado com a gravidade da PA (segundo Determinantes de Gravidade) e com a mortalidade. Análise estatística foi realizada com os testes t Student e Chi quadrado (p) Resultados: Foram avaliados 98 doentes, sendo 59,1% do sexo feminino, com média etária de 48,4 anos. 55,1% classificados em PA leve, 17,3% moderada, 24,4% grave e 3% crítica. Sendo 63,2% de etiologia biliar e 23,4% alcoólica. Quanto a evolução, 6,1% foi a óbito. A gravidade sistêmica foi calculada através dos escores: APACHE II, cuja média foi de 5,76(+3,94); SOFA, média de 1,55(+1,81) e Marshall, média 0,50(+0,93). O escore MELD, calculado na admissão, relacionou-se com a gravidade (p) Conclusão: Os resultados permitem concluir que o score MELD, calculado na admissão do paciente, pode se relacionar com a gravidade da PA e com a taxa de mortalidade. Podendo ser uma importante ferramenta para avaliar o prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreatite Aguda | Complicações da Pancreatite Aguda | Função Hepática na Pancreatite Aguda

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1309

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ASPECTOS TÉCNICOS E RESULTADOS DA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR PORTAL ÚNICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MURILLO DE LIMA FAVARO (UNISA), SILVIO GABOR (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), RUY FRANCISCO PIMENTEL PEDROSO (UNISA), LIGIA RIBEIRO (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: Introdução: A busca de procedimentos cirúrgicos menos traumáticos, esteticamente melhores, sem comprometimento da eficácia e segurança, em conjunto com os avanços tecnológicos e maior experiência das equipes, levaram ao desenvolvimento de técnicas operatórias com incisões cada vez menores, as denominadas "cirurgias minimamente invasivas". Objetivo: Avaliar os aspectos técnicos da colecistectomia por portal único. Método: Foram analisados 250 pacientes entre 18 e 74 anos submetidos a colecistectomias videolaparoscópicas por portal único entre Fevereiro de 2011 e Julho de 2016, independente da indicação eletiva ou de urgência, sem restrição de seleção dos pacientes. Todos os procedimentos foram realizados pela mesma equipe cirúrgica, seguindo as mesmas padronizações técnicas, dentro de diversos hospitais de São Paulo. Foram avaliados dados como o sexo, idade, índice de massa corpórea (IMC) = peso/altura², tempo cirúrgico (tempo do vídeo de gravação da cirurgia somados ao tempo cronometrado do acesso cirúrgico e seu fechamento), fio de fechamento, dispositivos utilizados, complicações e necessidade de conversão para técnica multiportal ou aberta. Resultados: No presente estudo 64% dos pacientes eram mulheres, 27% dos paciente estavam dentro da faixa de IMC normal, sendo que sua maioria era sobrepeso - aproximadamente 53% dos quais 20% eram obesos. Das 250 cirurgias, 245 foram exclusivamente realizadas por portal único, sendo que a taxa de conversão foi de 2% (inclusão de outros trocateres acessórios ou conversão para MPLS). Já a conversão para cirurgia aberta ocorreu em 3 casos (1,2%). Conclusões: A colecistectomia por portal único consegue, após padronização técnica e treinamento da equipe cirúrgica, ser um procedimento cirúrgico seguro quando comparado à cirurgia multiportal associado a uma vantagem estética reconhecida. Bibliografia: 1 - Agaba EA, Rainville H, Ikedilo O, Vemulapali P. Incidence of port-site incisional hernia after single-incision laparoscopic surgery. JSLS. 2014;18(2):204-10. 2 - Yamazaki M, Yasuda H, Koda K. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: a systematic review of methodology and outcomes. Surgery Today. 2014;53(7):48. 3 - Sakran N, Goitein D, Raziell A, Hershko D, Szold A. Advantages of minimal incision laparoscopic cholecystectomy. Isr Med Assoc J. 2014;16(6):363-6.

PALAVRAS-CHAVES: colecistectomia |laparoscopia|procedimentos minimamente invasivos

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1380

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Análise do melhor período para realização de colecistectomia após serem submetidos a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALUISIO ALMEIDA PINTO (UNISA), MURILLO DE LIMA FAVARO (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), SILVIO GABOR (UNISA), YASMIN GARCIA BATISTA (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: Introdução: A colecistectomia é o tratamento de escolha para a doença calculosa biliar, mas quando há coledocolitíase associada, é necessário realizar a CPRE para extração do cálculo. Após este procedimento está indicada a colecistectomia para evitar recidiva de cálculo em colédoco. Porém a escolha da data para essa ser realizada pode afetar no resultado cirúrgico. Objetivo: Analisar qual o melhor momento para realização da colecistectomia após a CPRE. Método: Estudo retrospectivo analisando os prontuários eletrônicos dos pacientes que realizaram colecistectomia após serem submetidos a CPRE, e comparado a duração cirúrgica, tempo de internação, uso de dreno abdominal, conversão de via de acesso e lesão de vias biliares nos diferentes intervalos de tempo entre CPRE e colecistectomia. Resultados: Dos pacientes analisados 80,49% eram do sexo feminino. A média de idade entre os pacientes foi de 46 anos. As colecistectomias videolaparoscópicas (CCC VLP) foram realizadas nos seguintes intervalos de tempo após a CPRE: entre 0 ? 3 dias (7%), entre 3 ? 30 dias (32%), e acima de 30 dias após a CPRE (71%). Houve uma taxa de conversão de CCC VLP para aberta de 4,87%. A conversão foi realizada somente no intervalo de tempo entre 3 - 30 dias após a CPRE (15,38%). Pacientes que realizaram colecistectomia videolaparoscópica entre o 3º e 30º dia após a CPRE tiveram maior taxa de drenagem de cavidade abdominal. As colecistectomias videolaparoscópica realizadas entre o 3º e 30º dia após a CPRE tiveram maior duração cirúrgica. O tempo de internação foi maior no intervalo entre 3 e 30 dias após a CPRE, com uma média de 2,54 dias. Só houve lesão em via biliar no intervalo entre 3 e 30 dias após a CPRE (7,69%). Conclusões: O melhor momento para realizar CCC VLP nos pacientes submetidos a CPRE é preferencialmente antes do 3º dia e após do 30º dia após a CPRE, devido a menor duração cirúrgica, menor taxa de lesão de vias biliares, menor taxa de conversão da via de acesso, menor taxa de colocação de dreno em cavidade abdominal, e menor tempo de internação hospital após a CCC VLP. Bibliografia: AHMED, M.U., Aftab A., Seriwala H. M. et al. Can Single Incision Laproscopic Cholecystectomy Replace the Traditional Four Port Laproscopic Approach: A Review. Global Journal of Health Science; Vol. 6, No. 6; 2014 BENCINI, Lapo; Tommasi C.; Manetti R.; Farsi M.. Modern approach to cholecysto-choledocholithiasis. World J Gastrointest Endosc 2014 February 16; 6(2): 32-40

PALAVRAS-CHAVES: colecistectomia | laparoscópica | endoscopia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1510

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS APÓS COLECISTECTOMIAS CONVENCIONAIS: VIAS ANTERÓGRADA E RETRÓGRADA, REALIZADAS NO HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA-DF

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO MARQUES CHAVES (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), PAUMO MOACIR DE OLIVEIRA CAMPOLI (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), KARLA DE SOUSA CORREIA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), MARCOS DORIVAL ZAGO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), RHANIÉLLEN SILVA FERREIRA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), BRUNO MOREIRA OTTANI (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA)

RESUMO: A colecistectomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em todo o mundo. Dentre as técnicas cirúrgicas, há a videolaparoscópica e a convencional. Esta última, pode ser executada pelos métodos retrógrado ou fundo-cística. No Brasil, predomina a convencional, correspondendo a 67,56% das colecistectomias, de 01/2014 a 01/2016. Alguns cirurgiões adotam a técnica fundo-cística como rotina. Via de regra, utiliza-se a dissecação retrógrada. Objetivo: evidenciar qual destas técnicas empregadas no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), apresentaram menor incidência de complicações, quando empregadas de forma eletiva e sugerir a melhor técnica como rotina do serviço. Método: estudo Observacional de Coorte Retrospectivo, com revisão de prontuários eletrônicos da Unidade de Cirurgia Geral do HRT, de 03/2014 a jul/2016, dos pacientes acima de 18 anos submetidos à colecistectomia convencional eletiva. Excluídos pacientes menores de 18 anos, em vigência de colecistite, com dados suficientes no prontuário eletrônico ou falecidos nos primeiros 30 dias de pós-operatórios por causas não relacionadas ao procedimento. Os dados foram analisados empregando-se o teste exato de Fisher, Qui-quadrado e Mann-Whitney. Foram considerados valores de p Resultados: Amostra inicial de 1238 pacientes. Excluídos 251, por colecistite ou cirurgias videolaparoscópicas, enquanto 548 foram excluídos por falta de dados, resultando N = 439. Das variáveis estudadas, não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas técnicas cirúrgicas empregadas, quanto à incidência de complicações. No entanto, o número absoluto de mortes, infecção de sítio cirúrgico, número de reinternações e reintervenções foi maior no grupo dos pacientes submetidos à técnica fundo-cística. Conclusão: As duas técnicas possuem incidência de complicação estatisticamente equivalentes, apesar de o valor absoluto destes dados sugerirem maior incidência de complicações na técnica fundo-cística. Bibliografia: 1. CHARLES, Brunicardi F. et al. Schwartz's Principles of Surgery. 10. ed. New York: Mc Graw Hill, 2015. 2. FORTUNATO, A.A; GENTILE J.K.A; CAETANO, D.P. Análise comparativa de lesão iatrogênica de vias biliares em colecistectomias laparotômicas e videolaparoscópicas. ABCD Arq Bras de Cir Dig, 2014; v. 4, n.27, p. 272-274. 3. Ministério da Saúde, DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso: 08/2016.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia | Retrógrada | Fundo-cística

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1650

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Prevalência de coledocolitíase e o papel da Colangiorresonância na sua avaliação em pacientes submetidos à colecistectomia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no ano de 2016

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENAN CAMARGO PUTON (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), THAIS VICENTINE XAVIER (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), RAUL FLÓRIO REAL (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), GRAZIELLA MORAES MACHADO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), LUÍS ROBERTO WENDT (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE), ARTHUR KONISHI ALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS)

RESUMO: Objetivo: Determinar a prevalência de coledocolitíase nos pacientes submetidos à colecistectomia (CL) e o papel da colangiorresonância (CRNM) no manejo dos mesmos. Método: Análise descritiva do prontuário de 893 pacientes submetidos à CL eletivas/urgências (jan a dez/2016), com análise da correlação e comparação da CRNM com a Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) e/ou Colangiografia intraoperatória (Colangio IO). Análise estatística utilizou-se o SPSS, sendo as variáveis categóricas apresentadas como frequências absolutas e avaliadas pelo Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Resultados: Foram 893 pacientes submetidos à CL no ano de 2016 no HCPA, a mediana de idade foi de 49 anos, sendo a maioria (72,6%) do sexo feminino e eletivas (58,2%). A prevalência de coledocolitíase, considerando qualquer método diagnóstico (CRNM, CPRE ou Colangio IO) foi de 10,3%, semelhante ao encontrado na literatura. A coledocolitíase foi o motivo da realização da CL em 45 (5%) pacientes. A comparação da CRNM com CPRE ou Colangio IO foi possível em 55 pacientes, apresentando sensibilidade de 100% e especificidade de 72%, ambos com significância estatística (p

PALAVRAS-CHAVES: Coledocolitíase | Colangiorresonância | Colecistectomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1918

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ESTUDO SOBRE A POSIÇÃO E QUANTIDADE DE CLIPES DE TITÂNIO NO PÓS OPERATÓRIO DE COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA EM SÃO LUÍS- MA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), AMANDA JORDAO SILVA DE DEUS (HOSPITAL UNIVERSITARIO PRESIDENTE DUTRA- HUUFMA), ARTUR SERRA NETO (HOSPITAL UNIVERSITARIO PRESIDENTE DUTRA- HUUFMA), GIULIANO PEIXOTO CAMPELO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), JOSE APARECIDO VALADAO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), ELIAS AMORIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO), MICHELLY SAMPAIO BONATES DURANS (HOSPITAL UNIVERSITARIO PRESIDENTE DUTRA), LUIS EDUARDO VERAS PINTO (HOSPITAL SAO DOMINGOS)

RESUMO: Introdução: A colecistectomia videolaparoscópica (CVL) é a técnica usada para tratamento de colelitíase nos dias atuais. A dissecação do ducto e da artéria cística é necessária para obter a visão crítica de segurança. A colocação de cliques de titânio no ducto e na artéria cística com posterior secção destes é a técnica mais utilizada para iniciar o descolamento da vesícula do leito hepático. Eventualmente, é necessário clipar ductos ou ramos da artéria cística acessórias aumentando o número de cliques em cavidade abdominal e pode ocorrer a soltura de clipe em cavidade. Objetivo: Avaliar a quantidade de cliques em CVL no Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD). Métodos: Estudo descritivo, transversal e observacional, população composta por pacientes com colelitíase com colecistite ou não, submetidos a CVL no HUUPD, no período de fevereiro a março de 2016. Utilizou-se ficha protocolo para coleta e registro das informações obtidas pelos dados dos relatos cirúrgicos, além de radiografia de abdome em posição ântero-posterior no primeiro dia de pós operatório. Realizou-se revisão bibliográfica nas bases de dados SciELO, LILACS, PubMed, Bireme. Análise de dados: Os testes estatísticos foram feitos com o programa Stata 13.0. Foi considerada significativo um p1. Nathaniel, J. Laparoscopic cholecystectomy. Uptodate. 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia | Vias biliares | Cliques

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2013

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Avaliação do hábito intestinal em pacientes submetidos a colecistectomia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VALDINALDO ARAGAO DE MELO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES), LARISSA LINS AZEVEDO (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), RAMON ROZA DE OLIVEIRA (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), MANUELA SENA DE FREITAS (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), AMANDA BARRETO DE SOUSA (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), MARCUS FELIPE GONÇALVES FEITOSA (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), PEDRO HENRIQUE NABUCO FREIRE SIQUEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LARISSA SILVA CAVALCANTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE)

RESUMO: Introdução: A colecistectomia é o tratamento definitivo da colecistite crônica calculosa, essa enfermidade possui alta prevalência, e é a cirurgia do trato digestório mais executada no mundo. Supõe-se que as alterações na fisiologia de colecistectomia, tais como: a presença de bile no período interdigestivo, as alterações na circulação entero-hepática ou na composição da bile, podem ser as causas da alteração do hábito intestinal dos pacientes após o procedimento. Objetivo: avaliar a alteração no hábito intestinal após colecistectomia, observando periodicidade e consistência das dejeções, prevalência de constipação e da diarreia antes e após. Método: estudo prospectivo, transversal analítico com dados obtido por questionários padronizados com pacientes previamente diagnosticados com colecistite crônica calculosa e submetidos à colecistectomia na FBHC em Aracaju/SE de setembro de 2015 a outubro de 2016. Resultados: do total de pacientes estudado (55), 49% foram submetidos à colecistectomia convencional e 51% submetidos a colecistectomia videolaparoscópica. Do total, 25% dos pacientes eram sempre constipados antes da cirurgia e apenas 5% continuaram sempre constipados após a colecistectomia. Dos 45% que responderam que nunca foram constipados, 38% mantiveram-se sem constipação e em 7,3% houve aumento na frequência. Após a cirurgia houve um aumento em 8% dos que jamais informaram quadro de diarreia e 1,8% dos pacientes que relataram persistência da diarreia mesmo após a cirurgia. Os outros 12,7% pacientes que nunca tiveram diarreia aumentaram a frequência de dejeções pós-colecistectomia. Portanto, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na comparação dos pacientes antes e depois colecistectomia, tanto em relação a constipação e diarreia, quanto em relação a consistência e frequência das dejeções. Conclusões: na maioria dos pacientes houve mudança no hábito intestinal no pós-operatório de 1 mês a mais de 1 ano da colecistectomia. Percebeu-se uma alteração significativa na função intestinal, sendo muito mais frequente o alívio da constipação do que o desenvolvimento de diarreia.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia | Hábito intestinal | Pós-operatório

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2116

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: COLECISTOSTOMIA PERCUTÂNEA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DENISE AKERMAN (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL), GABRIEL LACERDA ESTEVES (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL), DENIS SZEJNFELD (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL), MARLON MONARIM (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL), EDUARDO FIGUEIREDO BENEDETTI (HOSPITAL ALVORADA), JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar os resultados a curto prazo após a realização de colecistostomia percutânea em pacientes com colecistite aguda no Hospital do Servidor Público Estadual e em um Hospital privado ligado aos autores do trabalho, determinando mortalidade, tempo de internação e de retirada do dreno, uso de antibioticoterapia associada, escores de gravidade e as características desses pacientes. MÉTODOS: Foi realizado um estudo retrospectivo com pacientes que foram submetidos a colecistostomia percutânea entre outubro de 2014 e março de 2017. Prontuários médicos e resultados de exames complementares foram analisados. As estatísticas descritivas utilizaram ± 2 desvios-padrão. RESULTADOS: O estudo incluiu 9 pacientes que realizaram colecistostomia percutânea, sendo 6 (66%) do sexo masculino, apresentando uma média de idade de $76,3 \pm 8,3$ (min=63 e máx=86) anos. 6 (66%) pacientes iniciaram antibioticoterapia com Ceftriaxone e Metronidazol, 4 (44%) utilizaram tazobactam, e foram drenados após a falha terapêutica. Todos os pacientes tinham uma ou mais comorbidades, sendo que 5 (55%) apresentavam HAS, 5 (55%) Diabetes Mellitus, 4 (44%) Doença Renal Crônica, 3 (33%) já apresentaram AVE, e 5 (55%) já apresentaram IAM prévio. De acordo com o Marshall Scoring System, 7 pacientes apresentaram um escore maior ou igual a 2. Em relação a classificação de Tokyo (2013), 4 pacientes foram classificados como Tokyo II e 5 como Tokyo III. Analisando a escala da ASA, 4 pacientes foram classificados como ASA III, 4 como ASA IV e 1 como ASA V. O tempo médio de internação foi de $35,4 \pm 28,9$ (min=11 e máx=87) dias. 2 (22%) pacientes evoluíram para óbito (após 48h do procedimento), 2 pacientes mantêm o dreno até o momento, e outros 5 retiraram o dreno com uma média de $68,8 \pm 65,3$ (min=15 máx=173) dias. 2 (22%) pacientes realizaram a colecistectomia videolaparoscópica tardia devido a quadro sintomático. CONCLUSÃO: Os resultados a curto prazo da colecistostomia em pacientes com colecistite aguda grave e com múltiplas comorbidades foram satisfatórios, porém observa-se que a indicação usada é nos casos graves e sem resposta ao tratamento clínico e de risco cirúrgico quase inaceitável. É necessário avaliar este método em condições mais favoráveis. BIBLIOGRAFIA: 1. Ansaloni et al. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. World Journal of Emergency Surgery (2016) 11:252. Peitzman AB, Watson GA, Marsh JW. Acute cholecystitis: When to operate and how to do it safely. J Trauma Acute Care Surg. 2015; 78(1):1-12.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistostomia Percutânea | Colecistite Aguda | Estudo Restrospectivo

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2236

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA AMBULATORIAL É SEGURA E CUSTO-EFETIVA: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO BRASILEIRO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: UIRÁ FERNANDES TEIXEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), AUGUSTO NATORF GOTUZZO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), MARCOS BERTOZZI GOLDONI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FABIO LUIZ WAECHTER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), PAULO ROBERTO OTT FONTES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: Objetivo: O tratamento da colelitíase é amplamente aceito, preferencialmente, pela cirurgia videolaparoscópica. Desde que foi implementada essa se tornou mais segura e factível devido aos avanços nas técnicas cirúrgicas, anestésicas e de cuidados perioperatórios. Com tais avanços, a cirurgia ambulatorial - com curto período de internação - mostrou proporcionar a recuperação mais rápida e com bom prognóstico no que diz respeito à redução de complicações e gastos financeiros. Este artigo apresentará os resultados da aplicação de videolaparoscopia ambulatorial na resolução da colelitíase sintomática, ou litíase associada à pólipos. Método: Foi realizada a avaliação retrospectiva de 200 colecistectomias videolaparoscópicas eletivas, realizadas pela mesma equipe de cirurgia hepato-bilio-pancreática, entre 1º de janeiro de 2010 e 30 de julho de 2015. Inicialmente foi realizada a investigação laboratorial e ultrassonográfica para descartar eventual colestase. Os pacientes então chegavam ao hospital 90 minutos antes do procedimento, em jejum de 8 horas, e recebiam a profilaxia antibiótica 1 hora antes do procedimento. Ao final da cirurgia, o pneumoperitônio era desfeito e refeito dentro de 3 minutos para revisão de eventuais sangramentos no leito hepático ou nas incisões dos portais. Os pacientes permaneciam então de 5 a 7 horas em observação na sala de recuperação com controle analgésico e antiemético. Caso houvesse condições clínicas, recebiam alta com reavaliação em 15 dias. Resultado: Entre os 200 selecionados, 22 foram descartados por precisarem de 1 ou 2 dias de internação. No grupo de 178 pacientes remanescentes, 3 necessitaram retornar ao hospital antes dos 15 dias previstos devido a sintomas de dor ou vômitos. Neste estudo nenhum paciente apresentou complicações graves. Finalmente, comparando 10 pacientes submetidos a colecistectomia laparoscópica ambulatorial para 10 pacientes que permaneceram hospitalizados por 1 dia, considerando o mesmo seguro de saúde e insumos cirúrgicos, o custo hospitalar total foi em média 35% menor para o grupo ambulatorial. Conclusão: Se demonstra importante, portanto, a discussão sobre a colecistectomia videolaparoscópica ambulatorial, modelo seguro no qual o paciente permanece por algumas horas em observação pós-operatória. Se tem ainda, em pacientes compatíveis ao protocolo, redução dos longos e custosos dias de internação nosocomial.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia videolaparoscópica | Cirurgia ambulatorial | Colelitíase

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2246

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: PANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA LESÕES CORPO-CAUDAIS: UMA AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GERALDO CAMILO NETO (IAMSPE), JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH (IAMSPE), ADRIANO CORONA BRANCO (IAMSPE), ALBERTO GOLDENBERG (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), EDUARDO FIGUEIREDO BENEDETTI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), CAMYLLE REIS FIGUEIREDO (IAMSPE), ELLEN TREVELIN (IAMSPE), GABRIEL LACERDA ESTEVES (IAMSPE)

RESUMO: OBJETIVOS: relatar a experiência da técnica laparoscópica para abordagem de lesões corpo caudais do pâncreas, avaliando os índices de morbidade, fístula pancreática e tipos histológicos. MÉTODOS: estudo descritivo, retrospectivo, multicêntrico. Foram revisados os prontuários de pacientes submetidos a pancreatectomia videolaparoscópica para abordagem de lesões de corpo e cauda pancreática em três hospitais terciários da cidade de São Paulo ? SP no período de xx/xxxx a Dezembro 2016. Índices de morbidade e mortalidade foram levantados. A morbidade foi classificada de acordo com Clavien-Dindo. RESULTADOS: 72 pacientes foram submetidos a pancreatectomia videolaparoscópica no período estudado. Enucleação da lesão foi realizada em 8 pacientes, enquanto a ressecção corpo caudal, com ou sem preservação esplênica foi realizada nos demais. A morbidade do procedimento foi de 44%, com complicações que variaram entre Clavien 1 a 4. O índice de fístula pancreática foi de 26% (n 19): 12 tipo A, 2 tipo B e 5 tipo C. Punção percutânea foi realizada em 11% (n 8) dos casos. A mortalidade em 30 dias de PO foi nula. CONCLUSÃO: a abordagem videolaparoscópica é uma opção terapêutica viável para o manejo da lesões corpo-caudais do pâncreas. O índice do fístulas no pós operatório, todavia, persiste como importante cauda de morbidade. REFERÊNCIAS: SHIN, SH. A comparative study of laparoscopic vs. open distal pancreatectomy for left-sided ductal adenocarcinoma: a propensity score-matched analysis. J Am Coll Surg. 2015 Feb;220(2):177-85. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.10.014. Epub 2014 Oct 31. MENDONZA, A.S., Han, HS., Ahn, S. et al. Predictive factors associated with postoperative pancreatic fistula after laparoscopic distal pancreatectomy: a 10-year single-institution experience Surg Endosc (2016) 30: 649. doi:10.1007/s00464-015-4255-1. Yoshikuni, K. Laparoscopic distal pancreatectomy employing radical en bloc procedure for adenocarcinoma: Technical details and outcomes. Surgery , Volume 157 , Issue 6 , 1106 ? 1112. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: PANCREATECTOMIA|VIDEOLAPAROSCOPIA|COMPLICAÇÕES

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2247

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Cirurgias pancreáticas: casos operados entre 2010 e 2015

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), MASSAKAZU KATO (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), LUIZ ANTONIO NEGRÃO DIAS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), VICTOR JOSÉ DORNELAS MELO (UFPR), HYGOR TROMBETTA (UFPR), DANIELE REZENDE XIMENEZ (UFPR), GABRIELA ROMANIELLO (UFPR)

RESUMO: Objetivo: Apresentar dados referentes aos pacientes submetidos a cirurgia pancreática entre 2010 e 2015. Estudar características epidemiológicas tentando definir fatores de risco para a doença e resultado do tratamento. Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema EpiInfo, versão 7.1. A taxa de sobrevivência foi calculada pelo método de Kaplan-Meier. Resultados: Foram realizadas 98 cirurgias pancreáticas, sendo 43 cirurgias de Whipple, 10 pancreatectomias corpo-caudais, e 43 derivações bilio-digestivas. 50% dos pacientes foram do sexo masculino. 55% dos pacientes apresentaram histórico de tabagismo e 25,6% de etilismo. Somente 1 paciente apresentava história familiar de neoplasia peri-ampular. Apenas 22,8% dos pacientes haviam registro de ecografia pré-operatória, entretanto todos realizaram TC ou RNM. 93,8% dos pacientes não realizaram CPRE antes da cirurgia. 8,6% dos pacientes realizaram laparoscopia estadiadora pré-operatória. 13,2% dos pacientes já apresentavam metástases pré-operatória. 56% dos pacientes apresentavam tumores de cabeça do pâncreas, 10,9% peri-ampulares e 9,8% de corpo e cauda. O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma (54,5%). Somente 2 pacientes receberam quimioterapia pré-operatória e 24,2% foram para adjuvância. Somente 4,2% dos pacientes tiveram complicações intra-operatórias. Em 26,1% dos pacientes foram realizadas ressecções multiorgânicas, e 11% necessitaram de drogas vasoativas no pós-operatório. 30% dos pacientes receberam hemotransfusão. De todas as cirurgias, 37% tiveram complicação pós-operatória grau 2 ou 3 de Clavien-Dindo e 48% necessitaram reoperação. 20% dos pacientes atingiram remissão em 6 meses, 19,5% apresentaram progressão da doença. 74,6% dos pacientes foram a óbito em menos de 5 anos. Conclusão: Pancreatectomias apresentam dificuldade técnica e anatômica considerável, além de serem indicadas para neoplasia de alta agressividade. Os desfechos cirúrgicos apresentam altos índices de complicações.

PALAVRAS-CHAVES: câncer de pâncreas | cirurgia | oncologia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2460

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ANÁLISE COMPARATIVA DE QUATRO TÉCNICAS CIRÚRGICAS EM MAIS DE 700 TRANSPLANTES DE PÂNCREAS DE UM ÚNICO SERVIÇO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TIAGO GENZINI DE MIRANDA (MEDICINA SOROCABA), FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO (HOSPITAL BANDEIRANTES), TERCIO GENZINI (HOSPITAL BANDEIRANTES), HUDA MARIA NOUJAIM (HOSPITAL BANDEIRANTES), LEONARDO TOLEDO MOTA (HOSPITAL BANDEIRANTES), JUAN RAFAEL BRANEZ PAREIRA (HOSPITAL BANDEIRANTES), BEIMAR EDMUNDO ZEBALLOS SEMPETEGUI (HOSPITAL BANDEIRANTES), ALESSANDRO SILVESTRE (SAO CAMILO), GABRIELA TOMAZ MARTINHO (FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA DE SAO PAULO), NADIA MIE TAIRA (FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA DE SAO PAULO), MARCELO PEROSA DE MIRANDA (HOSPITAL BANDEIRANTES)

RESUMO: Introdução: Existem diversas técnicas operatórias no transplante de pâncreas(TP) e controvérsia sobre a superioridade de alguma delas. Objetivo: Apresenta-se análise comparativa de 4 técnicas diferentes de TP. Métodos:Analisaram-se 727 TP realizados entre 1996 a 2016, sendo 395 TP e Rim Simultâneo(TPRS) e 332 TP solitários(TP Após Rim e TP Isolado). As técnicas foram distribuídas em Sistêmica-Vesical(SV), Sistêmica-Entérica(SE), PortalEntérica(PE) e Portal-Duodenal(PD). Entre os TPRS, 137 foram SV, 176 SE, 44 PE e 38 PD; nos TP solitários, 182 foram SV, 32 SE, 47 PE e 71 PD. Realizouse análise estatística com significância para pResultados: Nos TPRS, houve semelhança quanto a sexo, idade do doador ,receptor e uso de doadores com doença cérebro-vascular(AVC) nos 4 grupos. A sobrevida de 1 ano para paciente, enxerto renal e pancreático foi semelhante entre as 4 técnicas, assim como a incidência de perda técnica ou imunológica do pâncreas. Apesar de estatisticamente não significante, o sucesso do pâncreas foi de 71% na técnica SV e de 84% na PD, assim como o sucesso do rim que foi de 78% na SV e de 89% na PD. Nos TP solitários, houve semelhança quanto a sexo,idade do receptor e uso de doadores com AVC. A sobrevida de paciente em 1 ano foi semelhante entre as técnicas variando de 93% nas SV a 97% nas PD; o sucesso do pâncreas em 1 ano também foi semelhante entre as técnicas, mas com maior perda técnica no grupo SE. Conclusão: As 4 técnicas utilizadas pela equipe mostraram-se semelhantes em sobrevida de paciente e enxerto, mas com tendência a resultado superior de enxerto pancreático e renal nos TPRS com a técnica PD e melhor sobrevida de paciente nos TP solitários com esta mesma técnica.

PALAVRAS-CHAVES: TRANSPLANTE DE PANCREAS TECNICAS | SOBREVIDA DO PACIENTE | SOBREVIDA DO ENXERTO

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2551

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: PERFIL DAS ANASTOMOSES BILIODIGESTIVAS OCORRIDAS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TERESINA NOS ANOS DE 2014 A 2016: ESTUDO DE 80 CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRENNO IVO SOARES SANTOS (UFPI/HSPE), RAIMUNDO JOSÉ CUNHA ARAUJO JUNIOR (UFPI), LUCAS PAZOLINNI VIANA ROCHA (UFPI), BRENDA IRLA SOARES SANTOS (UFPI), THIAGO MELO DINIZ (UFPI), ALEXANDRE GABRIEL SILVA REGO (UFPI), CARLO VICTOR SOUSA RODRIGUES (NOVAFAPI)

RESUMO: OBJETIVO: Analisar o perfil das anastomoses biliodigestivas realizadas no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) quanto a indicação, técnica utilizada e complicações precoces nos anos de 2014 a 2016. METODOLOGIA: Estudo observacional e descritivo do tipo quantitativo. A amostra foi constituída a partir de todos os prontuários de pacientes que se submeteram a cirurgias de anastomose biliodigestiva no HU-UFPI no período de março de 2014 a novembro de 2016. Utilizou-se um roteiro estruturado para a coleta dos dados, utilizando-se variáveis como etiologia da obstrução da via biliar, tipo de anastomose realizada e complicações pós-operatórias precoces. Os dados foram tabulados em no programa Excel 2010 para Windows com posterior calculo das porcentagens e análise de cada variável. RESULTADOS: Foram realizadas 80 anastomoses biliodigestivas no serviço, sendo 48,75% por coledocolitíase, 20,0% por lesões iatrogênicas de via biliar, 20,0% em casos de tumores periampulares. A hepaticojejunoanastomose em Y de Roux foi realizada em 42,5% dos pacientes seguido de Coledocojejunoanastomose em y de roux e Coledocoduodeno anastomose em 26,25% e 22,5% respectivamente. 75% das cirurgias realizadas não apresentaram complicações, no qual a Fístula da anastomose foi a mais prevalente entre elas com 10 casos (12,5%), na qual 80% delas ocorreram no uso da técnica Hepaticojejunoanastomose em y de roux. CONCLUSÃO: A principal indicação de anastomose biliodigestiva no HU-UFPI foi a coledocolitíase, sendo a hepaticojejunoanastomose com reconstrução em Y de Roux o tipo de derivação biliodigestiva mais utilizada e a complicação mais comum foi a Fístula, predominante no uso dessa técnica. REFERÊNCIAS: 1. Goessmann H, et al. Biliodigestive anastomosis: indications, complications and interdisciplinary management. Chirurg. 2012 Dec;83(12):1097-108. 2. Cammann S, et al. Cholangitis in the postoperative course after biliodigestive anastomosis. Langenbecks Arch Surg. 2016 Aug;401(5):715-24

PALAVRAS-CHAVES: biliodigestiva | complicações | anastomose

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2730

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: Colecistites um problema de saúde pública - cirurgia laparoscopica ambulatorial uma solução?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LIANA CHAUL SFAIR MONEIRO (HOSPITAL REGIONAL DA CEILANDIA), THAIANE DA GUIA ROSA FIORAVANTE (HOSPITAL REGIONAL DA CEILANDIA), VANESSA BARTO PFEILSTICKER (HOSPITAL REGIONAL DA CEILANDIA), JUHAD EZZEDDINE ABDUL HAK (HOSPITAL REGIONAL DA CEILANDIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: a colelitíase e suas complicações são doenças de resolução cirúrgica e altamente prevalentes no Brasil. Das técnicas cirúrgicas novos protocolos de abordagem já possibilitam a mesma ser realizada a nível ambulatorial. OBJETIVO: mostrar o impacto quanto a mortalidade e morbidade da colelitíase e suas complicações a nível nacional e questionar se a colecistectomia videolaparoscópica ambulatorial seria uma solução no contexto do Sistema Unico de Saude (SUS). MÉTODOS: estudo observacional e transversal. Foram coletados dados do DATASUS no período de 2011 a 2016 para caracterizar a morbidade e a mortalidade de doenças relacionadas a colelitíase. Por fim realizada revisão de literatura para a hipótese da cirurgia ambulatorial como uma solução. RESULTADOS: no DATASUS entre 2011 a 2016, a faixa etária com maior número absoluto de internações por colelitíase e colecistite foi de 30 a 39 anos. O valor médio de internação foi maior na faixa etária de 5 a 9 anos (699,17 reais). O sexo com maior taxa de mortalidade foi o sexo masculino em todas as regiões do Brasil, no entanto o valor total de internação foi maior no sexo feminino. CONCLUSÃO: pelo DATASUS a colecistite apesar de não representar uma alta taxa de mortalidade, há elevado gasto e elevado número de pacientes internados por colelitíase e colecistite. A estratégia da colecistectomia laparoscópica ambulatorial (CLA) com uma seleção adequado dos pacientes se mostra como a solução para diminuir as filas de colecistectomia eletiva resolver o problema de saúde pública no Distrito Federal e no Brasil.

PALAVRAS-CHAVES: colecistite | saúde publica | cirurgia laparoscopica ambulatorial

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 3044

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: O TRATAMENTO DA COLEDOCOLITÍASE NA ERA DA CIRURGIA VÍDEO LAPAROSCÓPICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO ASSIS LISBOA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), BÁRBARA DA SILVA OLIVEIRA FONSECA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), KENIA DAZZI BERGI (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), LUCAS AZEVEDO FARIA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), JOSÉ REINALDO RIBEIRO DE QUEIROZ JUNIOR (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), GUILHERME AUGUSTO NUNES CORREA LIMA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), FABIO PIMENTEL MARTINS (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE)

RESUMO: Objetivo: Este estudo tem como objetivo apresentar o algoritmo de tratamento da colecistopatia litiásica associado a coledocolitíase utilizado pela VIII clínica cirúrgica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, estabelecendo uma discussão sobre as vantagens da via laparoscópica baseado na experiência prática do serviço e ampla revisão bibliográfica referente ao tema. Método: Trata-se de um artigo de revisão, no qual foi feita uma revisão bibliográfica sobre tratamento da coledocolitíase nas bases de dados Cochrane, Scielo, Lilacs, Pubmed. A partir da revisão, a abordagem terapêutica da literatura foi comparada com o algoritmo utilizado pela VIII clínica cirúrgica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Resultados: Estudos clínicos randomizados comparando a CVL-ELVB com a CPER pré-CVL (CPER-CVL) demonstraram que a CVL-ELVB repercutiu em maior taxa de remoção de cálculos da via biliar (90,2%), menor tempo operatório e menor tempo de internação hospitalar, assim como comprovado nos casos operados pela VIII clínica cirúrgica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Não foi constatada diferença significativa nas taxas de morbidade, mortalidade ou de conversão para outros procedimentos entre as técnicas analisadas. A CPER pós-CVL apresentou maior taxa de cálculos retidos. A diferença de custo total por paciente entre a CVL-ELVB e a CVL-CPER evidenciou valores comparativamente reduzidos da CVL-ELVB. Conclusões: A CIO de rotina aumenta a segurança do tratamento de pacientes com colecistopatia litiásica associado a coledocolitíase e favorece o preparo técnico dos cirurgiões para a ELVB caso seja identificado cálculo na via biliar em fase peroperatória. Bibliografia: Koc B, Karahan S, Adas G, Tural F, Guven H, Ozsoy A. Comparison of laparoscopic common bile duct exploration and endoscopic retrograde cholangiopancreatography plus laparoscopic cholecystectomy for choledocholithiasis: a prospective randomized study. *Am J Surg.* 2013;206(4):457-63. Herrera-Ramírez ML, López-Acevedo H, Gómez-Peña GA, Mata-Quintero CJ. Efficiency of laparoscopic vs endoscopic management in cholelithiasis and choledocholithiasis. Is there any difference? *Cir.Cir.* 2016; pii: S0009-7411(16)30089-5. doi: 10.1016/j.circir.2016.10.008 Dasari BV, Tan CJ, Gurusamy KS, Martin DJ, Kirk G, McKie L, Diamond T, Taylor MA. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;12.

PALAVRAS-CHAVES: coledocolitíase | videolaparoscopia | Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada



XXXII CONGRESSO BRASILEIRO DE
CIRURGIA

28/04 a 01/05/2017 - SÃO PAULO - SHERATON WTC

PÔSTER

CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 353

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VALIDAÇÃO DE HISTOTECA DE FRAGMENTOS TIREOIDEANOS IN VIVO E POST-MORTEM PARA ANÁLISE TRANSCRIPTÔMICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO BOSCO LOPES BOTELHO (UFAM), SPARTACO ASTOLFI FILHO (UFAM), DIEGO MONTEIRO DE CARVALHO (UFAM/UEA), DEBORAH LAREDO JEZINI (UFAM), ENEDINA NOGUEIRA DE ASSUNÇÃO (UFAM), LORENA NACIF MARÇAL (UFAM), PAULO RODRIGO RIBEIRO RODRIGUES (UEA), ANDREY ALISSON MENDES MAIA (UEA)

RESUMO: Objetivo: Este estudo objetivou estruturar um protocolo de coleta e armazenamento de fragmentos de tecidos tireoideanos no pós-operatório imediato de tireoidectomias e de cadáveres frescos não-formolizados com até seis horas de morte, para uso em estudos transcriptômicos (1). Métodos: Nas cirurgias, foram selecionadas 13 mulheres com diagnóstico pré-operatório compatível com bócio, submetidas à tireoidectomia. Os fragmentos de tireóide oriundos de 10 cadáveres frescos eram de jovens sem histórico de doença tireoideana e de ambos os sexos. Os fragmentos mediam 1cm² de cada lobo, do istmo e do piramidal. As amostras foram armazenadas em criotubos de 2 ml identificados, contendo conservante de RNA e em seguida transportados em gelo seco à -4 °C até o armazenamento à -80°C. Parte aleatória das amostras foi macerada em nitrogênio líquido e submetida à extração de RNA total e a confirmação de seus produtos foi realizada por meio de eletroforese em gel de agarose a 1% (2). Resultados: As 13 amostras de tecido tireoideano oriundas de pós-operatório e submetidas à extração de RNA total mostraram-se positivas à extração e visualizáveis em gel de agarose com banda compatível com RNA. Os tecidos tireoideanos extraídos de cadáveres entre 6 e 24h de falecimento não apresentaram bandas ou tinham padrão de amostra degradada Conclusão: O protocolo de histoteca tireoideana utilizando gelo seco e conservante de RNA é factível e com aplicabilidade aos estudos transcriptômicos somente em amostras adquiridas in vivo.

PALAVRAS-CHAVES: TIREOIDE|BÓCIO|RNA

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 369

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARCINOMA DA TIREOIDE COM DIFERENCIAÇÃO SEMELHANTE A TIMO (CASTLE): RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAISSA JOSÉ DE FRANÇA CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), INAÊ MATTOSO COMPAGNONI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), PEDRO EDER PORTARI FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), AGOSTINHO MANUEL DA SILVA ASCENCAO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), RODRIGO PANNÓ BASÍLIO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), PAULA MARQUES BRANDÃO DE ALBUQUERQUE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

RESUMO: Objetivo: Relato de caso de CASTLE, com destaque a sua raridade, baixo índice de suspeição pré-operatória, diagnóstico histopatológico pós-operatório e a inexistência na literatura de um tratamento padrão. Método: Relato de caso avaliado, operado e confrontado com a literatura pela 3ª enfermagem do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Resultados: Mulher, 49 anos, com nódulo cervical direito de crescimento rápido, percebido em 2012. Em 2013 evoluiu com dispneia e engasgos. Ultrassonografia de tireoide evidenciou nódulo hipoecóico, irregular, medindo 4,3x3,2x3,0cm em lobo direito da tireoide, sem linfonodomegalia cervical, cuja punção aspirativa por agulha fina foi sugestiva de carcinoma papilífero de tireoide. Em 2014 foi submetida à cirurgia para realização de tireoidectomia total. No peroperatório destacava-se tumoração em lobo direito, medindo 6,0x6,0x5,0cm, aderida a traqueia e artéria carótida direita, resultando em remanescente de tecido tireoidiano nestas áreas. Histopatológico compatível com tumor mucoepidermóide de tireoide com invasão angiolinfática, e questionando-se a possibilidade de tumoração metastática secundária. Tomografia de crânio, tórax e abdômen, sem evidência de lesões primárias. Teste de imunorretividade observou-se CEA e CD5 positivos, CK pool, cromogranina A, sinaptofisina, p63, calcitonina e antígeno TTF-1 negativos, confirmando CASTLE. Complementado tratamento com quimioterapia e radioterapia, porém sem evidência de redução do tecido remanescente. Indicada nova cirurgia, com exploração cervical direita e ressecado tecido que envolvia os vasos cervicais e traqueia, cujo histopatológico evidenciou apenas tecido fibroso, sem tumor. Conclusão: CASTLE é uma neoplasia rara, com incidência entre 0,085-0,15%, baixa taxa de recidiva, bom prognóstico e de difícil diagnóstico pré-operatório. Devido a sua raridade, é difícil definir um tratamento padrão e eficaz para esses pacientes. Além da completa ressecção, pode ser adotado quimioterapia e/ou radioterapia. O caso relatado mostra um tumor de crescimento rápido, de maior extensão que a média da literatura, tratado com quimioterapia e radioterapia adjuvantes e reoperado para ressecção de remanescente tumoral. Bibliografia: Liu, S. Lee, W. Carcinoma showing thymus-like differentiation (CASTLE): Report of a case specified in the cytomorphology. Journal of the Formosan Medical Association, v. 115, n. 5, p. 377-379, 2016.

PALAVRAS-CHAVES: CASTLE | carcinoma de tireoide | tireoide

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 376

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cirurgia Conservadora do Câncer de laringe

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE GUILHERME DA SILVA SOUZA (HOSPITAL ANA COSTA), JOSE LUIZ ORTIZ BOGADO (HOSPITAL ANA COSTA), ROGERIO APARECIDO DEDIVITIS (HOSPITAL ANA COSTA)

RESUMO: Introdução: As técnicas cirúrgicas utilizadas em laringectomias parciais, baseiam-se na compartimentalização da laringe e tem como objetivo proporcionar tratamento oncológico satisfatório e preservar a função da laringe. Objetivo: Avaliar os resultados oncológicos e complicações em pacientes submetidos a laringectomias parciais. Métodos: Uma série de 120 pacientes submetidos a laringectomias parciais no período de 1996 a 2016, divididos de acordo com seu estadiamento clínico (T). As margens cirúrgicas foram avaliadas através de exame de congelação durante o ato operatório. O seguimento variou de 4 a 120 meses (média de 48,5). Radioterapia adjuvante foi indicada de acordo com o estadio linfonodal (pN+). As seguintes complicações foram avaliadas: Edema de aritenóides, fístula faringo-cutânea ou laringo-cutânea, pneumonia, hemorragia, disfagia, infecção de ferida operatória, estenose laríngea e insuficiência glótica. Resultados: A taxa de sobrevida sem doença foi de 84,6% em tumores T1, 84,5% em tumores T2 e 40% em tumores T3. Após resgate cirúrgico, nos casos de recorrência, a taxa de sobrevida final foi de 97,5% em tumores T1, 92,9% em T2 e 40% em T3. Houve edema de aritenóides em 7 pacientes, fístula laringo-cutânea em 4, infecção de ferida operatória em 3, pneumonia em 5, disfagia em 1 e estenose laríngea em 6. Conclusão: A taxa global de sobrevida após o tratamento primário foi de 84,6% para tumores T1, 84,5% para tumores T2 e 40% para tumores T3, apresentando melhores resultados para tumores precoces (T1 e T2). A incidência de complicações foi aceitável e pode ser tratada conservadoramente.

PALAVRAS-CHAVES: Laringectomias | Tumores de Laringe | Carcinoma espinocelular

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 406

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: RECIDIVA EM TRAQUEOSTOMA DE NEOPLASIA DE LARINGE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), STEPHANIE JAUQUIN DE ABREU (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ELISA GIRARDI HYPOLITO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ANA LUIZA RIBAS BRAGA BETTEGA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MARIA EDUARDA COMIN CARDOSO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), STEFÂNIA DALL'AGNO DEMORI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Dentre os tumores de cabeça e pescoço, a laringe é o sítio de maior ocorrência de neoplasias. O tumor laríngeo, com maior incidência no sexo masculino, pode acometer as três porções do órgão: supraglótica, glote e subglote. A sintomatologia da doença está relacionada com a localização da lesão, sendo a disfagia, disfonia e dispnéia os sintomas mais frequentes. Quanto ao tipo histológico, o mais prevalente é o carcinoma epidermóide. Esse trabalho visa ressaltar os achados clínicos, histológicos e radiológicos mais importantes na suspeita de recidiva de neoplasia de laringe em traqueostoma.**RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 57 anos, procurou atendimento médico por dor e sangramento ao redor da traqueostomia. Paciente com história prévia de neoplasia de laringe; realizado laringectomia total associado à radioterapia, há 02 anos; etilismo e tabagismo, sem outras comorbidades. Ao exame físico, apresentava lesão peritraqueostoma, roncos esparsos em ambos os pulmões, demais inalterado. A Tomografia Computadorizada de Tórax apresentava lesão expansiva com densidade de partes moles localizada à direita (D) da traqueostomia, cranialmente à clavícula proximal D, que mede no plano axial cerca de 3,9 x 2,7 cm, provavelmente relacionada a lesão neoplásica recidivada; a lesão expansiva na região cervical inferior não compromete as estruturas vasculares proximais; sem outras alterações. Realizou-se ressecção da lesão. O anátomo-patológico da peça cirúrgica mostrava carcinoma epidermóide queratinizante moderadamente diferenciado, úlcero-infiltrativo, medindo 5,0 x 2,0 x 3,0 cm, invadindo traqueostoma e pele adjacente, tecido subcutâneo e músculo esquelético; invasão perineural presente; invasão vascular angiolinfática não detectada; cartilagem traqueal sem evidências de neoplasia; neoplasia atinge limite cirúrgico profundo e uma das bordas da peça. Paciente foi internado na UTI por sangramento pós-procedimento cirúrgico, sendo manejado clinicamente.**CONCLUSÃO:** Mesmo com tratamento cirúrgico associado à radioterapia, pode haver recorrência do tumor laríngeo. A recidiva na área do traqueostoma em pacientes laringectomizados é uma grave complicação do carcinoma epidermóide de laringe. O estadiamento da doença, o local do tumor, a invasão infraglótica, as margens cirúrgicas diminutas na traquéia após laringectomia, a invasão tireoidiana pelo tumor e as metástases linfonodais paratraqueais são elementos que podem estar associados com a recidiva.

PALAVRAS-CHAVES: Laringe | Carcinoma Epidermóide | Traqueostomia

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 423

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso: Histiocitoma Fibroso Benigno

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VITOR TELLES FARIA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - CÂMPUS LONDRINA), ANDRÉ ARMANI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - CÂMPUS LONDRINA)

RESUMO: Introdução: O histiocitoma fibroso acomete comumente a pele, sendo um tumor heterogêneo, predominando as fibras de colágeno. Pode-se observar o índice mitótico, que geralmente é baixo, não determinando malignidade. Entre as alterações verificadas na epiderme por esse tipo de tumor, a principal é a ulceração dessa camada. Raramente acometem a mucosa da boca e da orofaringe, tendo poucos casos descritos em base da língua. Quando ocorrem na base da língua, as principais queixas são odinofagia, otalgia e disfagia. O diagnóstico do histiocitoma fibroso benigno é impossível apenas com a análise clínica. É mandatório o exame histológico, sendo a única forma de confirmar a benignidade da lesão. Há pequeno risco de recorrência após a excisão completa desse tipo histológico. Relato do Caso: JAP, 69 anos, gênero masculino, caucasiano, tabagista, ex-etilista. Procura atendimento com episódio de escarros hemoptoicos, há 20 dias associado a rouquidão, negando disfagia, dispneia e dores. À oroscopia foi possível observar lesão de 4cm, exofítica, pediculada, regular e com mucosa íntegra na linha média da base da língua. Ausência de linfonodos locais palpáveis. Na videofaringolaringoscopia apresenta lesão na linha média da base da língua, laringe sem lesões. À tomografia, foi constatada lesão vegetante, bem delimitada, pediculada e regular, em base de língua, medindo cerca de 4cm, glândula tireoide tópica e sem nódulos. Indicada exérese da lesão sob anestesia geral. Cirurgia sem intercorrências com boa evolução pós-operatória e melhora dos sintomas. Anátomo-patológico revelou neoplasia fusocelular com células atípicas, linfócitos e plasmócitos de permeio. A imuno-histoquímica demonstrou histiocitoma fibroso benigno, com ausência de critérios de malignidade. Conclusão: Deve ser realizado minucioso exame físico quando surgirem quaisquer evidências de um quadro sugestivo de lesão em língua móvel ou em sua base, principalmente em pacientes com fatores de risco evidentes para esse tipo de lesão. Deve-se realizar o diagnóstico diferencial de lesão em linha média posterior da língua, com neoplasias malignas de glândulas salivares, tireóide lingual, cisto do ducto tireoglosso, teratoma, neurofibroma, deposição de amiloide no mieloma múltiplo, sarcomas, linfomas, histiocitoma fibroso maligno e alguns tumores benignos. Objetivo: Apresentar um caso raro de histiocitoma fibroso benigno, objetivando atentar o profissional de saúde para os possíveis diagnósticos diferenciais.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia de cabeça e pescoço | Histiocitoma fibroso benigno | Lesão de base de língua

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 490

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Seguimento pós operatório em carcinoma medular de tireoide localmente avançado com níveis alterados de calcitonina.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINICIUS RODRIGO BULLA VASCONCELLOS (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO), GUSTAVO FALAVIGNA GUILHERME (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO), ANWAR FAUSTO FELIX SABBAG (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO), JORGE ADAS DIB (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO)

RESUMO: Introdução: O carcinoma medular de tireoide é uma neoplasia das células parafoliculares e tireoideanas produtoras de calcitonina, correspondendo entre 3 a 5% dos cânceres de tireoide. Em 30 a 55% dos pacientes com massa palpável apresentam altas concentrações de calcitonina no pós operatório, sendo que tais níveis podem ou não ser relacionados a recidiva da doença. Além disso, mais de 58% dos pacientes com dosagem de calcitonina pré operatórias acima de 50 pg/ml possuem níveis elevados pós cirurgia, não correspondendo obrigatoriamente a volta da patologia. Nestes casos, podem ser utilizados como tratamento nova cirurgia, radioterapia, terapias sistêmicas ou vigilância observacional, entretanto tais decisões são optados através de experiência clínica ou poucos estudos observacionais. Relato de caso: C.M.J.P, 54 anos, feminina, HAS, ex tabagista, com queixa de massa cervical de crescimento progressivo, há dois anos e rouquidão associada. Ao exame físico: Aumento e endurecimento de tireoide, com nódulos e linfonodomegalia. Realizada punção com agulha e diagnosticado câncer medular de tireoide. Exames Tomografia Cervical: Tireoide aumentada e heterogênea. Linfonodos aumentados em tamanho e número, em regiões cervicais bilaterais (níveis II, III, IV, V E VI) Tomografia Tórax / Abdome ? normal Calcitonina: 1405 pg/ml / antígeno carcinoembrionário - 47,9 ng/ml TSH 3,19 mu/l T4 livre 1,22 ng/dl Dosagem de cálcio e catecolaminas urinárias normais. Paciente submetida a Tireoidectomia total com esvaziamento cervical bilateral. Em ato intraoperatório, presença de tecido neoplásico acometendo tireoide e gânglios cervicais bilaterais, sendo tais estruturas excisadas. Músculo esternocleidomastoideo e nervo laríngeo recorrente a esquerda comprometidos, com ressecção dos mesmos, assim como veia jugular interna a direita também acometida, sendo necessária sua extirpação. Após persistência de rouquidão, solicitada broncoscopia pré alta hospitalar (15° P.O) com paresia de prega vocal a esquerda. (Comprometimento de nervo laríngeo recorrente). Em 30° P.O dosagem de calcitonina - 36,8 pg/ml e CEA: 7,37, Estadiamento pós operatório T4a N1b M0 Conclusão: Os valores não nulos de calcitonina e antígeno carcinoembrionário no pós operatório alertam sobre possibilidade de recidiva local. Diante da ausência de novos achados em exame físico, elevações laboratoriais ou em ultrassonografia de seguimento, neste momento (6 meses pós cirurgia), foi optado como conduta a vigilância ativa observacional.

PALAVRAS-CHAVES: CARCINOMA MEDULAR | TIREOIDE | NEOPLASIA

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 493

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Sialolitíase: uma condição de tratamento apenas cirúrgico?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME DE SOUZA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RAFAEL MIRANDA DE OLIVEIRA (HOSPITAL VILA DA SERRA), ANDRE LUIZ COTA BICALHO (HOSPITAL VILA DA SERRA), ALINE CASSIA SOUZA AMARAL (HOSPITAL VILA DA SERRA), ANNA TERESA MOREIRA NEVES (HOSPITAL VILA DA SERRA)

RESUMO: As glândulas salivares têm ampla distribuição no trato aerodigestivo superior, com inúmeras glândulas salivares menores e 3 pares de glândulas salivares maiores: parótidas, submandibulares e sublinguais. A sialolitíase representa a obstrução, parcial ou total, de ductos excretores das glândulas salivares por cálculos, raramente maiores que 10mm; diminuindo o fluxo salivar, levando a dilatação ductal, dor e sialodenite. As glândulas submandibulares são as mais frequentemente acometidas, devido ao trajeto mais longo e tortuoso do ducto, além da concentração maior de cálcio na saliva produzida por essas glândulas. O quadro clínico se caracteriza pela dor associada a mastigação em 83% dos casos; encontramos também edema e linfadenomegalia cervical reacional. O diagnóstico se apoia na clínica assim como exames de imagens. A localização do sialolito baseará o tratamento, sendo os menores e próximos ao óstio ductal de tratamento clínico baseado em estimular a salivação com sialogogos, alimentos ácidos e ordenha da glândula; o tratamento cirúrgico fica resguardado para os casos de cálculos maiores de 10mm. O procedimento cirúrgico pode envolver a extração somente do sialolito, quando este encontra-se no óstio do ducto ou exérese da glândula acometida. O desafio do tratamento cirúrgico se dá pela íntima relação dos ramos do nervo facial com as glândulas salivares, sobretudo a parótida e submandibular. O caso refere-se a uma mulher de 28 anos com quadro de sialodenite recorrente, associado a dor intensa à mastigação. Apresentava edema em região submandibular esquerda, dor a palpação, sem pus a expressão intraoral da glândula. Ultrassonografia cervical descreveu glândulas submandibulares eutópicas com formação hiperecogênica irregular de 14mm em região posterior de glândula submandibular esquerda, sem alterações em outras glândulas. Procedimento cirúrgico realizado em dezembro de 2016 no Hospital Vila da Serra, com acesso submandibular em cima de ruga de expressão. Realizado exérese em monobloco da glândula e seu sialolito; evoluindo bem em seu primeiro DPO com alta hospitalar; Acompanhamento ambulatorial sem intercorrências ou recidiva. Conclui-se que o tratamento da sialolitíase se passa tanto pelo clínico como cirúrgico; sendo os critérios de escolha a localização do sialolito e a deformação ou não do ducto. Quando bem indicado o procedimento cirúrgico apresenta resultados satisfatórios, com menor índice de recorrência.

PALAVRAS-CHAVES: Sialolitíase | Sialolitos | Sialodenite

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 521

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil epidemiológico dos óbitos por neoplasias malignas incidentes na cavidade oral de 2012 a 2016, no município de João Pessoa, Paraíba.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HOMERO MEDEIROS DE OLIVEIRA JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA), MARLA MIKAELY DANTAS DE MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Objetivos: compreender a evolução da mortalidade por neoplasias malignas incidentes na cavidade oral, incluindo lábios, língua, palato e amígdalas, nos últimos 05 anos, no município de João Pessoa, Paraíba. Método: realizou-se estudo transversal retrospectivo para estimar frequência de mortalidade por neoplasias malignas incidentes na cavidade oral, incluindo lábios, língua, palato e amígdalas, de 2012 a 2016, estratificando os dados por sexo, faixas etárias e raça/cor; através do banco de dados TABNET-PB, Sistema de Informação de Mortalidade, da secretaria municipal de saúde deste município, que possui atualização semanal. Resultados: a mortalidade, de 2012 a 2016, das neoplasias malignas na cavidade oral foi de 12 usuários por 100 mil habitantes, correspondendo a um total de 94 óbitos. 63 % desses óbitos ocorreram entre homens. Em relação ao acometimento por raça/ cor, identificamos 24,4 % entre brancos, 17% entre negros e 52,6% entre declarados pardos. Na distribuição por faixas etárias, a mortalidade foi maior entre 50-59 anos (25,5%), seguida de 60-69 anos (24,4%) e >80 anos (20,2%). Ocorreram 03 óbitos em pacientes abaixo dos 40 anos. Conclusões: Percebeu-se que os óbitos por este tipo de câncer não aumentaram ao longo dos anos estudados; mesmo estando fortemente relacionado a carga tabagista e tempo de uso do cigarro entre fumantes. No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer, as neoplasias malignas da cavidade oral representam a oitava causa de morte entre as neoplasias, principalmente no sexo masculino. Houve, em nosso estudo, maior frequência entre homens e indivíduos declarados pardos. Bibliografia: DATASUS. Sistema de Informações sobre mortalidade. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def . Acessado em 06/02/2017. INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva ? Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. Acessado em 09/02/2017. BONFANTE, Gisele Macedo da Silva et al. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2014, vol.30, n.5. MACIEL et al. Morbimortalidade por cânceres da boca e faringe em capitais brasileiras. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (1): 38-45. 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Mortalidade | Neoplasias bucais | Epidemiologia

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 560

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EXCIÇÃO DE CARCINOMA BASOCELULAR EM PALPEBRA INFERIOR E RECONSTRUÇÃO COM RETALHO DE TRIPIER MODIFICADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA- JOÃO PESSOA-PB), HUMBERTO DAVID MENEZES DE SIQUEIRA BRITO (CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO FORMADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC), ISA MARYANA ARAUJO BEZERRA DE MACEDO (UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL-RN), MAYARA PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES (UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL-RN), ANA BEATRIZ NEPOMUCENO CUNHA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA- JOÃO PESSOA, PB), AMANDA COELHO XAVIER (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA- JOÃO PESSOA, PB), JOSÉ WILTON SARAIVA CAVALCANTI FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA- JOÃO PESSOA, PB), BRUNA SALES NEVES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA-JOÃO PESSOA,PB)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Carcinoma basocelular (CBC) é o tipo mais comum de tumor cutâneo, sendo responsável por 90% dos tumores malignos que afetam as pálpebras. Possui grande importância quando localizado no ?H? da face, por poder comprometer estruturas de relevância funcional como o aparato palpebral. A exposição à radiação ultravioleta (RUV) é o principal fator de risco associado à gênese do CBC, apresentando maior ocorrência em áreas fotoexpostas. Tem por característica o acometimento restrito ao sítio tumoral, muito raramente cursando com metástases, contudo pode ser invasivo localmente e infiltrar e destruir estruturas circunjacentes. O tratamento padrão é a excisão cirúrgica, aplicando-se margens oncológicas. Após o tratamento cirúrgico de lesões que acometem grande extensão da pálpebra inferior, pode ser considerada uma reconstrução com retalho de Tripier ou Tripier modificado. A modificação consiste na presença de pedículo único, lateral e randomizado. Este relato tem como objetivo demonstrar uma alternativa efetiva e com bom resultado estético funcional para a reconstrução de pálpebra inferior. RELATO DO CASO: M.T.S.D.S, feminina, 51 anos, comparece ao ambulatório de Cabeça e Pescoço do Hospital São Vicente de Paula, João Pessoa - Paraíba, apresentando lesão em pálpebra inferior acometendo toda extensão de olho direito, recidivada e com 2 anos de evolução. Paciente assintomática. Nega comorbidades. Realizou-se biópsia incisional de fragmento tumoral (0.6x0.4cm), que confirmou CBC variante nodular. Posteriormente, foi submetida a cirurgia para ressecção tumoral com margens laterais de 5mm e margem profunda em espessura total (pele, tarso e mucosa) sendo o defeito resultante reconstruído em um único tempo com retalho de Tripier modificado (apenas com pedículo lateral). O procedimento foi realizado sob anestesia geral e local (bupivacaína com vasoconstrictor) e transcorreu sem intercorrências. CONCLUSÕES: A recidiva do CBC em pálpebra inferior não é um evento incomum e o resgate cirúrgico ainda é o melhor método de tratamento. A reconstrução de defeitos extensos de pálpebra inferior com o retalho de Tripier modificado consiste em uma alternativa descomplicada com retalho local e apresentou um resultado estético/funcional satisfatório.

PALAVRAS-CHAVES: NEOPLASIA PALPEBRAIS|RETALHOS CIRÚRGICOS|CARCINOMA BASOCELULAR

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 603

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CERVICOTOMIA EXPLORADORA ESQUERDA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM ESÔFAGO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL FAVERSANI DE ARAUJO (UEM HU MARINGA), TIAGO FRANCISCO MELEIRO ZUBIOLLO (UEM HU MARINGA)

RESUMO: O esôfago não é um tubo regular, apresentando três áreas de estreitamento: o esfíncter superior, constituído, basicamente pelo músculo cricorafíngeo, o estreitamento aórtico, decorrente da pressão do arco aórtico sobre a parede esofágica e o esfíncter inferior, área de alta pressão localizada entre o esôfago e o estômago. A maioria dos corpos estranhos que progridem até o estômago são passíveis de eliminação espontânea, sendo considerado como parâmetros de retirada ou observação o seu tamanho e extensão. Considera-se corpos estranhos com diâmetro superior a dois e dois centímetros e meio, para crianças e adultos, respectivamente, e maiores de cinco centímetros de extensão, tem pouca probabilidade de progressão, devendo ser retirados. O tratamento cirúrgico é indicado quando há falta de progressão do corpo estranho no TGI e em caso de complicação (perfuração, obstrução e hemorragia). No caso de corpos estranhos localizados no estômago e no intestino, em geral a conduta é o seguimento do objeto por meio de radiografias periódicas. Os objetos são geralmente eliminados em uma semana, mas podem levar até quatro semanas. O uso de laxativos e eméticos, não é, em geral recomendado. Entre as lesões do trato digestivo, as do esôfago são consideradas as mais graves e letais. A mortalidade aumenta, quando o tratamento é tardio. A evolução, o prognóstico e o tratamento das perfurações de esôfago, são influenciados por vários fatores: a) causa da lesão; b) localização da perfuração; c) existência de lesão concomitante em outros órgãos; d) estado prévio do esôfago; e) extensão da ferida e a contaminação causada; f) diagnóstico tardio; g) estado clínico do paciente. Os mais importantes são o retardo no diagnóstico e a localização da perfuração. Nesse relato de caso apresentamos um paciente com história de etilismo e com uma disfagia e emagrecimento. História de disfagia para alimentos sólidos, aceitando pouco líquido. Foram realizados exames laboratoriais e endoscopia digestiva alta, que não conseguiu retirar o corpo estranho, então visto como causa da disfagia. Realizados tomografia de tórax, cervical, assim como Rx, que demonstraram prótese metálica e pneumomediastino. Paciente foi para cirurgia para retirada do corpo estranho e seguiu tratamento hospitalar e ambulatorial sem mais complicações.

PALAVRAS-CHAVES: esôfago | cirurgia | serviços médicos de emergência

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 650

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abscesso Cervical Profundo: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAELA TÓTOLA COIMBRA (UNESC), JAMYLE BALLA DA SILVA (UEPA), LAÍS BALLA LUCENA (UEPA), GABRIELA PASTANA GOES (UEPA), ANA PAULA MARINHO LOPES (UEPA), CILENE APARECIDA DE SOUZA MELO (UEPA)

RESUMO: Introdução: As infecções dos espaços cervicais profundos são caracterizadas como lesões supurativas atualmente raras, e que se desenvolvem nos espaços fasciais da cabeça e do pescoço, tendo como origem principal o foco séptico dentário. Comumente essas lesões são polimicrobianas, as quais, na ausência de terapia antibiótica correta e manejo cirúrgico adequado, podem promover quadros graves, com morbidades e mortalidades em torno de 40 a 50% dos casos. Relato de caso: Paciente de 32 anos, com odontalgia há 15 dias, evoluindo com trismo, disfagia e edema em região submandibular esquerda. Atendida em serviço de urgência na cidade de Parauapebas-PA, recebeu prescrição de medicação suporte, de antibioticoterapia (gentamicina) e drenagem local por acesso extraoral. Encaminhada para domicílio, evoluiu com edema e hiperemia em região submandibular e cervical e drenagem espontânea de secreção purulenta e fétida na região cervical esquerda. Paciente procurou o serviço de urgência, sendo encaminhada para hospital particular em Marabá-PA. Apresentou-se desidratada, febril (39,5°C), descorada (+/4+), disfágica, dispneica, com drenagem espontânea de secreção purulenta e fétida e áreas de necrose em região cervical, além de trismo (3+/4+), algia e disfunção. Na tomografia, observou-se local da lesão: espaço submandibular, sublingual, laterofaríngeo e subcutâneo da região cervical. Em seguida, realizou-se a incisão cirúrgica e drenagem da área de infecção, lavagem copiosa com soro fisiológico, abordagem das lojas cirúrgicas e instalação dos drenos de penrose na região submandibular (vestibular e lingual) e cervical posterior. Durante a drenagem foi realizada a exodontia do elemento 37, origem infecciosa. Paciente seguiu para UTI para supervisão do pós-operatório imediato, foi medicada com antibióticos: ceftriaxone e clindamicina; dexametasona e medicação de suporte. Retirou-se os drenos após 48 horas e a paciente recebeu orientações sobre os cuidados com a ferida cirúrgica, recebendo alta hospitalar após 5 dias. Seguindo-se a antibioticoterapia por mais 7 dias. Paciente evoluiu para cura sem grandes complicações, apenas com retração da ferida devido ao processo cicatricial. Conclusão: O caso evoluiu bem, corroborando com os achados bibliográficos. As condutas realizadas: antibioticoterapia, abordagem cirúrgica e extração do foco da lesão promoveram a resolubilidade do caso que cursou sem grandes complicações, demonstrando a importância de uma conduta rápida e efetiva.

PALAVRAS-CHAVES: Infecção | Manejo | Evolução

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 656

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A GASTROSTOMIA É UM TRATAMENTO EFICAZ PARA PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO INTRATÁVEL EM DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME DE SOUZA SILVA (UFMG), LÍVIA MARIA PACELLI MARCON (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELANO - UNIFENAS BH), RODRIGO SADER HECK (HUSF), RAFAEL MIRANDA DE OLIVEIRA (HOSPITAL VILA DA SERRA), ALINE CASSIA SOUZA AMARAL (HOSPITAL VILA DA SERRA), ANDRE LUIZ COTA BICALHO (HOSPITAL VILA DA SERRA), LUCAS SILVA ANDRADE (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELANO - UNIFENAS BH), GUILHERME CAFURE ANTUNES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELANO - UNIFENAS BH)

RESUMO: A principal função da laringe é a proteção das vias aéreas. Diversas condições como trauma, tumores e doenças neurodegenerativas podem afetar sua função, com conseqüente quadro broncoaspirativo. O tratamento clínico consiste em terapia fonoaudiológica, suporte nutricional via nutrição enteral, através de cateter nasogástrico, gastrostomia ou jejunostomia, além de fármacos que evitam o refluxo gastroesofágico e diminuem a salivação. Contudo, nenhum destes tratamentos são completamente eficazes para o tratamento da aspiração crônica. Mesmo com o uso de dieta enteral, permanece ainda o risco de aspiração de saliva, o qual não é evitado mesmo com uso de traqueostomia com balonete. Nos casos graves, com episódios recorrentes de pneumonia de aspiração, o tratamento mais recomendado é a separação laringotraqueal (SLT). A SLT consiste na secção horizontal completa da traqueia entre o primeiro e segundo anéis ou no nível da traqueostomia preexistente. É realizado então o fechamento completo do coto traqueal superior e sutura do coto traqueal distal à pele. Como inconveniente, há perda da voz. No entanto, há preservação da inervação motora e sensitiva, sendo então potencialmente reversível. O caso refere-se a homem de 51 anos, portador de atrofia de múltiplos sistemas (AMS), acamado e gastrostomizado; história de múltiplas internações por quadros pneumônicos. Em 25/12/2016 admitido em unidade intensiva do Hospital Vila da Serra devido à pneumonia grave, evoluiu com insuficiência respiratória, necessitando de suporte ventilatório e posteriormente traqueostomia. Foi indicada SLT por intratabilidade clínica da aspiração, realizada em 17/01/17, sem intercorrências no pós-operatório. Conclui-se que, a indicação precisa da SLT diminui a recorrência da broncopneumonia aspirativa, reduzindo assim o tempo de internação e mortalidade, sendo de suma importância na prática do cirurgião em tempos de envelhecimento da população mundial e aumento da prevalência de doenças neurodegenerativas e neoplásicas.

PALAVRAS-CHAVES: separação laringotraqueal | desconexão laringotraqueal | tratamento broncoaspiração

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 674

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Rotação de Retalho Pediculado Temporofrontal para Carcinoma Epidermóide de Mucosa Jugal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MYRA JUREMA DA ROCHA LEÃO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), RENATA D'ANADRADA TENÓRIO ALMEIDA SILVA (SCMM), MARIA CLARA MOTTA BARBOSA VALENTE (UNCISAL)

RESUMO: Introdução: O carcinoma epidermoide é uma neoplasia maligna que se origina no epitélio de revestimento, sendo considerada a neoplasia maligna mais comum nesta região, além disso, corresponde a cerca de 90 a 96% dos cânceres de boca. Apresenta-se como uma massa tumoral geralmente caracterizada por aspecto crateriforme, que, muitas vezes, pode dificultar o diagnóstico. Possui maior predileção pelo sexo masculino, a partir da sexta década de vida, sendo a língua o sítio mais comum (44%), em pacientes mais jovens, e a mucosa jugal em pacientes acima de 60 anos. A associação de cirurgia e radioterapia pós-operatória constitui o tratamento padrão nos carcinomas epidermóides e varia conforme a extensão clínica ou estágio da doença indo desde uma excisão local até uma remoção mais ampla. Relato de caso: Paciente do sexo feminino de 64 anos deu entrada no serviço de oncologia clínica com história de tumoração de crescimento progressivo em região geniana. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, eupneica, normocorada, hidratada e com a presença de volumosa tumoração em região geniana esquerda medindo cerca de 5cm, endurecida e com infiltração da pele. Tomografia computadorizada evidenciou imagem, no espaço bucal à esquerda, de formato ovalado 3,0x2,86cm², com densidade de partes moles e necrose interna. O exame histopatológico confirmou carcinoma epidermoide bem diferenciado de mucosa jugal com infiltração de pele (cT4N0M0). Avaliada pela cirurgia oncológica, foi indicada ressecção de tumor de boca com rotação de retalho frontal, enxertia infraclavicular e esvaziamento cervical esquerdo unilateral nos níveis I e III. Houve a autonomização do retalho com 3-4 semanas e início de radioterapia após cicatrização em 8 semanas de pós-operatório. Conclusão: No caso relatado, o paciente apresentou carcinoma epidermoide bem diferenciado com infiltração de pele e ausência de metástase. Por encontrar-se em estágio localmente avançado, foi realizado o tratamento preconizado pela literatura, que inclui o esvaziamento cervical. De modo a reconstruir o defeito pós-excisional, optou-se pela utilização de retalho frontal, de modo a reparar adequadamente o defeito e preservar a função das estruturas adjacentes. Tal técnica mostra-se vantajosa em situações cirúrgicas nas quais não há uma grande disponibilidade de recursos, além de proporcionar uma reconstrução cirúrgica simples, tal como no caso relatado. Devendo, portanto, ser considerada em casos selecionados.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma Epidermóide de Mucosa Jugal|Retalho Pediculado Temporofrontal|Esvaziamento Cervical Seletivo

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 740

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Corpo estranho em Orofaringe: Abordagem terapêutica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA CARREIRO CARVALHO (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), JULIANE LOPES DO NASCIMENTO (ITPAC), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC), MARÍLIA ALVES ARAUJO FERREIRA (ITPAC), OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR (ITPAC), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Corpo estranho em otorrinolaringologia é qualquer material inanimado ou animado que se encontre em cavidade nasal e seios paranasais, orofaringe, hipofaringe, laringe ou conduto auditivo externo e que não faça parte dessas estruturas em condições normais. A história clínica e o exame físico são normalmente suficientes para o diagnóstico. RELATO DE CASO: Masculino, 42 anos, pardo, natural de aguiarnópolis-TO, dá entrada no Hospital Regional de Araguaína (HRA) com quadro de vômito, febre e dor na região cervical. Ao exame: LOTE, MEG, corado, hidratado. Exames de Imagem: Rx de coluna cervical demonstrou objeto estranho na orofaringe (prótese dentária). Paciente é encaminhado à cirurgia de cervicotomia para retirada do corpo estranho do local e reconstrução cirúrgica da lesão esofágica. Na descrição: paciente em decúbito dorsal horizontal, após assepsia e antissepsia da região cervical, com colocação de campo estéril, faz-se incisão cervical longitudinal à direita para deslocamento do esternocleidomastóideo, com afastamento dos vasos (jugular e aorta), invasão do esôfago para retirada do corpo estranho, com revisão de hemostasia e fechamento em planos. No 1º dia pós-operatório foi iniciada dieta líquida sem resíduos, com boa aceitação pelo paciente que apresentou-se sem demais queixas, ativo no leito e sem intercorrências. Teve alta hospitalar no 3º dia pós-operatório. Hoje encontra-se em bom estado geral, sem queixas e em acompanhamento via ambulatorial. CONCLUSÃO: Corpo estranho em Otorrinolaringologia é motivo de grande número de consultas de urgência e emergência em pronto socorro. A remoção dos corpos estranhos é quase sempre feita pela abordagem cirúrgica com profissionais e instrumental adequados. Há ainda a possibilidade de migração dos objetos para planos mais profundos das vias digestivas, caso a abordagem cirúrgica não seja logo efetuada.

PALAVRAS-CHAVES: cervicotomia | reconstrução cirúrgica | otorrinolaringologia

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 812

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE DAS CAUSAS DE ATENDIMENTO E PREVALÊNCIA DE TRAUMAS OCULARES NO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA DO CEARÁ NA REGIONAL CARIRI

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDINE MEDEIROS DE ANDRADE MARTINS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ANA LINDAURA CALLOU AUGUSTO (ESCOLA CEARENSE DE OFTALMOLOGIA), NATALIA HENRIQUES DA FONSECA ARAUJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ES), MAYARA NEVES DE MELO CARNEIRO (ESCOLA CEARENSE DE OFTALMOLOGIA), THAISA DE BARROS COSTA LOUREIRO (ESCOLA CEARENSE DE OFTALMOLOGIA), MARIA CAROLINA CLEMENTINO LIBÓRIO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ANTONIA IVANECIA SAMPAIO CRUZ (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MARYNA RAMALHO DE CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: O trauma ocular é uma agressão externa que afeta o globo ocular e seus anexos, sendo importante causa de perda visual e uso de urgências oftalmológicas. É a primeira causa de cegueira unilateral no mundo e acomete geralmente jovens do sexo masculino economicamente ativos. O bem-estar do paciente, a organização socioeconômica do sistema de saúde e a sociedade sofrem os impactos desse trauma, cujas causas principais são acidentes automobilísticos e de trabalho, violência contra pessoa e prática desportiva. Um bom atendimento inicial é crucial para minimizar o risco de morte, sequelas e transtornos visuais e, por isso, é condição obrigatória uma equipe multidisciplinar no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. O objetivo do estudo foi avaliar o perfil epidemiológico dos traumas oculares atendidos pelo SAMU, regional Cariri. Foi realizado um estudo transversal na procura de dados epidemiológicos dos atendimentos realizados pelas equipes do SAMU durante o mês de março de 2016, revisando as ocorrências realizadas por este serviço até a ocorrência de número 35.000. As variáveis coletadas foram número da ocorrência, sexo do paciente, idade, município de procedência do chamado e a hipótese diagnóstica inicial cadastrada pelo médico regulador, tendo como critérios de inclusão o atendimento pelo SAMU e a presença de distúrbios oculares. Os dados foram digitados em planilha do SPSS (pacote estatístico de ciências sociais) versão 21.0. A amostra populacional foi de 35000 registros em prontuários eletrônicos, no qual foram detectados 8 transtornos oculares atendidos por nossa regional. A maior parte dos pacientes foi do sexo masculino entre 20 e 60 anos (população economicamente ativa), o que confirma dados existentes na literatura. Em concordância com a classificação de Kuhn et al. 1996, as lesões oculares predominantes foram a perfuração, o sangramento ocular sem causa definida e lesão química. Vale ressaltar que a maioria dos traumas oculares pode ser evitada com medidas de sensibilização da população e redução de fatores de risco; bem como, o conhecimento da epidemiologia e da tendência dos traumas oculares permite propor e rever estratégias de prevenção para a população mais vulnerável. Por fim, é importante destacar as subnotificações dos casos, revelando a necessidade de incentivar médicos reguladores e intervencionistas em notificar casos de traumas oculares no sistema.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA OCULAR|ACIDENTE|PREVENÇÃO

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 825

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Neoplasias de células epitelioides acometendo mandíbula esquerda

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VÍCTOR SOUSA SILVA (ITPAC), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC), ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC), FERNANDA VIANA RODRIGUES (ITPAC), JORGE LUIZ C. C. GOMES ABRANTES (ITPAC), MARÍLIA ALVES ARAUJO FERREIRA (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A neoplasia de células epitelioides, são originadas de células grandes e achatadas com retículo endoplasmático hipertrófico, representa uma família de tumores mesenquimais composto por células epitelioides ou que se assemelham ao epitélio. O tumor pode possuir áreas epiteliais, marcadores epiteliais ou fenótipo morfológico que se assemelha ao tecido epitelial, assim, para a definição diagnóstica precisa torna-se necessária a análise imunoistoquímica. RELATO DE CASO: Paciente feminino, 74 anos de idade, raça amarela, morador de zona rural do estado do Tocantins, ingressa ao hospital público de Araguaína ? TO para tratamento cirúrgico de um tumor aparentemente benigno de tecidos moles da face, refere tumoração crescente há cerca de 5 anos, com aproximadamente 4 cm de elevação da pele, em região mandibular esquerda. A mesma refere tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica com uso de Losartan 50 mg, duas vezes ao dia e alergia a teramicina. Ao exame clínico, verificou-se uma lesão semelhante a um nódulo ou linfonodo sobre a região mandibular esquerda, sem ulcerações, sem distinção de cor com a pele. Os exames pré-operatórios de rotina foram solicitados, apresentando risco cirúrgico intermediário. Sob anestesia local infiltrativa com vasoconstritor, foi realizado a exérese da lesão através de incisão, dissecação dos planos da pele, hemostasia, enxerto de pele, exérese do nódulo ou gânglio da mandíbula esquerda e sutura com fio de nylon 4-0. Ao exame macroscópico, a peça cirúrgica demonstrou várias formações irregulares de tecido pardo-acastanhado e elástico pesando no conjunto 3,0g. A análise histológica do linfonodo revelou neoplasia de células epitelioides, pequenas, redondas e azuis, associadas ou permeando canais vasculares linfáticos, sugerindo pelo laudo histopatológico o diagnóstico de hemangiopericitoma ou tumor glômico, necessitando da análise imunoistoquímica para a resolução diagnóstica precisa, a qual não encontrou-se disponível nos dados de prontuário. O paciente recebeu alta hospitalar na mesma data do ato cirúrgico, e não apresentou demais queixas. CONCLUSÃO: As neoplasias de células epitelioides podem representar diversos tumores com aspecto clínico e cirúrgico diferentes, deve-se enfatizar a busca pela melhor conduta terapêutica e forma diagnóstica, a fim de evitar demais incômodos ao paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Imunohistoquímica | Tumor Glômico | Tumores mesenquimais

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 836

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fibrolipoma gerando tumoração em pescoço e mento

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VÍCTOR SOUSA SILVA (ITPAC), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), FERNANDA VIANA RODRIGUES (ITPAC), JORGE LUIZ C. C. GOMES ABRANTES (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC), ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O fibrolipoma é um tumor benigno de origem mesenquimal, composto por tecido gorduroso com faixas de colágeno interpostos, geralmente, acometem pacientes entre a 5ª e a 6ª década de vida, são moles, móveis, indolores e na maioria dos casos a excisão simples é curativa. **RELATO DE CASO:** Masculino, 40 anos de idade, ingressa ao hospital público de Araguaína ? TO para tratamento cirúrgico de um possível lipoma, devido ao seu padrão estrutural, refere crescimento progressivo de tumoração no pescoço após acidente automobilístico há 7 meses. O mesmo nega comorbidades em sua história patológica. Ao exame clínico, verificou-se uma lesão de formato irregular sobre a região do mento, mole à palpação, indolor, medindo aproximadamente 2,0cm em seu maior diâmetro. Sua coloração se mostrava levemente amarelada, se diferenciando pouco da coloração da pele e sem ulcerações. Os exames pré-operatórios de rotina foram solicitados, que não apresentaram alterações. Sob anestesia local infiltrativa com vasoconstritor, foi realizado a exérese da lesão através de incisão, dissecação dos planos da pele, hemostasia, exérese do tecido fibrilar, rotação de retalho miocutâneo e sutura com fio de nylon 4-0. Ao exame macroscópico, a peça cirúrgica demonstrou formação irregular de tecido gorduroso, medindo aproximadamente 2,0 x 1,0 x 0,5cm. Aos cortes de consistência macia e coloração amarelada. A análise histológica revelou formação adiposa e encapsulada, por vezes apresentando no seu parênquima feixes de tecido fibroso delgado. Não sendo identificadas células adiposas juvenis. Associado foi identificado de permeio tecido fibroso hialino, tendo interposto fibroblastos jovens e maduros. O laudo histopatológico da biópsia, firmou a hipótese diagnóstica de fibrolipoma. O paciente recebeu alta hospitalar na mesma data do ato cirúrgico, e não apresentou demais queixas. **CONCLUSÃO:** Os lipomas representam os tumores mesenquimais mais comuns, cerca de 20% ocorrendo na região da cabeça e pescoço, assim, a caracterização de novas variantes e apresentações enfatizam a importância da avaliação histopatológica dessas neoplasias, a fim de gerar uma conduta precoce eficiente, a fim de evitar a expansão local do tumor e demais incômodos ao paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Fibrolipoma | Neoplasia | Tumor mesenquimal

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 849

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOMA DE PARATIREÓIDE E O HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO ?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA FIDELIS SOLLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), FERNANDA FRUET (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), BIANCA CAROLINE ALVIM TOMAZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DIEGO GARDENAL ALCANTARA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: O Hiperparatiroidismo Primário (HPP) é uma doença metabólica que resulta no excesso de secreção de paratormônio (PTH) e é geralmente causado pela presença de um adenoma de paratireoide. Os níveis elevados de PTH são o achado laboratorial mais importante para o diagnóstico da doença. O HPP pode se apresentar de forma assintomática ou então na forma de doença óssea pelo excesso de PTH, que aumenta a reabsorção óssea; litíase renal pela hipofosfatemia e a hipercalcúria ou crise paratiroidea. Relato de caso: Paciente masculino, 28 anos, chegou ao Conjunto Hospitalar de Sorocaba com fratura em fêmur direito e em úmeros direito e esquerdo após cair e apoiar-se para levantar. Possui história pregressa de litíase renal há 9 anos, há 6 anos e há 1 ano e meio; há 11 meses fraturou um arco costal à direita após sua companheira apoiar-se em seu tórax e há 3 meses fraturou o úmero esquerdo ao apoiar-se para levantar. Aos exames laboratoriais apresentou: cálcio total = 14,6 mg/dL; cálcio iônico = 7,6 mg/dL; fosfatase alcalina = 494U/L; albumina = 4,1 g/dL; creatinina = 1,9 mg/dL (depuração da creatinina endógena estimada em 72 mL/minuto); paratormônio intacto = 327 pg/mL. A ultrassonografia de glândula tireóide revelou a presença de nódulo sólido hipoecóico em lobo direito inferior da glândula paratireoide. O paciente foi submetido a paratireoidectomia parcial e o anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou um quadro histológico compatível com adenoma de paratireóide. Conclusão: O diagnóstico de HPP depende dos níveis séricos de cálcio bem como a avaliação de outras apresentações atípicas, como a litíase renal. O tratamento é a retirada das glândulas , através da parotidectomia.

PALAVRAS-CHAVES: Adenoma de paratireóide | Hiperparatiroidismo primário | Hipercalcemia

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 855

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tireoidectomia Transoral: Aspectos Anatômicos de um Acesso Estético

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANTONIO JOSE GONÇALVES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RICARDO TADASHI NISHIO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), NORBERTO KODI KAVABATA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), DANIEL PEREIRA AYRES NETTO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MIRNA DUARTE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo Jargões do tipo: "grandes cirurgões, grandes incisões", carecem de revisão conceitual. A cervicotomia transversa, via de acesso para tireoidectomia, apresenta-se consagrada, no entanto, o aspecto desagradável decorrente da cicatriz ainda persiste. Cirurgiões e Anatomistas buscam vias alternativas, como a via transoral, que contemplem a mesma eficácia, segurança e resultados da cervicotomia transversa(1). O objetivo é verificar a viabilidade da utilização de cadáver em solução de Larsen para a realização da tireoidectomia transoral no ensino e treinamento(2). Método Dois cadáveres foram dissecados, ambos por via transoral do espaço subplatismal, para a ressecção da tireoide. Em decúbito dorsal horizontal, com coxim subescapular e cabeça em hiperextensão. Através de incisões relaxadoras, que vão das comissuras labiais bilaterais, em sentido cranio-caudal, até a tuberosidade da mandíbula seguido de punções com trocarteres de 10mm na linha média e dois, de 5mm, na projeção dos dentes caninos inferiores, no vestíbulo da boca. Dissecção promovendo o descolamento da fascia superficial do pescoço, criando espaço para expor a musculatura pré-tireoídea. Abertura da linha alba, identificação da proeminência laríngea, traquéia, ístmo da tireoide, pedículos vasculares superior e inferior da tireoide, glândulas paratireóides e nervos laríngeos recorrentes bilateralmente, seguido da retirada da glândula. Em ambos cadáveres foi auferida se a região da tireoide foi totalmente abordada, de maneira segura preservando estruturas adjacentes. Resultados A glândula tireoide foi adequadamente localizada, bem como suas relações vasculo-nervosas. As fâscias do pescoço, traqueia e inervação do músculo platísmo, motora e sensitiva, foram preservadas. Conclusão A via transoral para a realização da tireoidectomia foi possível, topograficamente adequada. A hiperextensão foi possível, pois a fixação pela solução de Larsen proporciona maleabilidade tecidual suficiente para realizar a manobra. A utilização do cadáver apresenta-se como alternativa segura e confiável para ensino da anatomia vídeo-assistida e para treinamento do cirurgião e residentes na especialidade. 1. Anuwong A. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. World Journal of Surgery. Springer International Publishing; 2015 Nov 6;40(3):491-7. 2. Lee HY, et al. Transoral periosteal thyroidectomy: cadaver to human. Surgical Endoscopy. 2014 Aug 15;29(4):898-904

PALAVRAS-CHAVES: TIREOIDECTOMIA | CIRURGIA | ANATOMIA

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 907

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Exenteração de órbita em paciente com melanoma palpebral: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAIARA REBOUÇAS TERRA NOVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), JUNYELLE DE ANDRADE CARDOSO FRAGOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), MARIANA RÊGO FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), EMANOELA DA SILVA GONÇALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), BRUNA DE ALMEIDA ALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), ANA CAROLINA PASTL PONTES (MÉDICA CIRURGIÃ DE CABEÇA E PESCOÇO. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES.)

RESUMO: INTRODUÇÃO. Os carcinomas palpebrais representam 5% a 10% de todas as neoplasias cutâneas. Destes, o melanoma palpebral configura menos de 1% das malignidades das pálpebras e acomete, na maioria dos casos, a pálpebra inferior. As malignidades palpebrais requerem abordagens distintas de neoplasias malignas cutâneas em outros sítios, devido à anatomia própria da região periocular e ao impacto funcional e estético desses tumores. O tratamento do melanoma de pálpebra é primariamente cirúrgico, tendo como padrão a exérese com margens livres. RELATO DE CASO. Paciente do sexo masculino, 50 anos, pardo, operador de máquinas. Hipertenso e tabagista, possui histórico familiar de câncer de próstata. Há 2 anos apresentou lesão tumoral, exóftica, pardacenta e de crescimento progressivo rápido, em pálpebra superior esquerda. Paciente foi submetido à cirurgia de exenteração de órbita envolvendo pálpebras, com margens de segurança confirmadas através de congelação intraoperatória e realização de retalho nasogeniano para reconstrução local. O resultado do exame anatomopatológico demonstrou a presença de melanoma invasivo em pálpebra superior com dimensões 2,6x1,7cm (pT4aN0MX - estadió IIB) e ausência de invasão perineural, bem como coto do nervo óptico e globo ocular livres de neoplasia. No pós-cirúrgico, o paciente foi submetido à esquema de quimioterapia adjuvante através da utilização de interferon. Após 14 meses da abordagem cirúrgica, o PET-CT demonstrou a presença de metástases na glândula parótida esquerda e na cadeia cervical posterior ipsilateral (reestadiamento - EIV). Após discussão da equipe multidisciplinar, optou-se por tratamento clínico paliativo. CONCLUSÃO. As lesões melanocíticas das pálpebras são raras e de difícil abordagem terapêutica. Isso se deve à anatomia singular da região associada à sua relevância funcional e estética, tornando sua reconstrução um desafio cirúrgico. Geralmente, faz-se necessário uma excisão ampla com cirurgia reconstrutiva, devido à desfiguração cosmética e alta morbidade associada à localização do tumor. Através da cirurgia de exenteração de órbita associada ao uso de esquemas quimioterápicos, o paciente evoluiu sem recidiva do tumor primário, entretanto, com metástases linfonodal e parotídea.

PALAVRAS-CHAVES: Melanoma maligno | melanoma palpebral | pálpebra

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 932

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Panorama das Cervicotomias realizadas em Hospital Regional do Gama

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE (HRG), DANIELLA SILVA MENA (HRG), GABRIEL BROM ANDRADE (HRG), RODRIGO KOUZAK MAYER (HRG), KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HRG), DIMITRI CARVALHO HOMAR (HRG), VINICIUS ALVES FONSECA (HRG), DIEGO VIEGAS BARBOSA (HRG)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A abordagem cirúrgica de lesões na região do pescoço é motivo de controvérsias entre autores. Se trata de uma área que abriga estruturas anatômicas importantes, há dissenso entorno da conduta a ser adotada e o manejo operatório flutua entre a exploração cirúrgica e medidas conservadoras. Se divide anatomicamente em zonas e trógonos. A I está delimitada entre as clavículas e a cartilagem cricóide. A II entre a cartilagem cricóide e o ângulo da mandíbula e a III, estende-se até a mastóide. O trígono anterior é limitado: borda inferior da mandíbula, o esternocleidomastoídeo e a linha média anterior do pescoço. E o trígono posterior: a face superior da clavícula, o músculo trapézio e o músculo esternocleidomastoídeo. OBJETIVO: Estudar os 18 pacientes, vítimas de traumatismo cervical, submetidos à cervicotomia no serviço da Cirurgia Geral do HRG, em Brasília-DF, de janeiro 2014 a janeiro 2017, quanto ao sexo, faixa etária, lesões e terapêutica adotada. MÉTODO: Estudo descritivo retrospectivo de série de casos. RESULTADOS: 18 pacientes foram submetidos à cervicotomia por trauma, em sua maioria do sexo masculino 16:2 e com faixa etária média de 28 anos. A etiologia do trauma cervical é uma dicotomia: arma branca versus arma de fogo (10:7). Em relação às estruturas afetadas, há uma variabilidade de casos desde aqueles os quais foram afetados superficialmente, ou seja não ultrapassaram o platísmo, sem comprometimento vascular (total de 6) a aqueles com presença de hematomas em zona II (três casos), lesões da jugular externa (total de 4), jugular interna (total de 3), carótida interna (2), carótida comum (1), tireóide inferior (1). Dois casos foram admitidos em instabilidade hemodinâmica e evoluíram em PCR após intervenção cirúrgica mesmo com a ressuscitação (hidratação, reposição sanguínea e até mesmo DVA). E 3 pacientes foram submetidos a traqueostomia. Outros 3 pacientes permaneceram em conduta expectante. Em concordância com estudos publicados a Zona mais acometida foi a ZONA II (artérias carótidas, veias jugulares, Traqueia, faringe, laringe e nervo vago). CONCLUSÃO: O traumatismo cervical é uma entidade complexa visto que, por se tratar de uma região pequena e cercada de estruturas vitais, uma única injúria pode provocar múltiplos efeitos e, por conseguinte a depender da extensão lesionada pode culminar com o óbito. Jovens e do sexo masculino estão mais propensos a este trauma que em sua maioria se devem afeções por arma branca ou por arma de fogo.

PALAVRAS-CHAVES: cervicotomia | trauma cervical | região cervical

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 954

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR FOSFATÚRICO EM REGIÃO TEMPORAL ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO MENDES SEGUNDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ALESSANDRA FREIRE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Descrito pela primeira vez em 1947 e com pouco mais de trezentos casos descritos na literatura, o tumor mesenquimal fosfatúrico é um tumor ósseo raro definido por achados histopatológicos típicos e a eliminação exarcebada de fosfato pela produção de Fator de Crescimento Fibroblástico (FGF-23). A ausência de sintomas de calcinose e a topografia em cabeça e pescoço são particularmente incomuns. RELATO DO CASO: Paciente de 66 anos foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Walter Cantídio com história de abaulamento progressivo e indolor em região zigomática-temporal direita há dois anos, evoluindo com hipoacusia e otorreia. TC de crânio evidenciava volumosa formação expansiva em região temporal, infratemporal, ouvido médio e fossa média a direita medindo 8,6x 7,6 X 4,9cm. Blopsia incisional revelou tumor fosfatúrico. Não apresentou alterações séricas do fosfato. Realizada ressecção crânio facial do osso temporal, parede lateral da órbita direita, condilo da mandíbula e ATM, sem preservação do nervo facial. Reconstrução com tela de titânio. Paciente evoluiu no 2o PO com fístula líquórica de baixo volume revertida com compressão extrínseca e tendo alta no 7o PO. Sem sinal de recidiva após 10 meses de seguimento. CONCLUSÃO: O Tumor fosfatúrico é uma entidade rara. O acometimento em região temporal é ainda mais raro e ainda que não possua calcinose paraneoplásica provoca deformações e põe em risco estruturas vitais. A excisão cirúrgica através de abordagem crânio-facial e reconstrução é a única forma terapêutica eficaz de minimizar os danos.

PALAVRAS-CHAVES: tumor fosfatúrico|base do crânio|cirurgia crânio-facial

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 956

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Dermatofibrossarcoma protuberans: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA DE ALMEIDA ALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT), EMANOELA DA SILVA GONÇALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT), MARIANA RÊGO FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT), NAIARA REBOUÇAS TERRA NOVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT), JUNYELLE DE ANDRADE CARDOSO FRAGOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT), VERA NASCIMENTO GOMES VICTORIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT), ANA CAROLINA PASTL PONTES (CIRURGIÃ DE CABEÇA E PESCOÇO. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES.)

RESUMO: Introdução: O dermatofibrossarcoma protuberans (DFSP) é um tumor raro que constitui 0,1% de todos os tumores malignos e 1% de todos os sarcomas moles. Apresenta crescimento local agressivo, alta taxa de reincidência, e raramente evolui para metástase. A incidência foi calculada entre 0,8 e 4,5 casos por milhão de indivíduos por ano, comumente ocorre entre 25 e 45 anos, com ligeira prevalência do sexo masculino. Os locais mais acometidos são tronco, extremidades proximais, cabeça e pescoço. O tratamento recomendado para DFSP local é a ressecção cirúrgica completa. Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 43 anos, com história de aparecimento de nodulação frontal de crescimento lento há cerca de 3 meses. Procurou serviço de dermatologia que realizou a remoção da lesão de cerca de 2 cm. O resultado anatomopatológico foi complementado através de análise imunohistoquímica levando ao diagnóstico de dermatofibrossarcoma protuberans sendo a ressecção sem margens cirúrgicas adequadas. Encaminhado ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço foi necessário uma nova análise de reestadiamento, a qual não foi evidenciada invasão de estruturas locais. Submetido a nova abordagem cirúrgica para ressecção de cicatriz cirúrgica e ampliação de margens cutâneas através da congelação no intraoperatório, drilagem de tábua óssea externa frontal e rotação de retalho local para reconstrução com ótimo resultado estético. O mesmo segue em controle ambulatorial sem sinais de recidiva local. Conclusão: As neoplasias malignas da pele tem indicação cirúrgica sempre que possível para o tratamento curativo. No caso do dermatofibrossarcoma protuberans, as margens cirúrgicas necessitam ser mais amplas que nos outros tipos de lesões devido às altas chances de recidiva local. As maiores taxas de sucesso e cura são naqueles casos em que a primeira abordagem cirúrgica é realizada de forma oncológicamente adequada por especialistas experientes no tratamento deste tipo de patologia.

PALAVRAS-CHAVES: Dermatofibrossarcoma protuberans | dermatofibrossarcoma | cirurgia

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 961

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ectasia ductal de glândula submandibular com ausência de sialolitíase: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELIAS BARBOSA CABRAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), FERNANDA FRUET (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO)

RESUMO: A obstrução crônica da glândula salivar é uma condição comum. Os pacientes afetados se queixam de dor intermitente e inchaço na glândula, que são exacerbados pela estimulação salivar prandial. A sialolitíase é a principal etiologia dessa obstrução, no qual o exame radiográfico usualmente revela estrutura radiopaca, arredondada, ovalada ou irregular nas regiões glandulares; entretanto, a sialodenite inespecífica é a obstrução crônica sem a presença de uma pedra. Algumas doenças infecciosas ou auto-ímmunes e terapia com iodo radioativo podem causar sialodenite por estenose do ducto da glândula salivar. A etiologia e o mecanismo dessa entidade permanecem desconhecidos. Relato de caso: Homem, 49 anos, encaminhado ao serviço de Cirurgia da Cabeça e Pescoço, do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, apresenta queixa de aumento de volume da glândula submandibular bilateral há 5 anos. Refere períodos de piora com aumento bilateral, acompanhado de hiperemia e pouco doloroso; quando na ausência de inflamação, assintomático. Realizada ultrassom e tomografia. Na Ultrassonografia revela-se aumento de glândulas submandibulares de consistência normal e móveis. Tomografia revela ectasia ductal intraglandular submandibular bilateral com ausência de sialolitíase. O diagnóstico, portanto, foi de uma ectasia ductal de glândula submandibular idiopática. A conduta, nesse caso, foi expectante, com retorno semestral.

PALAVRAS-CHAVES: Ectasia ductal|Submandibular|Glândula

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 963

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RESSECÇÃO CRANIO FACIAL DE TUMOR DE PELE AGRESSIVO EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL SILVA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ALESSANDRA FREIRE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A terapia imunossupressora prolongada permitiu uma elevação acentuada na sobrevivência de pacientes submetidos a transplantes de órgãos. Por outro lado, a modulação dos mecanismos de resposta imune, tornou tais pacientes suscetíveis a diversas dermatoses, sobretudo de origem infecciosa. Entretanto, o câncer de pele também tem sua incidência bastante elevada entre aqueles submetidos à terapia imunossupressora, sendo a neoplasia mais frequente no grupo. Relatamos o caso de um paciente que após transplante hepático apresentou câncer de pele invasivo em região frontal. RELATO DO CASO: Paciente, sexo masculino, 55 anos, diabético, procura atendimento por lesão úlcero-vegetante em região frontal, além de outra lesão, em região nasal, eritemato-descamativa. Havia realizado transplante hepático há 3 anos, por cirrose alcoólica, e transplante renal há 7 anos, por IRC secundária ao uso de AINES. Fazia uso de Myfortic (3cp/dia), Tacrolimus(3cp/dia) e Prednisona (5mg/dia), além de Anlodipino, Furosemida, Insulina NPH, Isoniazida e Omeprazol. A biópsia das lesões demonstrou carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado. Foi então realizada a ressecção tumoral em região frontal associada à rotação de retalho de escalpe e ressecção da lesão nasal com preservação da cartilagem do nariz e rotação de nasogeniano pedunculado. A peça cirúrgica nasal teve dimensões de 3cm x 2,8cm x 0,6cm com lesão ulcerada de 1,2cm no maior eixo, apresentando margens livres ao histopatológico. A peça frontal mediu 7cm x 6cm, com lesão ulcerada de 3cm x 3,5cm, também com margens livres ao histopatológico. CONCLUSÃO: Estima-se que 50% dos pacientes brancos, após 20 anos de transplante, desenvolvam algum câncer de pele, o que reforça a importância do exame dermatológico e a necessidade de acompanhamento periódico dos pacientes transplantados. O tratamento precoce dessas lesões, que podem se apresentar inicialmente com dimensões mínimas, pode reduzir a morbi-mortalidade consideravelmente no grupo de pacientes imunossuprimidos.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de pele | base do crânio | cirurgia crânio facial

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 971

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RESSECÇÃO CRANIO FACIAL DE TUMOR DE PELE AGRESSIVO EM PACIENTE PORTADOR DE XERODERMA PIGMENTOSO ? SERIE DE CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALESSANDRA FREIRE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), BRUNO MENDES SEGUNDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GABRIEL SILVA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Xeroderma Pigmentoso é uma doença rara, de herança autossômica recessiva e que consta em um defeito no reparo do DNA danificado pela exposição aos raios UV. Por isso, esses pacientes apresentam altas taxas de incidência de tumores basocelulares e espinocelulares na pele e, se as medidas de fotoproteção não forem feitas rigorosamente, podem evoluir para formas mais graves de câncer de pele. CASO 1: Paciente do sexo masculino, 22 anos, portador de xeroderma pigmentoso, com história prévia de várias neoplasias de pele tratadas cirurgicamente foi encaminhado o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço HUWC devido lesão de pele em pavilhão auricular direito com invasão do conduto auditivo, membrana timpânica e orelha média, CBC. Foi submetido a ressecção ampla do pavilhão auricular direito, conduto auditivo e mastoidectomia com preservação do n. facial + esvaziamento cervical de oportunidade dos níveis II, III, retroauricular e suboccipital direito. Foi realizada reconstrução com retalho do músculo temporal direito. Paciente evoluiu bem, sem complicações pós-operatórias. Continua em seguimento 11 meses após a cirurgia, sem evidência de recidiva. CASO 2: Paciente do sexo masculino, 12 de anos, foi submetido a Exenteração alargada de órbita direita, amputação da pirâmide nasal, ressecção da base anterior central do crânio com ressecção do osso frontal por carcinoma espinocelular cutâneo. A reconstrução foi realizada com telas de titânio, retalho de músculo temporal para preencher a cavidade orbitária e retalho de avanço de escalpo para corrigir o defeito, ficando uma parte do pericrânio exposto para correção em segundo tempo da reconstrução. O orifício nasal foi coberto com o retalho de escalpo e foi realizada traqueostomia. O paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório e foi submetido ao segundo tempo da reconstrução para cobertura da área do pericrânio exposta, com rotação do retalho redundante de escalpo de volta à área doadora, enxerto de pele e realização de abertura do orifício nasal. . Fez radioterapia adjuvante e encontra-se bem há 24 meses do tratamento sem evidência de doença. CONCLUSÃO: As neoplasias de pele tem crescimento lento e de comportamento pouco agressivo, porém quando negligenciado pelo paciente pode crescer e invadir planos profundos, sendo necessário procedimentos cirúrgicos mais agressivos para obter a cura.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de pele | base do crânio | cirurgia crânio-facial

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 981

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RECIDIVA PERINEURAL DE CARCINOSSARCOMA INVADINDO NERVO INFRAORBITAL ATÉ BASE DO CRÂNIO ?
RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCO AUGUSTO SOBREIRA ROCHA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GABRIEL SILVA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ALESSANDRA FREIRE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A invasão perineural dos tumores de cabeça e pescoço é relativamente comum, correspondendo a taxas de 30 a 50%. As maiores taxas ocorrem nos tumores de base de crânio, de pele e de seios paranasais. Os principais tipos de câncer que evoluem com invasão perineural são o carcinoma escamoso e o carcinoma adenoide cístico, e os principais nervos acometidos são o nervo trigêmeo e o nervo facial. O tumor dissemina para regiões não contíguas do endoneuro e do perineuro, e pode evoluir assintomático, de modo que em algumas situações o paciente se apresenta com função normal do nervo no exame clínico. O diagnóstico em fases iniciais se torna possível com técnicas de imagem, principalmente a ressonância magnética, e deve ser enfatizada a importância do diagnóstico e do tratamento precoce no manejo do paciente com câncer de cabeça e pescoço e câncer de base de crânio, já que a presença de invasão perineural está associada com pior prognóstico e com maior risco de recorrência locorregional. RELATO DO CASO: Paciente de 60 anos, sexo feminino, foi submetida em 2013 à ressecção de lesão de pele em região infraorbital direita, CEC pouco diferenciado, com margens profundas comprometidas. Após 3 anos observou pequeno abaulamento em região infraorbital direita, endurecido, associado a desvio do globo ocular. A TC e a RNM evidenciaram lesão expansiva envolvendo o nervo infraorbitario seguindo o seu trajeto e alargando o canal infraorbital ate o forame redondo, confirmando a suspeita de recidiva de CEC com invasão perineural do nervo infraorbital ate a base do crânio. Foi submetida a ressecção crânio-facial da lesão através de maxilotomia transantral lateral, acesso crânio-orbitozigomático e craniectomia da asa maior do esfenoide e do forame redondo, tornando possível visualizar e ressecar todo o nervo maxilar e seu ramo infraorbital acometidos por invasão perineural com boa margem de segurança. Para reconstruir foi utilizado placa de titânio. Paciente evoluiu bem, sem complicações. Está completando tratamento com radioterapia. CONCLUSÃO: No caso relatado, a invasão perineural da lesão ascendeu até a base do crânio, sugerindo diagnóstico tardio devido ao seu caráter assintomático, o que reitera a necessidade de uma investigação precoce dos tumores de cabeça e pescoço e de suas possíveis complicações. A técnica cirúrgica utilizada possibilitou uma boa evolução do paciente após a ressecção completa do nervo acometido.

PALAVRAS-CHAVES: invasão perineural | base do crânio | cirurgia crânio-facial

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 989

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARCINOMA MISTO DA TIREOIDE - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ALESSANDRA FREIRE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WELLINGTON ALVES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUIS ALBERTO ALBANO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A ocorrência simultânea de CMT e CPT tem sido relatada na literatura, representando uma entidade extremamente rara, com menos de 1% dos cânceres tireoidianos. Os casos relatados de ocorrência sincrônica são em sua maioria em sítios separados. Alguns estudos sugerem a presença de uma alteração patogênica comum. Relatamos o caso de uma paciente com ocorrência simultânea de CMT e CPT no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Walter Cantídio. RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 66anos, procurou assistência médica em março de 2014 devido aumento de volume cervical. A ultrassonografia evidenciou nódulo tireoidiano medindo 1,6 x 1,2cm em lobo direito que a PAAF evidenciou carcinoma papilífero, sendo submetida à tireoidectomia total. Após a cirurgia perdeu o seguimento. Em agosto de 2015 a paciente procurou assistência médica por linfonodomegalia cervical à direita, sendo encaminhada ao HUWC. Ao ultrassom cervical, apresentava linfonodos hipoecóicos de contornos regulares à direita, 1,1 x 0,6cm em nível III e 0,9x0,6cm em nível IV com vascularização central. Foi resgatado histopatológico da peça cirúrgica inicial cujo resultado foi carcinoma medular da tireóide de 1,5cm em LD com invasão angiolinfática presente, concomitante a microcarcinoma papilífero de 0,4cm em LD. Foi então decidido realizar esvaziamento cervical II-V à direita e recorrential bilateral. Calcitonina de 367 (VRCONCLUSÃO: Embora a ocorrência simultânea entre CMT e CPT seja um evento raro, essa possibilidade deve ser levada em conta no manejo do paciente com nódulo tireoideano. Além disso, a ocorrência de tumores sincrônicos entre CMT e CPT dá suporte à importância da avaliação de calcitonina sérica em pacientes com nódulo tireoidiano

PALAVRAS-CHAVES: câncer de tireóide | carcinoma papilífero | carcinoma medular

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 993

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Necrose Palatal Por Mucormicose

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA MARINHO (UFTM), ALUÍSIO GONÇALVES MEDEIROS (UFTM), ARI HENRIQUE DE ALMEIDA FILHO (UFTM), VINÍCIUS TEIXEIRA DE PAULA PIGNATTI (UFTM), ANA BEATRIZ RETAMERO RODRIGUES (UFTM), AMANDA LEME DA SILVA CAMPINAS (UFTM), SAMUEL DE CARVALHO DA SILVA (UFTM)

RESUMO: INTRODUÇÃO Mucormicose (zigomicose) é considerada infecção oportunística rara, tendo a associação clássica com diabetes mal controlada e com cetoacidose (presentes em até 50% dos relatos), porém com número crescente de casos em pacientes com doença linfoproliferativa e pós-transplantados. O contágio se dá a partir de fontes do meio ambiente, sendo a inalatória a principal via. O início mais comum da forma rinocerebral é de infecção nos seios paranasais. O mau prognóstico é a regra e impõe-se a capacitação para o diagnóstico precoce. A suspeita clínica é indicativa de início de tratamento. Os exames radiológicos são auxiliares diagnósticos valiosos ao avaliar a localização e extensão da infecção. O tratamento apoia-se na tentativa de reverter os fatores predisponentes, promover o desbridamento cirúrgico e dar início imediato à terapêutica antifúngica. Por se tratar de enfermidade incomum não há na literatura ensaios clínicos aleatórios. As propostas apoiam-se em relatos de caso e na experiência clínica dos serviços, assim como o proposto neste trabalho. RELATO DE CASO Paciente de 63 anos, branco, casado, ex-artesão, apresenta lesão leucoplásica purulenta em palato duro há quatro meses, observada em associação ao quadro de dor retro-orbitária à direita e hipoacusia ipsilateral, além de cefaleia occipital com lipotimia, febre, disfagia e perda de 14 kg nos últimos três meses. Referia internação prévia, no início do quadro em outro serviço devido a celulite orbitária pré-septal, quando então foi diagnosticado com DM II descompensado e DPOC. Frente à piora clínica e aumento da extensão da lesão em palato, foi internado no HC-UFTM e iniciado anfotericina B e controle estrito das comorbidades. Realizado TC de face que evidenciou lise óssea de palato, assoalho da órbita e parede anterior do seio maxilar e conchas nasais. Foi submetido à maxilectomia parcial direita com envio de peças cirúrgica para estudo anatomopatológico e cultura que demonstrou numerosos fungos compatíveis com Zygomyceto (*Mucor ssp*). Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial e manutenção do tratamento farmacológico em Hospital Dia. CONCLUSÃO Há que se ter em mente a importância da mucormicose como evento possível em pacientes com diabetes mal controlados e pacientes em imunossupressão e do diagnóstico precoce e tratamento agressivo como chaves para a redução da morbidade e dos índices de letalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Mucormicose | maxilectomia | zygomyceto

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 994

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR GLÔMICO MALIGNO IRRESSECÁVEL COM RESPOSTA À RADIOTERAPIA ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL SILVA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Tumores do corpo carotídeo correspondem a um tipo de paraganglioma e são neoplasias raras originadas no local previamente citado. Sua Incidência é de 0,8/ 100.000 casos e a maioria desses tumores é de apresentação benigna, apenas 2% evoluindo de forma maligna. Relatamos o caso de um paciente de 43 anos portador de glomus carotídeo maligno acompanhado no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do HUWC.RELATO: Paciente do sexo masculino, 43 anos, procurou atendimento medico devido massa cervical submandibular à direita, indolor, sem outros sintomas. A TC mostrou formação expansiva com atenuações de partes moles, limites definidos, comprometendo o espaço carotídeo direito, envolvendo circunferencialmente as artérias carótidas, medindo cerca de 6.9x5.1x3.6, causando deslocamento anterior da glândula submandibular, compressão dos espaços parafaríngeo e mastigatório ipsilaterais, reduzindo o lúmen da orofaringe, sugestiva de tumor glômico. Após tentativa sem sucesso de embolização endovascular, paciente foi submetido a cirurgia. No intraoperatório foi identificado massa endurecida envolvendo completamente a bifurcação da carótida e nervo hipoglosso com extensão para espaço submandibular e linfonodomegalias, que o exame de congelação confirmou ser metástase de tumor glômico. Devido impossibilidade da ressecção total da massa foi optado por ressecção parcial do tumor com desnervação do nervo vago, carótida interna e nervo hipoglosso. Paciente foi encaminhado a radioterapia adjuvante e encontra-se bem, sem progressão da doença apos 12 meses da cirurgia.CONCLUSÃO: Tumores do seio carotídeo são neoplasias raras, principalmente se forem malignas. Apesar disso, devem estar no diagnóstico diferencial das massas cervicais de anatomia correspondente.

PALAVRAS-CHAVES: tumor glomus carotideo | radioterapia | artérias carótidas

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 998

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RESSECÇÃO CRÂNIO FACIAL DE MELANOMA MUCOSO DE CAVIDADE NASAL ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GABRIEL SILVA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), BRUNO MENDES SEGUNDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO?Melanoma nasal tem sido reconhecido como um agressivo, associado a um curso imprevisível, prognóstico geral ruim de 17% a 30%, independente do tratamento. O início dos sintomas frequentemente é insidioso, então pacientes geralmente apresentam doença tardia e avançada. Tratamento deve incluir cirurgia radical quando possível. Recorrência local é comum, a qual a radioterapia pode controlar, mas não parece afetar a sobrevivência global.RELATO DE CASO: Paciente de 74 anos procurou atendimento médico devido aparecimento de epistaxe de repetição e obstrução nasal a direita. Ao exame físico apresentava lesão exofítica saindo pela narina direita, abaulamento em dorso nasal e desvio lateral de órbita direita, com perda de acuidade visual. Foi submetido à biópsia incisiva transnasal que evidenciou melanoma mucoso. A TC de face mostrava lesão expansiva em parede medial de seio maxilar direito invadindo etmóide, parede medial da órbita direita e septo nasal. A investigação de metástases a distância não evidenciou doença a distância. Paciente foi submetido à rinectomia total, exenteração de órbita ampliada para teto e etmoide. Realizou radioterapia adjuvante. Apresentou recidiva local 8 meses após conclusão do tratamento e antes que pudesse ser reabordado foi descoberto múltiplas metástase pulmonares, sendo indicado quimioterapia paliativa.CONCLUSÃO: Apesar do melanoma mucoso apresentar prognóstico ruim, a cirurgia associada à radioterapia é a melhor opção de controle da doença, devendo ser indicada aos pacientes que não apresentem metástases à distância ou doença irrecorrível.

PALAVRAS-CHAVES: melanoma mucoso | base do crânio | cirurgia crânio-facial

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1004

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RETALHO SUPRACLAVICULAR PARA RECONSTRUÇÃO DE ASSOALHO DE BOCA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GABRIEL SILVA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O retalho supraclavicular vem se mostrando uma boa opção aos retalhos livres e locais tradicionais. O pedículo supraclavicular se origina dos vasos cervicais transversos. As vantagens desse retalho são a possibilidade de uma reconstrução oncológica funcional, com morbidade mínima na área doadora, a boa confiabilidade de vascularização, a rapidez e facilidade de confecção e a sua versatilidade, representando uma boa opção para reconstrução em vários níveis, como de pele da face e pescoço, regiões do trato digestivo e, como descrito no caso, assoalho bucal. Relatamos o caso de um paciente com recidiva de CEC na língua tratado com uso de retalho supraclavicular. RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 69a, apresentou recidiva local de CEC língua. Havia sido tratado em 2009 com glossectomia parcial direita, esvaziamento cervical supraomohioideo D e reconstrução com retalho miocutâneo peitoral e radioterapia e em 2011, após recidiva cervical a direita, sendo submetido a esvaziamento cervical radical ampliado à direita, incluindo pele e clavícula D e reconstrução com retalho miocutâneo peitoral, e novamente radioterapia. Evoluiu em 2016 com recidiva em língua oral sendo submetido à glossectomia total, esvaziamento cervical supraomohioideo esquerdo e reconstrução com retalho supraclavicular. Apesar do sítio cirúrgico ter sido irradiado duas vezes, teve excelente recuperação, recebeu alta hospitalar no 5o dia pós-operatório e evoluiu até o momento sem sinais de deiscência ou fístula. Já aceitando dieta oral. CONCLUSÃO: O retalho supraclavicular é uma opção segura para reconstruir cavidade oral, sem grandes sequelas ao paciente e sem aumentar tempo cirúrgico ou de internação hospitalar, devido a sua execução, baixa morbidade, bons resultados estéticos e funcionais e baixa morbidade na área doadora.

PALAVRAS-CHAVES: carcinoma espino celular | retalho supraclavicular | resgate

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1009

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DERMATOFIBROSSARCOMA RECIDIVADO EM FACE ? RESSECÇÃO AMPLA E RECONSTRUÇÃO INUSITADA ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ALESSANDRA FREIRE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GABRIEL SILVA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Introdução: O Dermatofibrossarcoma Protuberans (DFSP) consiste num tipo de dermatofibroma, caracterizado por sua lenta progressão e alta recorrência, estimada em cerca de 50%. Sua incidência é estimada entre 0,8 a 4,5 casos por milhão de habitantes/ano. Isso corresponde a 2-6% dos sarcomas de partes moles, que, por sua vez, representam 1% de todas as malignidades. O DFSP possui predileção por idades entre a segunda e quinta décadas de vida, mas pode ocorrer em qualquer idade, mesmo em neonatos. A predileção pelo sexo feminino é mínima, e, anatomicamente, a região de cabeça e pescoço é a terceira mais prevalente. Tendo em vista todas essas características, pode-se perceber que a ocorrência de DFSP na região de cabeça e pescoço é algo raro. Assim, relataremos um caso de DFSP recidivado em angulo de mandíbula. Relato: Paciente do sexo feminino, 39 anos, procurou o serviço de Cirurgia de cabeça e pescoço da Universidade Federal do Ceará em Janeiro de 2015. Na época, paciente relatou linfadenomegalia na região cervical (submandibular). Foi, então, realizada biópsia do linfonodo, a qual confirmou o diagnóstico de DFSP com os marcadores CD34 e actina músculo lisina (alfa) positivos. Contudo, foi perdido o seguimento da paciente, que, por sua vez, retornou em Janeiro de 2016 com lesão protuberante e violácea, sobretudo em suas margens, em ângulo de mandíbula com cerca de 2 cm de diâmetro, a qual era aderida a pele e a planos profundos. A tomografia evidenciou nodulação de 2,4 x 2,1 x 2cm com densidade heterogênea, assim como realce heterogêneo pelo contraste. A lesão estendia-se pelo tecido cutâneo, porém sem comprometimento de vasos, músculos ou ossos subjacentes. Em fevereiro, foi realizada a excisão extensa da lesão com esvaziamento dos níveis I e III, com utilização de retalho peitoral para reconstrução. Atualmente, cerca de um ano após, paciente encontra bem, sem mais recidiva. Conclusão: Percebe-se, dessa forma, a importância do seguimento oncológico portador de DFSP, voltado primariamente para a recidiva local, e secundariamente para a metástase a distância.

PALAVRAS-CHAVES: dermatofibrossarcoma | retalhos locais | resgate

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1012

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARCINOMA SECRETOR ANALOGO AO TECIDO MAMARIO EM PAROTIDA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GABRIEL SILVA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GLEBERT MONTEIRO PEREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO JANUÁRIO FARIAS PEREIRA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O carcinoma secretor análogo ao de tecido mamário em glândulas salivares ou MASC (Mammary analogue secretor carcinoma) é uma entidade patológica rara, sendo apresentados pouco mais de 100 novos casos na literatura desde a sua primeira descrição por Skalová em 2010. Geralmente é um tumor de baixa agressividade e curso benigno, entretanto guarda potencial para raras transformações malignas de alto grau histológico. Na maior parte dos casos apresenta-se como um nódulo ou pequena massa palpável indolor na topografia da região parotídea. Relatamos o caso de uma paciente com ocorrência de MASC no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Walter Cantídio. RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 44 anos, procurou assistência médica após observar um nódulo na região parotídea e após atendimento foi indicada a parotidectomia. Após retirada foi realizado o exame histopatológico da peça cirúrgica no qual foi detectado um carcinoma secretor análogo ao de tecido mamário em glândula parótida. Na microscopia pôde ser observada neoplasia de células epiteliais atípicas com núcleos volumosos, vesiculosos e nucléolos evidentes, além disso as células exibiam arranjo acinar, focalmente de aspecto microcístico, ductal e ocasionalmente folicular, havia ainda arranjo sólido com esboços papilares e infiltração de estroma com moderada reação desmoplásica, sem necrose, com presença de invasão perineural extensa e margem cirúrgica comprometida. Imunohistoquímica foi fortemente reagente para S100, mamaglobina e AE1/AE3. Tais achados são indicativos da existência de um MASC de parótida. Foi realizada radioterapia adjuvante para a paciente que encontra-se em bom estado geral e sem evidência da doença após 6 meses do tratamento. CONCLUSÃO: O carcinoma secretor análogo ao tecido mamário em glândulas salivares é um tumor novo e ainda pouco conhecido. Apesar de ser considerado um carcinoma de evolução benigna na maioria dos casos é importante reconhecer sinais de evolução maligna, uma vez que hoje em dia não existem ainda maneiras de prever que tumores serão mais agressivos. É preciso ainda mais estudo sobre esta patologia emergente.

PALAVRAS-CHAVES: tumor de parótida | carcinoma secretor análogo ao tecido mamário | radioterapia adjuvante

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1018

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A VIDEOENDOSCOPIA LARÍNGEA TRANSNASAL COM BIÓPSIA NO HOSPITAL DO CÂNCER DE LONDRINA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA FERREIRA BALDECERRA (PUC PR LONDRINA), GUILHERME IRIA FUJITA (PUC PR LONDRINA), ALLEX ITAR OGAWA (PUC PR LONDRINA), MARINEZ KIMURA PERES SILVA (PUC PR LONDRINA), ROGÉRIO AUGUSTO GOMES SILVEIRA (PUC PR LONDRINA)

RESUMO: OBJETIVO Caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes submetido à videoendoscopia laríngea transnasal (VLT) com biópsia em um serviço de referência para o tratamento de câncer em Londrina e região. MÉTODOS Estudo retrospectivo, descritivo e observacional baseado nos arquivos do Hospital do Câncer Londrina. Tais informações foram coletadas por meio de prontuários eletrônicos e laudos de VLT do hospital. A população estudada foi composta de pacientes submetidos à VLT no período de 2015 a 2016 e o critério de corte utilizado foi a ausência de resultado anatomopatológico. Os dados coletados foram organizados em uma planilha de Excel para posterior análise. RESULTADOS A pesquisa resultou na coleta de 438 laudos de VLT, dos quais 53 pacientes foram submetidos à biópsia via VLT. Destes, 35 tiveram malignidade confirmada, seja por meio da VLT, laringoscopia de suspensão ou punção aspirativa por agulha fina (PAAF). Dentre os 35 pacientes com malignidade no estudo anatomopatológico, a biópsia foi realizada via VLT em 22 casos (63%), em 4 casos (11%) necessitou-se de nova biópsia por meio da VLT para a constatação de malignidade, em 3 casos (9%) a PAAF evidenciou malignidade e, por fim, 6 casos (17%) necessitaram da laringoscopia de suspensão para comprovação de malignidade. Nos 18 casos restantes, as biópsias realizadas via VLT não demonstraram evidências de malignidade. As regiões acometidas pelo câncer foram: 13 casos (37%) na região da laringe, 12 casos (34%) na orofaringe, 9 casos (26%) na nasofaringe e 1 caso (3%) na hipofaringe. A amostra foi composta por 41 homens (77%) e 12 mulheres (23%), sendo a idade média encontrada de $60,8 \pm 15,2$, com a mínima de 15 e máxima de 93 anos. Em relação à etnia, 36 pacientes (67,9%) eram brancos, enquanto 17 pacientes (32,1%) eram não brancos. Quanto aos fatores de risco, 69,8% da amostra era tabagista e 37,7% etilista, a presença do papiloma vírus humano (HPV) e refluxo laringofaríngeo não foram possíveis de avaliação. CONCLUSÃO O perfil dos pacientes com lesões suspeitas de malignidade observadas pela VLT no hospital de referência de câncer em Londrina vai ao encontro com dados referentes na literatura quanto aos fatores de risco, gênero e idade. Houve divergência quanto aos locais mais acometidos pelo tumor, uma vez que a incidência do câncer de nasofaringe foi superior ao de hipofaringe na amostra. Outra limitação do estudo foi a falta de dados quanto aos fatores de risco secundários, como HPV e refluxo laringofaríngeo.

PALAVRAS-CHAVES: Videoendoscopia laríngea transnasal | Biópsia | Epidemiologia

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1023

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DE CELULAS GIGANTES COM INVASAO DA BASE DE CRANIO - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GABRIEL SILVA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO Tumores de células gigantes correspondem a 5% das neoplasias ósseas. No crânio são eventos raros e quando ocorrem são mais frequentes na fossa média acometendo ossos temporal e esfenóide. RELATO DO CASO: Feminino, 34 anos, com dificuldade progressiva para abrir a boca, abaulamento em região parotídea e dor intermitente em região zigomática direita. Negava comorbidades, tabagismo e etilismos. Assimetria da face com abaulamento pré-auricular direita, sem paralisia facial. Sem linfonodomegalias cervicais. Laboratório sem alterações. RNM e TC: Formação expansiva em espaço mastigatório e estruturas adjacentes e abaulamento do soalho da fossa média intracraniana com rechaço do parênquima cerebral dos giros inferiores do lobo temporal. Biópsia PAAF e incisional: tumor de células gigantes. A tática de acesso cirúrgico combinando: 1. Incisão pré-auricular com extensão cervical e pterional até a ságit; 2. Parotidectomia total e conservação do nervo facial; 3. Ressecção do arco zigomático do músculo temporal para acesso a fossa infratemporal e fossa pterigomaxilar 4. Trepanação infratemporal CONCLUSÃO: O amplo acesso permitiu a ressecção da fossa craniana média com exenteração do espaço mastigatório e estruturas acometidas pelos tumores com epicentro nessa topografia, oferecendo vantajosa abordagem oncológica quando propicia margens amplas em espaço complexo e restrito.

PALAVRAS-CHAVES: tumor de células gigantes | base do crânio | cirurgia crânio-facial

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1028

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: POROCARCINOMA ECRINO CERVICAL SIMULANDO METASTASE DE TUMOR PRIMARIO OCULTO - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ALESSANDRA FREIRE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GLEBERT MONTEIRO PEREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO JANUÁRIO FARIAS PEREIRA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Introdução: O porocarcinoma écrino (PC) é uma rara neoplasia de pele que desenvolve-se a partir do acrossiríngio. Corresponde a aproximadamente 0,005% dos tumores cutâneos, podendo ser um tumor primário ou transformação maligna de um poroma écrino preexistente. Acomete predominantemente mulheres, sendo a faixa etária dos pacientes geralmente acima de 60 anos de idade. Relato: Paciente do sexo feminino, 57 anos, apresentou volumosa massa em topografia infra-auricular esquerda, endurecida, com bordos irregulares, indolor e com ulceração da pele. Foi submetida a procedimento cirúrgico e biópsia por suspeita de metástase cervical de primário oculto de carcinoma espinocelular, sendo o resultado do histopatológico compatível com PC de 8 cm e margens lateral e profunda comprometidas, sendo adotada a conduta de radioterapia adjuvante com vinte e uma sessões totalizando 6000 cGy. A paciente encontra-se bem, sem evidência de doença após 10 meses da conclusão do tratamento. Conclusão: O PC é uma neoplasia rara, com maior incidência no sexo feminino e em pessoas idosas. Os locais mais comuns de acometimento são os membros inferiores e superiores. O diagnóstico precoce da doença é muito importante para evitar o agravamento do quadro e agir rapidamente em busca de melhorar o prognóstico dos pacientes. Por ser uma doença rara é importante a documentação dos casos encontrados para melhor estudar a apresentação clínica e fundamentar a escolha terapêutica.

PALAVRAS-CHAVES: POROCARCINOMA ECRINO|PRIMARIO OCULTO|radioterapia adjuvante

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1031

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: BÓCIO MERGULHANTE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GABRIEL SILVA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WELLINGTON ALVES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUIS ALBERTO ALBANO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Introdução Bócio mergulhante (BM) pode ser definido como o aumento da glândula tireóide e concomitante projeção de um componente para a cavidade torácica. A maioria é apenas extensão de um bócio cervical e os principais sintomas são consequências do efeito compressivo da tireóide aumentada, como disfagia, dispnéia e desconforto. Relato: Paciente do sexo feminino, 65 anos, saudável e assintomática. Procurou um cirurgião de cabeça e pescoço por causa de um aumento de volume da tireóide. Não havia sintomas compressivos e nem desvio da traquéia na radiografia, além da possibilidade de palpação da tireóide acima da fúrcula esternal, o que afastou, inicialmente, a possibilidade de bócio retroesternal e justificou a não indicação de TC. A tireoidectomia foi indicada por causa do tamanho de um nódulo no lobo esquerdo, diagnosticado via USG. Durante a cirurgia, foi constatada a presença de um componente mergulhante. Sem exame de imagem para avaliar a extensão da lesão, o procedimento foi interrompido. A paciente realizou TC e foi encaminhada para o Hospital Universitário Walter Cantídio para abordagem em conjunto com cirurgia torácica. Uma segunda cirurgia foi realizada e a tireóide totalmente extirpada em abordagem cervical. Paciente evoluiu bem, sem sinais de hipoparatiroidismo ou disфонia. Recebeu alta no segundo dia do pós-operatório. Conclusão: Desconfia-se de BM quando não é possível a palpação da tireóide acima da fúrcula esternal ou quando há desvio da traquéia na radiografia; no caso relatado, ambos os sinais foram negativos. A indicação cirúrgica como tratamento é praticamente unânime para pacientes sintomáticos. Contudo, há controvérsia quanto à necessidade para pacientes assintomáticos, priorizando a qualidade de vida do paciente. Entretanto, no caso, levou-se em consideração que, como a cirurgia é de baixo risco, além de ser o único tratamento que oferece cura efetiva e o risco de malignidade ser de até 20% para bócios assintomáticos, tais fatores corroboraram para que a cirurgia fosse a melhor opção de tratamento. Na literatura, é aceito que o tratamento cirúrgico deve ser a escolha para todo bócio mergulhante, independente dos sintomas. Apesar de geralmente volumoso e de diagnóstico relativamente simples, é importante atentar para a possibilidade da existência de bócio retroesternal, inclusive para pacientes improváveis, como no caso relatado, que não havia sinais clínicos e nem de imagem - na radiografia - que indicassem suspeita da afecção.

PALAVRAS-CHAVES: Bocio mergulhante | tireoidectomia | tomografia

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1035

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RETALHO DE MCGREGOR PARA RECONSTRUIR MENTO ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCO AUGUSTO SOBREIRA ROCHA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), NATÁLIA ALMEIDA FALCÃO COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ALESSANDRA FREIRE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GLEBERT MONTEIRO PEREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO JANUÁRIO FARIAS PEREIRA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO retalho têmporofrontal (RTF) ou retalho frontal com base temporal, conhecido como retalho de McGregor, é por definição um retalho miocutâneo pediculado, fundamentalmente irrigado pela artéria temporal superficial, ramo da artéria carótida externa. A sua viabilidade é mantida por uma conexão vascular temporária ou definitiva. A literatura afirma que este tipo de retalho pode ser utilizado para um grande número de reconstruções no segmento cabeça e pescoço além da cavidade orbitária, como a região geniana, jugal, assoalho da boca, etc. O fator complicador de sua utilização é a deformidade estética acarretada no paciente, principalmente nos jovens. RELATO DO CASO Paciente de 65 anos, submetido à pelveglossomandibulectomia, esvaziamento seletivo I-III bilateral e radioterapia adjuvante por CEC G3 de assoalho de boca T2N0 há 2 anos, evoluiu com lesão ulcerada em pele de mento com extensão até mucosa labial, que a biópsia revelou ser recidiva do CEC. Foi submetido à nova ressecção e reconstrução com retalho deltopeitoral direito, que apresentou infecção e necrose. No 10o PO foi submetido a debridamento cirurgico do bakangian, retorno do bakangian e confecção de Retalho McGregor pediculado. Após 3 semanas foi realizado o segundo tempo do retalho com secção do pedículo. Paciente encontra-se bem, há um ano do tratamento sem evidência de doença, e com resultado funcional e estético bastante aceitável. A área pilosa capilar do retalho reconstruiu a região do mento, permitindo uso de barba para disfarçar o defeito cirúrgico. CONCLUSÃO Apesar de considerado por muitos apenas como de valor histórico, em situações de exceção nas quais outras opções de reconstrução não são possíveis, o RTF ou retalho frontal de McGregor constitui ainda uma alternativa segura e eficaz para o reparo de defeitos complexos envolvendo a região da face e cavidade oral.

PALAVRAS-CHAVES: carcinoma espino celular | cancer de boca | resgate

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1050

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Importância da multidisciplinaridade em Cirurgia de Cabeça e Pescoço

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GABRIEL SILVA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RAFAELA JUCÁ LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ALESSANDRA FREIRE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MARCO AUGUSTO SOBREIRA ROCHA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUIS ALBERTO ALBANO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O câncer de de cabeça e pescoço é representado em sua maioria por neoplasias epiteliais do tipo carcinoma espinocelular (CEC), responsáveis por 90 a 95% do total de casos. As lesões geralmente aparecem como uma lesão pré-maligna e têm crescimento progressivo, permitindo, por ser uma região de grande exposição e facilidade de ser examinada, detecção precoce com taxas de cura bastante altas(8). Apesar disso, 70% dos pacientes são diagnosticados em estádios avançados, o que implica em um pior prognóstico e em diminuição da sobrevida dos pacientes acometidos. OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é apresentar, através do relato de dois casos, a essencial conduta multiprofissional e disciplinar no tratamento das doenças em cirurgia de cabeça e pescoço. METODOS: O método de coleta de dados se fez pela investigação clínica junto aos pacientes, bem como revisão de prontuários e da literatura pertinente à participação de profissionais médicos cirurgiões, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiologistas, psicólogos e assistentes sociais. As historias de vida e social dos pacientes são tão complexas e devastadoras quanto a moléstia orgânica que os afligiam. RESULTADOS: Paciente 1: J.C.S, 60 anos, agricultor, pardo, natural e procedente do Pici, Fortaleza ?CE, procurou serviço de cabeça e pescoço da Universidade Federal do Ceará em julho/2016 com queixa de uma massa em de orofaringe e linfonodos palpáveis cervicais que se revelou na investigação clínica tratar-se de um carcinoma de células escamosas bem diferenciado. Paciente 2: J. A. F. C. 54 anos, agricultor, pardo, natural e procedente de um abrigo em Beberibe ?CE, procurou serviço de cabeça e pescoço da Universidade Federal do Ceará em julho/2016 com queixa de uma tumor na faringe e linfonodomegalias cervicais que se revelou na investigação clínica tratar-se de um carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado e metastático. A equipe decidiu por tratamento cirúrgico nos dois casos que foram realizados em agosto de 2016 com sucesso e os pacientes tiveram alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial com a participação decisiva da equipe multidisciplinar na resolução e condução dos mesmos. CONCLUSAO:Como resultados observa-se que o tratamento dos paciente com câncer em cabeça e pescoço perpassa não só pela extirpação da moléstia e sim por um cuidado holístico, visando a reabilitação destes indivíduos e a reinserção dos mesmos na comunidade com sua saúde e dignidade resguardadas.

PALAVRAS-CHAVES: cancer de cabeça e pescoço | multidisciplinar | carcinoma espino celular

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1055

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOMA PLEOMÓRFICO DE GLÂNDULAS SALIVARES MENORES METASTÁTICO ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ALESSANDRA FREIRE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO JANUÁRIO FARIAS PEREIRA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MÁRCIO RIBEIRO STUDART DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃOO adenoma pleomórfico é a neoplasia mais comum das glândulas salivares maiores e menores.1 Apresenta crescimento lento e benigno.4 Raramente, uma lesão mestastática pode apresentar elementos epiteliais e estromais benignos, idênticos ao adenoma pleomórfico primário. Essa entidade é chamada de adenoma pleomórfico metastático (APM),4 e sua mortalidade pode chegar a 22%4. O sítio inicial mais comum do APM é a parótida (74%), seguida das glândulas salivares menores (17%) e glândulas submandibulares (10%)3. O sítio mais comum de metástase é o osso (45%), seguido por cabeça e pescoço (43%), pulmões (36%).3 Relatamos o caso de um adenoma pleomórfico de glândulas salivares menores que apresentou invasão óssea e metástase linfonodal.RELATO DO CASOPaciente, 42 anos, realizou ressecção transoral de lesão submucosa bem delimitada de 3cm em mucosa jugal esquerda há 8 anos, diagnóstico pós operatório de adenocarcinoma de glândulas salivares menores de baixo grau. Perdeu seguimento ambulatorial. Evoluiu com recidiva local 3 anos após a cirurgia. Retornou ao Serviço de Cabeça e Pescoço do Huwc por apresentar trismo. A recidiva acometia mucosa jugal esquerda com extensão para rebordo alveolar superior da maxila, invadindo palato e placas pterigoides, além de apresentar grande componente insuflativo em área malar infiltrando pele e linfonodomegalia submandibular esquerda sugestiva de metástase. Biópsia incisional da área ulcerada em mucosa jugal teve como resultado adenoma pleomórfico. A paciente foi submetida à ressecção da lesão incluindo maxilectomia de inframesoestrutura esquerda ampliada para placas pterigoides e área de pele, associado ao esvaziamento radical modificado. Foi utilizado prótese obturatória confeccionada no intra operatório, retalho de m. Masseter para reconstruir mucosa jugal e fechamento primário da pele. Paciente evoluiu bem, com discreta necrose do retalho de bochecha inferior e fístula salivar de rápida resolução. O resultado histopatológico mostrou ser um adenoma pleomórfico. A paciente foi encaminhada à radioterapia adjuvante e encontra-se bem, 4 meses após conclusão do tratamento sem evidência de doença.CONCLUSÃOAPM é uma entidade rara e controversa5. Os pacientes se apresentam após anos do tratamento do seu tumor primário com recorrência local e metástase sem características de malignidade5. A existência dessa enfermidade reitera a necessidade da excisão completa do adenoma pleomórfico primário e do seguimento clínico do paciente5.

PALAVRAS-CHAVES: adenoma pleomórfico | glandulas salivares menores | metastáse

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1057

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DE ESPAÇO PARAFARINGEO - MANDIBULOTOMIA DUPLA PARA ACESSO ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALESSANDRA FREIRE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), IGOR ALMEIDA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EDILSON ROZENDO DE SOUSA NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), BRUNO MENDES SEGUNDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GLEBERT MONTEIRO PEREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO JANUÁRIO FARIAS PEREIRA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O acesso cirúrgico ao espaço mastigatório é decisivo para ressecção de tumores parafaríngeos e do espaço mastigatório. O acesso transmandibular se justifica na maioria dos casos para garantir bom controle de hemostasia e ressecção tridimensional. Diferentes técnicas, como a luxação mandibular e mandibulotomias, visam prover maior acesso durante a ressecção de tumores neste espaço. O presente trabalho relata um caso de Adenoma Pleomórfico em espaço mastigatório de paciente acompanhado pelo Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal do Ceará. RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 38 anos, foi encaminhada com dor à mastigação, associada a abaulamento em região da hemiface à direita. A tomografia indicou massa captante de contraste com atenuação de partes moles, determinando deslocamento anterior da parede posterior do seio maxilar, medindo cerca de 5,2 x 2,2 cm. Na ressonância magnética, foi constatado lesão expansiva de aspecto lobulado e limites imprecisos no espaço mastigatório à direita, com hipossinal em T1 e hipersinal em T2, deslocando medialmente os músculos pterigoideo e estabelecendo contato com o ramo da mandíbula e seio maxilar posteriormente, sem invasão óssea. Massa media 5,1 x 4,7 x 2,4 cm. Em princípio, foi considerada como hipótese diagnóstica tumor de origem neural (Schwannoma) e paciente foi encaminhada para cirurgia. Foi submetida a ressecção com acesso por dupla mandibulotomia com preservação do feixe vasculo-nervoso alveolar inferior, com completa exposição da lesão. O anatomopatológico revelou adenoma pleomórfico de espaço mastigatório. Paciente seguiu sem dificuldades mastigatórias ou alterações sensitivas em pós-operatório tardio. CONCLUSÃO: A dupla mandibulotomia proporciona um acesso cirúrgico adequado para ressecções de tumores em espaço mastigatório, possibilitando ao paciente retornar precocemente a mastigação no pós-operatório, assim como a permanência da vitalidade do feixe vásculonervoso alveolar inferior, minimizando risco de hipoestesia/anestesia labial.

PALAVRAS-CHAVES: tumores do espaço parafaríngeo | mandibulotomia | via de acesso

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1067

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PARAGANGLIOMA DE CORPO CAROTÍDEO: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ DE CARVALHO SALES PERES (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), AHMAD MOHAMAD ALI HAMADE (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), ANA CAROLINA TAVEIRA ENGLER RAIZ COELHO (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), DAIANA BARBOSA DIAS MELO (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), AYDER ANSELMO GOMES VIVI (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA)

RESUMO: Introdução: Tumores de corpo carotídeo fazem parte de uma família de neoplasias neuroendócrinas, que recebem o termo genérico Paraganglioma. Possuem caráter raro (2:1 milhão/ano), crescimento lento, hipervascularizados e geralmente benignos (97%), correspondem a aproximadamente metade do total de paragangliomas e cerca de 0,6% dos tumores de cabeça e pescoço^{1,2,3}. Habitualmente sua apresentação clínica é uma massa cervical lateral pulsátil, de caráter assintomático, podendo ser movimentada horizontalmente e não no plano vertical. São patologias originadas de células da crista neural nos quimiorreceptores do bulbo carotídeo, podendo secretar catecolaminas e neuropeptídeos^{2,3}. Essas lesões podem ser unilaterais ou bilaterais e de localização variável ? posterior à artéria carótida comum ou entre as artérias carótidas interna e externa. Entretanto, a maioria se apresenta na forma unilateral e de caráter esporádico (75%), com maior prevalência em casos familiares (10 a 25%) na forma bilateral. A ressecção cirúrgica do tumor oferece uma taxa de controle do tumor de cerca de 60%-72% ou superior de acordo com a localização e pode estar associada com imediato dano cerebrovascular, relacionando-se principalmente com o comprometimento da artéria carótida pela massa tumoral. Porém, devido à evolução dos métodos diagnósticos, da técnica cirúrgica e do suporte pós-operatório foram obtidos melhores resultados do tratamento, com grande diminuição da morbimortalidade^{4,5}. Relato: C.A.P., mulher, 24 anos, caucasiana, comerciária. Queixa-se de um abaulamento cervical à direita que vem crescendo nos últimos 7 meses. Nega disfagia, dores de cabeça, crises de hipertensão arterial e taquicardia ou casos similares familiares. Ao exame clínico observou-se massa indolor palpável de aproximadamente 5 cm, parcialmente móvel, pulsátil a direita, próximo ao ângulo da mandíbula. Foram realizados os seguintes exames: ultrassonografia doppler, tomografia computadorizada e angiografia com reconstrução 3D. Os resultados revelaram formação ovalada heterogênea projetado à direita do pescoço em íntimo contato com as carótidas internas, externas e jugulares, medindo aproximadamente 5,0 cm sugestivo de paraganglioma. Não foi realizada biópsia pois estava formalmente contra-indicada devido ao risco de hemorragia de difícil controle. O tratamento de escolha é cirúrgico. Foi realizado então isolamento do tumor e dissecação cautelosa. Conclusão: O exame histopatológico revelou paraganglioma benigno.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor de corpo carotídeo | paraganglioma | tumores neuroendócrinos

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1092

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS RECIDIVANTE EM TONSILA PALATINA DIREITA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TIAGO SEIKI GUSHIKEN PETRUCCI (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), DAMARIS ALBUQUERQUE CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), FERNANDA MACHADO MOURA DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), RAFAEL DOS SANTOS LOPES CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), JOANA CUNHA DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), LARA RODRIGUES MOREIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), JOÃO ANTÔNIO SEZINANDO BARBOSA PESSANHA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), BRUNA GARCEZ FONSECA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS)

RESUMO: Introdução: O carcinoma de células escamosas (CEC) é a neoplasia mais comum de cabeça e pescoço, acometendo predominantemente cavidade oral. Nesta região, os principais fatores de risco são álcool, tabaco e a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), sendo este último bastante relacionado com CEC em tonsilas palatinas. O aumento da incidência dos tumores associados com HPV tem ocorrido em pacientes adultos jovens, de classe socioeconômica mais elevada, com maior número de parceiros sexuais e maior exposição ao sexo oral. Diferentemente do CEC por álcool e tabaco, os tumores que se desenvolvem em pacientes HPV positivos se apresentam de forma diferenciada, e geralmente aparecem mais frequentemente nas tonsilas e base da língua. Estudos clínicos têm mostrado que as lesões associadas ao HPV podem se apresentar com menos metástases. Em decorrência do diagnóstico feito geralmente em fase tardia da doença, apresenta um prognóstico desfavorável. Relato do caso: Masculino, 58 anos, nega tabagismo e etilismo. Apresenta laudo de biópsia de lesão vegetante de polo superior de tonsila palatina direita, realizada em 2014, cuja macroscopia possuía formação nodular ovóide, de 2,0 x 1,5 x 0,5 cm, com superfície bosselada pardo clara, e com microscopia mostrando CEC moderadamente diferenciado, sem invasão vascular ou linfática nem infiltração perineural. Em 2016, apresenta massa em loja amigdaliana direita, indolor. Ao exame, não possui linfonodomegalia cervical durante palpação. Realizada biópsia de lesão de loja amigdaliana direita, sendo retirados três fragmentos irregulares de tecido pardo-acastanhado e elástico, medindo o maior 1,2 x 1,0 x 0,6 cm e o menor 0,4 x 0,4 x 0,4 cm, mostrando aspecto morfológico condizente com CEC não ceratinizante moderadamente diferenciado. Realizada amigdalectomia e o material foi enviado para análise. Na histopatologia, a tonsila direita apresentava hiperplasia linfoide, fibrose e focos de erosão, e a tonsila esquerda apresentava hiperplasia linfoide e focos de erosão. Conclusão: Descrevemos um caso de paciente que apresentou diagnóstico recorrente de CEC em tonsila palatina direita. A distinção e o correto diagnóstico dessa neoplasia são de grande relevância clínica e têm importante impacto no prognóstico e manejo do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma de células escamosas | Neoplasia de cavidade oral | Carcinoma de tonsila palatina

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1176

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Parotidectomia através de incisão periauricular

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU (UFMG), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), KELLY RENATA SABINO (SANTA CASA BH), CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS (SANTA CASA BH)

RESUMO: Introdução: Parotidectomia é um procedimento cirúrgico indicado para tratamento de tumores benignos ou malignos e para certas condições inflamatórias e autoimunes da parótida. Os tumores parotídeos são, em sua maioria, benignos, mas a sua evolução e o seu tratamento requerem conhecimento da anatomia locorregional e dos aspectos patológicos de cada afecção. O tratamento tem por objetivo a completa retirada do tecido parotídeo doente, com a preservação do nervo facial e de todos os seus ramos. A manipulação delicada e a conservação do nervo auricular magno fazem parte da boa técnica operatória. As incisões mais comuns para parotidectomia são as de Blair e de Blair modificada, que consistem de abertura pré ou periauricular prolongadas para a região submandibular ou cervical. Essas incisões combinadas podem acompanhar-se de cicatrizações imperfeitas, provocando deformidades cutâneas locais. Objetivo: Estudar a factibilidade e os resultados do tratamento cirúrgico de afecções parotídeas benignas, utilizando apenas a incisão periauricular, que é mais estética, por não provocar cicatriz cervical ou submandibular. Método: Foram estudados 41 pacientes consecutivos com moléstias da parótida. Adenoma pleomórfico (27 casos) foi a afecção mais encontrada, seguida por outros tumores benignos (9 casos), cisto parotídeo (3 casos) e parotidite crônica (2 casos). Todas as parotidectomias foram realizadas através de incisão periauricular. Resultados: A remoção da afecção parotídea foi possível em todos os casos sem incisão cutânea complementar. Todas as cicatrizes tiveram bom resultado estético e, após seis meses, elas estavam quase imperceptíveis. Os pacientes revelaram satisfação com o resultado da operação. Todos os pacientes tiveram hipoestesia da região operada, que perdurou por até seis meses. Houve desconforto auditivo temporário em 18 pacientes e infecção local em 1 paciente, tratada com sucessão com antibiótico sistêmico. As complicações encontradas neste trabalho estão descritas na literatura como esperadas em parotidectomia, independentemente do tipo de incisão. Conclusões: Os resultados do presente estudo indicam que a incisão periauricular é uma opção boa e estética para abordagem cirúrgica da glândula parótida. Bibliografia: Petroianu A. Parotidectomy by periauricular incision. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;146(2):247-9.

PALAVRAS-CHAVES: PAROTIDECTOMIA | INCISÃO | PERIAURICULAR

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1224

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABORDAGEM CIRÚRGICA DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SANRRANGERS SALES SILVA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), MARCOS RAYONE DE FREITAS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), SELINALDO AMORIM BEZERRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), MARCIO JACKSON DE SOUZA BARRETO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), PRISCILA DE ARAÚJO DA SILVA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), JOÃO CARVALHO VASCONCELOS FILHO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), JAINE DE OLIVEIRA E SILVA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), ANDERSON RICARDO SANSÃO DE ALMEIDA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Nasoangiofibroma Juvenil (NAFJ) é um tumor benigno raro que surge, predominantemente, na nasofaringe de adolescentes masculinos. Tem comportamento biológico agressivo e propensão à propagação local destrutiva, estendendo-se para as regiões intraorbital, base do crânio e intracraniana. Clinicamente se apresenta com obstrução nasal unilateral progressiva evoluindo ou não para bilateral, com ou sem epistaxe. O diagnóstico é feito pela anamnese, exame físico e exames complementares. A ressecção é o tratamento de eleição, cujos acessos são vários, dependendo do epicentro do tumor, a saber, transpalatal, transfacial, degloving facial, craniotomia e endoscópica. Objetivo deste trabalho é relatar um caso de NAFJ submetido a procedimento cirúrgico com sucesso pelo serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Getúlio Vargas (HGV) em Teresina, PI. Relato de caso: Homem de 18 anos, iniciais MSM, procedente de Teresina ? PI foi atendido no ambulatório do HGV com a queixa de obstrução nasal há 8 meses. Referia respiração oral, sonolência, roncos em excesso durante o sono e epistaxe nos últimos dias antes da consulta. Queixava-se ainda de anorexia que o mesmo atribuía a uma "anemia". Exame físico: Bom estado geral, mucosas hipocoradas (1+/4), acianótico, anictérico, afebril, eupnéico (apresentando respiração oral), pescoço sem alterações à palpação, rinoscopia: lesão vegetante de coloração rósea ocupando a narina direita. Apresentava uma Tomografia que demonstrava uma lesão hipervascolarizada comprometendo a fossa nasal direita com extensão ao seio esfenoidal e nasofaringe sugerindo NAFJ. Fez exames pré-operatórios e internou no dia 27 de novembro de 2016. Realizou com sucesso embolização do tumor no dia seguinte à internação. E foi submetido a uma cirurgia no dia 29 de novembro como se segue: Ligadura dupla da artéria maxilar interna à direita; Degloving de maxila bilateralmente; Osteotomia à Le Fort I; Exposição e Exérese da lesão, utilizando-se de bisturi elétrico bipolar; Osteossíntese da maxila com placas de titânio e parafusos. No pós-operatório, permaneceu internado por 8 dias com hidratação, analgesia, antibioticoprofilaxia (48 horas) e enquanto estava internado manteve o tampão nasal posicionado imediatamente após a ressecção. Teve alta hospitalar no dia seis de dezembro e encontra-se bem atualmente. Conclusão: Neste trabalho, descrevemos um caso de NAFJ ressecado com sucesso em um hospital geral de Teresina PI.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia | Cabeça-pescoço | Tumor

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1276

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Osteossarcoma de baixo grau da mandíbula

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE HAUPENTHAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)), MARCIN CZAJKA (JAGIELLONIAN UNIVERSITY MEDICAL COLLEGE)

RESUMO: INTRODUÇÃO Uma em cada dez milhões de pessoas por ano é afetada por osteossarcomas da mandíbula (MOS) e enquanto os tumores de alto grau têm uma incidência estimada de 58% entre os MOS, tumores de baixo grau são muito raros na mandíbula, com apenas 14 casos relatados na literatura. Este artigo apresenta um caso raro de um osteossarcoma de baixo grau da mandíbula que foi primariamente diagnosticado e tratado como um fibroma ossificante. RELATO DO CASO Um homem de 21 anos de idade foi encaminhado ao Departamento de Cirurgia Maxilo-facial do Hospital Rydygier, Cracóvia - Polônia, apresentando dor na região lateral da mandíbula esquerda, que ocorreu pela primeira vez depois de tentar mastigar um alimento sólido. A radiografia panorâmica mostrou assimetria e uma lesão radiolúcida bem definida envolvendo ângulo mandibular, com opacidades irregulares formando trabéculas ósseas concêntricas e destruição da placa cortical. Tomografia Computadorizada (TC) de tórax e abdômen foi realizada, não mostrando lesão ou metástases à distância. Durante essa estadia, biópsia incisional do tumor foi realizada e o resultado foi fibroma ossificante. A TC de esqueleto facial revelou um tumor localizado na lâmina externa da mandíbula esquerda. O comprimento do defeito mandibular era de 5-6 centímetros e o tumor não infiltrava tecidos moles adjacentes. ?Ivy loops? e fixação não rígida foram realizadas devido à fratura mandibular e o paciente recebeu alta hospitalar com diagnóstico de lesão odontogênica benigna (fibroma ossificante), sendo programada a cirurgia. A excisão do tumor foi realizada durante o internamento subsequente: o paciente foi submetido a hemimandibulectomia esquerda e reconstrução com retalho fibular livre com ilha cutânea. A avaliação histopatológica final confirmou a remoção completa do tumor e revelou osteossarcoma bem diferenciado da mandíbula. Excisão radical da lesão foi confirmada em exame patológico e nenhum tratamento adicional fez-se necessário, sendo recomendada a observação do paciente. CONCLUSÃO Os profissionais devem estar cientes dessa condição, uma vez que as características histopatológicas do osteossarcoma central de baixo grau são muito semelhantes às de lesões benignas, o que predispõe a erros de interpretação e pode atrasar o diagnóstico e tratamento precisos. Considerando a raridade desse tipo de doença e a sequência relatada neste artigo, este estudo representa uma contribuição importante para a compreensão de osteossarcoma mandibular de baixo grau.

PALAVRAS-CHAVES: Osteossarcoma de baixo grau | Mandíbula | Fibroma ossificante

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1283

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MAXILECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO MICROCIRURGICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANILO AUGUSTO NARCIZO DA SILVA (UFAC), MARIO JORGE FERREIRA DA SILVA (UFAC), ANA MARIA COELHO CARVALHO (UFAC), ALINE CRISTINA BATISTA VILELA (UNIDERP), HENRIQUE VIANA XAVIER (UFAC), RODRIGO ROCHA RAMALHO (UFAC), HENRY DE MARTINS (UFAC), LUIZ FERNANDO BRÍGIDO CASTRO (UFAC), ANELISE ZIMMERMANN DE AZAMBUJA GOMES (UFAC)

RESUMO: MAXILECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO MICROCIRURGICA: RELATO DE CASO EM HOSPITAL DA AMAZONIA OCIDENTAL - ACRE
Introdução: A ressecção de tumores de cabeça e pescoço resultam em grandes defeitos, complexos e muitas vezes associados a limitações funcionais. Nestes casos a reconstrução microcirúrgica costuma ser a primeira indicação para grandes perdas teciduais, minimizando o efeito devastador da ressecção cirúrgica. Relato de Caso: Apresentamos o caso de um paciente de 20 anos portador de tumor no palato, com biopsia pré-operatória sugestiva de Mixoma odontogênico, que foi submetido a ressecção cirúrgica ampla e reconstrução microcirúrgica imediata com retalho livre anterolateral da coxa. Foram feitas anastomoses entre os vasos do retalho com os vasos faciais, com auxílio de microscópio cirúrgico. Não houve complicações do retalho e o paciente retomou suas funções como fonador, deglutidor e mastigador, precocemente. Conclui-se que os retalhos microcirúrgicos têm grande importância em reconstrução de cabeça e pescoço e determinam, quando bem-sucedidos, diminuição da morbidade, aceleração da reabilitação e diminuição de custos. Descritores: 1. Cirurgia de Cabeça e Pescoço 2. Microcirurgia 3. Retalhos livres 4. Reconstrução em Cabeça e Pescoço 5. Retalhos cirúrgicos

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia de Cabeça e Pescoço | Microcirurgia | Retalhos cirúrgicos

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1314

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressecção radical de Sarcoma de Ewing extra-ósseo em região cervical esquerda

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EUCLIDES JOSE NUNES JUNIOR (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), LEONIDAS LOPES AZEVEDO (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), PRISCILA PADUA (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), JOAO GABRIEL ROMERO BRAGA (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), FILIPPO AMOROSINO DALLOUL (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), AYDER ANSELMO FERREIRA VIVI (FACULDADE DE CIENCIAS DA SAUDE DE BARRETOS), AYDER ANSELMO GOMES VIVI (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), MARIA CLARA VIVI (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ)

RESUMO: INTRODUÇÃO família de tumores de Ewing compreendem um espectro de neoplasias de células neuroectodérmicas primitivas. Têm localização preferencialmente óssea. O Sarcoma de Ewing de localização Extra-óssea (SEE) tem baixa incidência, com cerca de 1,1% do total. Dentro destes, apenas 6 a 11% afetam a cabeça e pescoço. O diagnóstico é feito com base em características histopatológicas e imuno-histoquímicas. Métodos de imagem geralmente não mostram sinais específicos. RELATO DE CASO Paciente A.T.L.S., 27 anos, sexo feminino, deu entrada no serviço de Oncologia do Hospital Padre Albino, em Fevereiro de 2016, com grande massa cervical a esquerda, de consistência pétreia e infiltrativa, com cerca de 6 meses de evolução. Conjuntamente, apresentava a Síndrome de Claude Bernard Horner à Esquerda; dor no Membro Superior Esquerdo, rouquidão, dispneia ao decúbito dorsal e disfagia leve. Durante a investigação foi submetida a 2 punções diagnósticas, 1 PAAF e 1 Core Biopsy, com resultados inconclusivos para neoplasia maligna?. Na Tomografia Computadorizada da região cervical, a lesão estendia-se da mastoide esquerda, passando pelo lóbulo auricular, ângulo da mandíbula, linha média do pescoço, desviando e comprimindo a traqueia para o lado oposto. Diante disso, optou-se pela ressecção cirúrgica, que contou com ampla ressecção do tumor, onde sacou-se o lobo esquerdo da tireoide, parede lateral esquerda do esôfago, porção lateral dos 2 anéis traqueais localizados logo abaixo da cricoide, toda musculatura do pescoço a esquerda. Foi esqueletizada a carotida comum esquerda, com dissecação de forma transtumoral, com adventícia e luz preservada. No estudo anátomo-patológico evidenciou-se neoplasia maligna de pequenas células, redondas, azuis, medindo 10,0 x 5,0 x 5,0cm. Imuno-histoquímica compatível com infiltração por Sarcoma de Ewing em tecido fibroadiposo. A paciente evoluiu atualmente em ótimo estado geral, no oitavo mês pós operatório, tendo como sequelas cirúrgicas a manutenção da Síndrome de Claude Bernard Horner e rouquidão. Conclusão Devido a raridade do tumor em estudo, foram difíceis as referências para levantamento de dados comparativos. Quanto ao nosso relato de caso, a ausência de diagnóstico com as punções no início da investigação, levou à decisão cirúrgica que, apesar de arriscada devido a localização e tamanho do tumor, foi concluída com sucesso, com excelente evolução pós operatória até o devido momento.

PALAVRAS-CHAVES: Sarcoma de Ewing|Ewing Extra Osseo|SEE

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1397

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RECONSTRUÇÃO ESOFÁGICA ORIGINADO POR TRAUMA COM ARMA BRANCA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KALIL BRAGA FERREIRA (UNIVERSIDADE NILTON LINS), PAULA SOTORIVA COELHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), THIAGO DE SOUZA PERUSSOLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), JOSÉ LAÉRCIO DE ARAÚJO FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), CAROLINA DA SILVA GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), FABIANA DE SILVA RODRIGUES (UNIVERSIDADE NILTON LINS), LUIS FERNANDO JUNGES FILHO (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), JOSE LUIS SERRANO BARBA (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Os traumas cervicais são caracterizados pela elevada complexidade anatômica e enfatizam-se pela alta mortalidade e necessidade de rápida decisão e intervenção. Segundo dados dos E.U.A. aproximadamente 5 a 10% de todos os traumatismos cervicais são perfurantes e mais comuns no sexo masculino, entre adolescentes e adultos jovens. A Lesão traumática do esôfago é decorrente da agressões com armas de fogo e branca, lesando o esôfago em sua porção cervical, torácica e abdominal. A terapêutica almeja assegurar a via aérea, deglutição e fonação. RELATO DE CASO. B.A., masculino, 21 anos. Ingressou na urgência do Hospital Geral de Roraima vítima de esgorjamento com trauma cervical provocado por arma branca (terçado) com secção de 90% do esôfago, lesão total de laringe, a nível de cartilagem tireoide, além de lesão no segmento de cartilagem aritenóidea bilateral. O feixe vaso-nervoso cervical não apresentava dano. Na admissão constatou-se paralisia unilateral na corda vocal a esquerda. Paciente encontrava-se eupnéico em ar ambiente (respirava por meio de comunicação das cordas vocais com o ferimento), consciente, estável hemodinamicamente, taquicárdico. Foi realizada cirurgia de emergência para reconstrução das lesões: traqueostomia no terceiro anel traqueal com cânula 8, anastomose terminoterminal do esôfago com fio de sutura mononylon e reparo de extensa abertura em hipofaringe e laringe (aproximação da cartilagem tireoidea por plano com fio vicryl) e colocação de dreno suctor a vácuo. O paciente foi mantido na U.T.I. por 13 dias. Retirou-se o dreno com 10 dias no DPO e realizaram testes de deglutição, sem sinais de fistula esofágica. No 14 dia foi trocado a cânula plástica pela metálica e encaminhado para enfermaria onde evoluiu sem intercorrências. CONCLUSÃO O diagnóstico precoce e tratamento apropriado são fundamentais para um bom prognóstico. Reconstrução esofágica no trauma é um procedimento complexo pela peculiaridade anatômica. Requer avaliação e ação imediatas. Lesões de laringe são raros comparados com lesões de cabeça e pescoço: 1 para cada 22.900 admissões na emergência. Nesse relato de caso o paciente apresentava trauma laringoesofágica complexa, seccionou o nervo laríngeo recorrente. Apesar da demora a chegada ao pronto socorro, foi tratado cirurgicamente de forma precoce, evoluindo com desfecho favorável.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA CERVICAL | ESOFAGO | LARINGE

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1403

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE SOBRE O TIPO DE TRATAMENTO INSTITUÍDO NOS PACIENTES COM CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LARINGE ATENDIDOS NA LIGA NORTE-RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER EM NATAL-RN, HOSPITAL ONCOLÓGICO DE REFERÊNCIA DO ESTADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LÚSIO ARAÚJO LOPES JÚNIOR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), EDILMAR DE MOURA SANTOS (LIGA NORTE-RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER), KARYNNE MARIA OLIVEIRA DA TRINDADE MEDEIROS (UNIVERSIDADE POTIGUAR), GABRIELA LIMA NÓBREGA (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Objetivo: O objetivo desse estudo foi avaliar a distribuição dos pacientes com carcinoma epidermóide de laringe atendidos na Liga Norte Rio-grandense contra o câncer em Natal-RN, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2012. Método: É um estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Observamos a prevalência por sexo, idade, fatores de risco e tratamento. Resultados: Os resultados mostram que a faixa etária mais acometida era entre 61 a 70 anos de idade (32,4%), e 85% eram homens. 50% consumiam bebida alcoólica no momento do diagnóstico e 66% consumiam tabaco. Quanto à localização do tumor, a glote (21,4%) foi o local mais acometido da laringe. Os pacientes foram tratados com: radioterapia (24,7%); radioterapia e quimioterapia (20,3%); cirurgia, radioterapia e quimioterapia (17,7%); cirurgia e radioterapia (13,1%); apenas cirurgia (11,8%); outras terapias (12,4%). Conclusão: Os resultados são compatíveis com os dados mundiais e são úteis para estudos como dados específicos de um estado brasileiro. Destaca-se a importante relação com o tabagismo. Referências: QIANG, Zhang . A comparison of three nonsurgical treatment strategies to preserve the larynx in patients with locally advanced larynx cancer: Long - term results. Disponível em: . Acesso em: 26 jan. 2017.; Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin 2017; 67:7. BROCKSTEIN, Bruce E. ; SHER, David J. Treatment of locoregionally advanced (stage III and IV) head and neck cancer: The larynx and hypopharynx. Disponível em: . Acesso em: 27 jan. 2017.; JOLLY, Shruti. Postoperative radiation therapy in the management of head and neck cancer. Disponível em: . Acesso em: 27 jan. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma | Epidermóide | Laringe

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1415

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Faringolaringoesofagectomia em Tumor Papilífero de Tireóide localmente avançado: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAÍRA DA CRUZ GONÇALVES LEAL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ), LIA ROQUE ASSUMPCAO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ), MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ), RENATO HARLEY SANTOS BOTELHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ), LEONARDO RANGEL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ)

RESUMO: Introdução: A invasão local do câncer bem-diferenciado de tireóide ocorre em até 15% dos pacientes, como resultado da propagação extratireoideana do tumor. Dentre os cânceres bem-diferenciados localmente invasivos, o Carcinoma Papilífero de Tireóide (CPT) é o tipo mais comum. A invasão de estruturas regionais pode acometer desde musculatura pré-tireoideana, nervo laringeo recorrente e traquéia até, mais raramente, laringe, esôfago e grandes vasos cervicais. A ressecção incompleta do câncer bem-diferenciado de tireóide localmente invasivo se relaciona com taxas de mortalidade maiores e, embora haja controvérsias quanto à extensão da ressecção, é consenso que margens macroscópicas livres são fundamentais no controle locorregional da doença. A morbidade da ressecção radical deve ser pesada e comparada com a persistência/recorrência da doença local, no momento do planejamento cirúrgico. Relato de caso: O paciente A.M.R., 70 anos, masculino, previamente hígido, apresentava há cerca de um ano quadro de disfagia e disfonia progressivas. Foi identificada lesão cervical expansiva de aproximadamente 3,5cm à palpação, no maior diâmetro, cuja PAAF revelou-se compatível com CPT. A tomografia computadorizada para avaliação pré-operatória evidenciou massa de 8cm, com extensão cervicotorácica ântero-superior e envolvimento retrotraqueal, até o tronco braquiocefálico. Diante do diagnóstico de CPT, com acometimento laríngeo e esofágico, foi programada uma abordagem multidisciplinar com as equipes da Cirurgia de Cabeça e Pescoço, da Cirurgia Geral e da Microcirurgia, do Hospital Universitário Pedro Ernesto. O paciente foi submetido a faringolaringectomia e esofagectomia cervical, com reconstrução do trânsito por interposição de alça jejunal, mais esvaziamento cervical bilateral. O procedimento durou cerca de 12h, sem registro de sangramento importante ou outras intercorrências; recebeu alta hospitalar no 13º dia de pós-operatório. No momento, encontra-se com 4 meses de pós-operatório e se alimenta por via oral. Conclusão: A combinação entre uma avaliação pré-operatória adequada e um bom planejamento da equipe cirúrgica pode oferecer uma melhor sobrevida, em casos selecionados, com baixa morbidade e baixo risco de recorrência, para a realização da ressecção radical. Pela nossa experiência, a faringolaringoesofagectomia com reconstrução do trânsito com retalho livre de jejuno, com microanastomose cervical, pode oferecer ao paciente com doença avançada um bom desfecho.

PALAVRAS-CHAVES: Tireóide | Faringolaringoesofagectomia | Carcinoma Papilífero de Tireóide

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1431

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE ANGIOSSARCOMA CUTÂNEO DA FRONTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DÉBORA SANTOS RODRIGUES (PUCPR), THAÍS NATÁLIA DE ALMEIDA (PUCPR), ANDRÉ ARMANI (PUCPR)

RESUMO: Introdução Angiossarcomas cutâneos são um subtipo raro de sarcoma, sendo menos de 2% dos sarcomas de partes moles. Neoplasia de origem endotelial e linfática, tem um prognóstico ruim, com sobrevida de 10 a 15% em 5 anos e principal local de metástase à distância é o pulmão. Podem afetar qualquer localidade anatômica, como tronco e extremidades, sendo mais comum frente e couro cabeludo. Dentre os fatores de risco, podemos citar a radiação da pele muitas vezes em cenário de câncer prévio ? pós-radioterapia, exposição ao dióxido de arsênio, cloreto de polivinilo e de tório, linfedema crônico e síndromes familiares. O estadiamento é baseado no American Joint Committe on Cancer (AJCC) e o tratamento ideal é ressecção cirúrgica completa com margens oncológicas. Na impossibilidade de ressecção completa ou em casos de maior agressividade, o uso de radioterapia e quimioterapia está indicado. Quando a doença já é extensa no diagnóstico, indicando a impossibilidade de ressecção total, o prognóstico é mais grave. A maior incidência do angiossarcoma cutâneo na pele da face e couro cabeludo torna o tratamento inicial um verdadeiro desafio cirúrgico. Relato do caso Paciente masculino, 72 anos, apresenta-se com lesão de pele em frente com início há 4 meses, caracterizada por aumento progressivo e sem sintomas de dor ou prurido associados. Lesão elevada, móvel, angiomatosa, sem ulceração de cerca de 8cm na pele em região da frente e couro cabeludo. Como antecedentes pessoais apresentava hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e cirurgia ortopédica no pé. Foi realizada biópsia da lesão, que revelou angiossarcoma primário cutâneo, bem diferenciado. Optado por tratamento cirúrgico inicial. Na cirurgia as margens laterais de 2 cm, profunda no músculo esquelético e periósteo mantido. Optado pela cicatrização em segunda intenção. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, mas necessitou de uma segunda cirurgia para cobrir uma pequena área de necrose do periósteo. No relatório anatomopatológico da peça, foi descrito neoplasia maligna desde derma papilar profundo, infiltrado tecido muscular esquelético, áreas tipicamente vasculares e sólidas e margens livres, tendo como diagnóstico um angiossarcoma cutâneo. Conclusão Angiossarcoma é um tipo raro de tumor, maligno e agressivo. O caso relata um homem sem antecedentes considerados fator de risco, que vem com uma lesão de rápida progressão em frente. O exame anatomopatológico é importante para avaliar margens e definir tipo do tumor.

PALAVRAS-CHAVES: angiossarcomas | sarcoma de partes moles | cirurgia de cabeça e pescoço

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1435

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Prevalência de hipocalcemia no paciente pós-tireoidectomizado em um hospital do sul do Brasil.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALOYSIO ENCK NETO (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, POA), RODRIGO MOMBERGER ROESLER (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL (UNISC)), CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, POA), LUCAS GONÇALVES MATTE (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES,POA), LUCAS ALESSIO PEREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES,POA)

RESUMO: Objetivo. Determinar a prevalência de hipocalcemia diagnosticada por laboratório (Metodologia. Estudo retrospectivo descritivo que fora realizado no Hospital Ernesto Dornelles compreendendo 56 pacientes submetidos a tireoidectomia no período de janeiro a dezembro de 2015. Resultados. No presente trabalho verificou-se que 30 dos 56 pacientes estudados apresentaram hipocalcemia pós-operatória, representando um total de 53,57% dos casos estudados, destes a média de cálcio total foi de aproximadamente 7,6mg/dl. Com relação ao sexo, no total dos pacientes estudados, tivemos apenas 4 homens e o restante composto de mulheres, totalizando apenas 7,57% dos casos do sexo masculino. No caso dos pacientes que apresentaram hipocalcemia, 25 eram mulheres e 1 era homem, representando um percentual de 96,15% de mulheres que apresentaram hipocalcemia. Já considerando a idade dos pacientes a média foi de 54 anos para ambos os sexos. Dos pacientes com descrição de sintomas relacionáveis a hipocalcemia apenas uma paciente os apresentou, justamente pelo menor valor de cálcio total no pós-operatório (7 mg/dl). Dos 30 pacientes que apresentaram hipocalcemia laboratorial, foram realizados reposição com gluconato de cálcio endovenoso em 21 (70%) pacientes ainda na internação hospitalar, sendo que destes apenas um paciente apresentou sinais clínicos de hipocalcemia. Quanto ao diagnóstico dos pacientes com hipocalcemia pós-operatória verificou-se que a patologia mais comum nos anatomopatológicos fora representado por 25 casos de bócio colóide multinodular representando 44,64% dos pacientes, seguidos por 13 casos de neoplasia papilífera da tireóide, 6 casos de adenomas foliculares, 5 casos de carcinoma folicular e outras patologias menos freqüentes no presente estudo. Pacientes pós-tireoidectomizados apresentam uma significativa chance de desenvolver hipocalcemia no pós-operatório, porem a maioria de forma transitória e assintomática. Os valores encontrados assemelham-se com resultados de estudos em outros hospitais. Conclusão. Nesse momento, ainda não temos uma diretriz normativa ou uma conduta perfeita para o acompanhamento desses pacientes. Portanto mais estudos ainda terão que ser realizados para encontrar a melhor forma ou o melhor custo/benefício para o acompanhamento dos pacientes tireoidectomizados.

PALAVRAS-CHAVES: Hipocalcemia |Tireoidectomia |Neoplasia de Tireóide

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1486

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL CLÍNICO E EVOLUTIVO DE PACIENTES COM CARCINOMA ESPINOCELULAR CUTÂNEO DE CABEÇA E PESCOÇO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA HARA NAHIME (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ), MANUELA GASOLA CRUZ (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ), ANTONIO VITOR MARTINS PRIANTE (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA), CESAR AUGUSTO CARDOSO (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ, HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA), CAIO LUCIO SOUBHIA NUNES (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O câncer de pele não-melanoma é o tumor maligno mais comum no mundo, sendo o carcinoma espinocelular (CEC) o segundo mais frequente (15 a 25%) e o com maior potencial de gerar metástases. OBJETIVO: Avaliar características clínicas, anatomopatológicas e evolução de pacientes com CEC de cabeça e pescoço correlacionando-as com risco de recidivas. MÉTODO: Trata-se de uma coorte retrospectiva de pacientes com CEC cutâneo de cabeça e pescoço, confirmado por análise anatomopatológica, operados pela equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Regional do Vale do Paraíba, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012. Foram avaliadas características clínicas e anatomopatológicas, as taxas de recorrência, de um segundo tumor cutâneo primário e o status do paciente na data da última informação clínica. RESULTADOS: Foram incluídos 38 pacientes, sendo 26 (68,4%) do sexo masculino, todos de cor branca. A idade variou de 40 a 96 anos (mediana 69,5), 30 apresentavam lesão única (78,9%) e em 33 casos (86,8%) o CEC era invasivo. Em 15 casos (39,5%) a cirurgia realizada foi ressecção com retalho regional e em seis (15,8%) foi necessária a ressecção de estruturas adjacentes (músculo, cartilagem, osso). Na maioria (63,2%) as margens de ressecção foram livres. No seguimento pós-operatório (médio de 28,7 meses), seis pacientes (15,8%) evoluíram com recidiva e 13 (34,2%) com um segundo tumor cutâneo. Na data da última informação, 26 pacientes (68,4%) estavam vivos sem sinais de recidiva, três (7,9%) vivos com tumor de pele em atividade e apenas um (2,6%) havia morrido devido ao câncer de pele. Das variáveis analisadas a única relacionada a um maior risco de recidiva foi o estadió clínico (EC) (EC 0 e I 0% e EC II, III ou IV 28,6%, $p=0,03$, OR 1,4 IC 95% 1,07 - 1,84). CONCLUSÃO: A maioria dos pacientes era do sexo masculino, com idade mediana de 69,5 anos, com lesão única e CEC invasivo. Os tumores EC II, III e IV tiveram maior risco de recidiva (OR 1,4). REFERÊNCIAS: 1. Brougham ND, Tan ST. The incidence and risk factors of metastasis for cutaneous squamous cell carcinoma--implications on the T-classification system. J Surg Oncol. 2014;110(7):876-82. 2. American Cancer Society. Basal and Squamous cell skin cancer. USA: American Cancer Society; 2015. 3. Barucci FMP, Vetorasso GH, Cardoso CA et al. Perfil e características anatomopatológicas em 100 pacientes com câncer de pele não melanoma. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2015; 44(3):124-129.

PALAVRAS-CHAVES: carcinoma espinocelular cutâneo | recidiva | sobrevida

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1496

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome da Veia Cava Superior - Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA DUTRA HAMILTON (UFFS), LAIS RAMALHO CHAVES ISOBE (UFFS), FABIANA MARTINO SEHN (UFFS), CLEISI PEZZINI SANDRI (UFFS)

RESUMO: Introdução: A Síndrome da veia cava superior decorre da obstrução da referida veia, podendo ser intraluminal, como por trombose; ou compressão extrínseca, como quando ocorre por tumorações adjacentes. Frente a isso, de acordo com o grau de obstrução e a topografia em que ocorreu, pode causar uma variedade sintomatológica pela menor drenagem dos membros superiores, cabeça e pescoço. De acordo com o que a acarretou, existe uma diversidade de tratamentos disponíveis, selecionados de acordo com cada caso específico, variando de antifibrinolíticos, radioterapia, procedimentos endovasculares, até cirurgias convencionais. **RELATO DO CASO:** M.D.V.L., 52 anos, feminina, branca. História pregressa: HAS, DM, tabagismo, e fibromialgia. Itinerário terapêutico: Procurou o cirurgião de cabeça e pescoço, relatando tumoração no pescoço nos últimos 6 meses; queixando-se de disfonia e dispnéia há 1 mês. Ao exame físico palpava-se massa na topografia de glândula tireóide insinuando-se ao mediastino e alguns linfonodos na cadeia lateral esquerda. Havia se submetido a uma biópsia linfonodal por outro médico há 10 dias, e trazia resultado de um carcinoma metastático que sugeria imunohistoquímica já em tramitação. Em virtude de apresentar dispnéia com leve estridor associado a paralisia de pregas vocais em posição paramediana, foi realizado traqueostomia, feita de forma transtumoral. Logo, notou-se edema de membros superiores e neovascularização no tórax e feita hipótese de síndrome da veia cava superior. Então, foi contatado um oncologista, que indicou transferência para iniciar radioterapia. Nos dois dias em que aguardou transferência ficou em UTI por risco de colapso respiratório. Paciente encontra-se em unidade de referência para tratamento oncológico e iniciou radioterapia e está em seguimento do caso. O anátomo patológico da imunohistoquímica resultou em carcinoma metastático, sugestivo de trato gastrointestinal baixo ou ginecológico. Conclusão: Apesar das diversas condutas que podem ser tomadas frente a um caso de síndrome da veia cava superior, o caso citado apresentava-se num quadro avançado, em que a radioterapia consistiu em indicação imediata, deixando primariamente de lado o restante das possibilidades, e apesar de não ter se confirmado ainda qual foi a origem metastática, por se tratar de uma síndrome secundária à obstrução por metastase, a radioterapia perfaz um dos pilares do tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: VEIA|CAVA|VEIA CAVA

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1562

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DERMATOFIBROSSARCOMA PROTUBERANTE: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALENCAR JUNIOR LOPES PROENÇA (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA), BRUNA SCHNEIDER DOS SANTOS (UNIVATES), MARCO ROBERTO SEFERIN (HOSPITAL BRUNO BORN)

RESUMO: Introdução: O dermatofibrossarcoma protuberante é uma neoplasia fibro-histiocítica rara responsável pela maioria dos sarcomas cutâneos. Apresenta crescimento local agressivo, alta taxa de recorrência, porém baixo potencial metastático. Acomete tipicamente homens, na faixa etária de 20 a 50 anos. Caracteriza-se pela alta taxa de recidiva local após excisão cirúrgica, particularmente em tumores de cabeça e pescoço. Informações sobre a sobrevida e prognóstico dos pacientes são limitadas, variando de acordo com o estadió clínico da doença ao diagnóstico. O tratamento é ressecção cirúrgica com margens amplas (3 à 5cm). De natureza indolente e características imprecisas, é inconsistente em sua manifestação clínica, e seu diagnóstico precoce permanece um desafio. Relato de caso: Paciente feminina, 30 anos; queixa principal de quelóide em região cervical; sem história prévia de neoplasia familiar; exame físico evidenciou lesão fibrosa na pele da região cervical com cinco centímetros de extensão, não associada a lesão traumática. A lesão foi interpretada pela própria paciente como cicatriz hipertrófica. Após biópsia excisional, anatomopatológico evidenciou fibrossarcoma protuberans, caracterizado microscopicamente pela proliferação de células fusiformes monomórficas dispostas em arranjo irregular. Foi submetida à ressecção cirúrgica com 5cm de margem e reconstrução com retalho de pele local. Paciente recuperou-se bem. Segue em acompanhamento há cinco anos, sem sinais de recidiva. Conclusão: Importante observar a casualidade do achado que não está relacionada com trauma antecedente, quando este fator desencadeante é descrito entre 10 e 20% dos casos. Fontes relatam o desenvolvimento do tumor em cicatriz cirúrgica prévia, áreas de queimaduras e ponto da imunização para BCG. Muitos pacientes apresentam apenas queixa de cicatriz hipertrófica ou queleide, como no presente caso. O diagnóstico diferencial com essas patologias é extremamente importante, visando o diagnóstico precoce que contribui para melhora da sobrevida. Por ser localmente invasivo, para avaliação da extensão do tumor e grau de fixação às estruturas subjacentes, o exame físico é o mais utilizado. Há elevada taxa de recidiva local após a exérese do tumor, principalmente os de cabeça e pescoço. A maior parte das recorrências é detectada em três anos após a excisão primária, podendo, porém, surgir após dez anos de operação. Nesse sentido, as margens cirúrgicas amplas de ressecção são extremamente valiosas.

PALAVRAS-CHAVES: Sarcomas Cutâneos | Dermatofibrossarcoma/cirurgia | Neoplasia Fibro-histiocítica

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1573

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESTUDOS DOS EFEITOS DA AÇÃO DO BARBATIMÃO (ABAREMA COCHLIACARPAS) NAS FERIDAS TUMORAIS LOCALIZADAS NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO DE PACIENTES DO CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE ONCOLÓGICO DE MACEIÓ- AL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MANOEL ALVARO DE FREITAS LINS NETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - UFAL), LUIZ CARLOS CAETANO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL), LUCAS CORREIA LINS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - UFAL), CARLA GABRIELLE DE ARAÚJO SOARES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - UFAL), PEDRO BASTOS DE SOUZA MONTEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - UFAL)

RESUMO: As feridas neoplásicas podem acarretar uma grande deformidade na região da cabeça e pescoço através de úlceras, odores desagradáveis, além de exsudato purulento e sangramento. Além disso, o tratamento radioterápico dos tumores, pode causar necrose dos tecidos moles, que se apresentam como uma úlcera localizada no tecido irradiado. Devido à carência de normatização na abordagem das feridas tumorais, propõe-se realizar um método para minimizar os sinais e sintomas nestes pacientes, utilizando o uso tópico do extrato do barbatimão (Abarema cochliacarpus) com o objetivo de propor uma forma terapêutica para amenizar os efeitos das feridas tumorais: controle do odor, melhora do processo de cicatrização e melhora da qualidade de vida desses pacientes, no controle dos sintomas físicos e psicológicos que estas feridas impõem. Dos pacientes atendidos no CACON, foram selecionados 12 pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, de acordo com o cálculo amostral de 2011, durante período Janeiro a Dezembro. Os pacientes foram submetidos a tratamento com radioterapia, quimioterapia e cirúrgico. O período de tratamento foi iniciado em agosto 2012 e concluído em julho 2013. Tivemos a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. É um estudo prospectivo, longitudinal, aleatório, caracterizando estudo tipo cego; cujos pacientes selecionados tiveram todas as lesões fotografadas e monitorizadas a cada trinta, sessenta e noventa dias e todas as vezes que se fizeram necessárias, e os pacientes divididos em dois grupos A com seis pacientes e utilizaram a pomada de barbatimão, duas vezes ao dia e grupo B com seis pacientes e foi usado o creme Lanette duas vezes ao dia e fizeram tratamento convencional oncológico com uso de radioterapia e quimioterapia. Foi observado que a pomada de barbatimão, amenizou o controle do odor, e diminuiu gradativamente o exsudato das feridas neoplásicas. Com a melhora da qualidade de vida e promovendo aumento da autoestima destes pacientes. Concluímos que o uso da pomada de Abarema cochliacarpus (Barbatimão), como terapêutica paliativa nos pacientes com feridas neoplásicas localizadas na região de cabeça e pescoço apresentou diminuição nos sintomas dolorosos, melhora no odor fétido e diminuição gradativa da secreção purulenta com início e aumento gradativo de processo cicatricial, observado através de controle macroscópico.

PALAVRAS-CHAVES: BARBATIMÃO | FERIDA NEOPLÁSICA | NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1614

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA E RECONSTRUÇÃO: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ÁGATA ROTHERT (HOSPITAL DO ROCIO), FILIPE VIEIRA KWIATKOWSKI (HOSPITAL DO ROCIO), DIEGO DE CARVALHO MARI (HOSPITAL DO ROCIO), RAFAEL VIEIRA KWIATKOWSKI (HOSPITAL DO ROCIO), ROBERTA DE OLIVEIRA BORGES COSENZA (HOSPITAL DO ROCIO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: tumores de órbita são condições pouco comuns na prática diária, sendo necessária avaliação multidisciplinar para adequado tratamento e determinação de estratégia cirúrgica, haja vista a ampla gama de estruturas complexas que se encontra no local. O presente relato de caso tem como intuito apresentar imagens referentes a lesão e a reconstrução estabelecida. RELATO DE CASO: A. A. P., masculino, 71 anos, admitido em nosso hospital por lesão em face que acometia estruturas ósseas e parenquimatosas, extensa, com amaurose. Realizada tomografia que confirmou o comprometimento de estruturas ósseas de assoalho de órbita e Ressonância Magnética que evidenciou extensão da lesão até o nervo óptico. Ante essa investigação diagnóstica, optou-se pela realização de exenteração de órbita esquerda e confecção de retalho cutâneo com curativo de Brown. Foram envolvidos no procedimento cirúrgico cirurgias oncológicas, neurocirurgias e ainda equipe de cirurgia plástica. Pós-operatório com boa evolução e sem intercorrências. Anatomo-patológico com laudo de carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, invasor e ulcerado. Imuno-histoquímica evidencia possibilidade diagnóstica de carcinoma anexial microcístico. CONCLUSÃO: O presente relato de caso tem como finalidade apresentar imagens ricas para o diagnóstico e enaltecer a validade do trabalho multidisciplinar no processo terapêutico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: órbita | carcinoma anexial microcístico | exenteração de órbita

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1641

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Influência da idade no diagnóstico histopatológico final de pacientes submetidos a tireoidectomias em um hospital de ensino da Região Norte do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), TALLYS DE SOUZA FURTADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Analisar a influência exercida pela idade de pacientes submetidos a tireoidectomias no diagnóstico histopatológico destes pacientes. Metodologia: Estudo caracterizado como pesquisa documental, realizado no Departamento de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no qual foram analisados laudos histopatológicos de 83 pacientes submetidos a tireoidectomias, totais ou parciais, realizadas entre os anos de 2015 e 2016, dos quais 5 foram excluídos por apresentarem informações incompletas. Os dados foram registrados em um formulário de coleta de dados e tabulados no software Excel. Foram analisadas as variáveis relacionadas à idade e ao diagnóstico final dos pacientes. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob o número 61077916.0.0000.5053 e recebeu apoio institucional do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Resultados: A amostra foi constituída por laudos de 78 pacientes, dos quais 18 (23%) possuíam de 18 a 35 anos, enquanto 36 (46,1%) tinham entre 35 e 55 anos, e 24 (30,9%) possuíam de 55 a 75 anos. Na faixa etária de 18 a 35 anos, 6 pacientes (33,3%) apresentaram Bócio Adenomatoso, 3 (16,7%) possuíam Adenoma Folicular, 7 (38,9%) apresentaram Carcinoma Papilífero e 1 (5,6%) apresentou Tireoidite de Hashimoto. Na faixa etária de 35 a 55 anos, 7 pacientes (19,4%) possuíam Bócio Adenomatoso, 8 (22,2%) possuíam Adenoma Folicular, 13 (36,1%) possuíam Carcinoma Papilífero, 2 (5,6%) não apresentavam nenhuma alteração tireoideana e 6 (16,7%) possuíam outro diagnóstico. Na faixa etária de 55 a 75 anos, 3 pacientes (12,5%) possuíam Bócio Adenomatoso, 4 (16,7%) possuíam Adenoma Folicular, 9 (37,5%) possuíam Carcinoma Papilífero e 7 (29,1%) possuíam outro diagnóstico. Conclusão: Destacase a grande ocorrência de tireoidectomias em pacientes na faixa etária de 35 a 55 anos. Dentre os diagnósticos, destacase a ocorrência de Carcinoma Papilífero, em todas as faixas etárias, seguido pelo Adenoma Folicular e pelo Bócio Adenomatoso. Tais dados tornam necessária uma maior atenção com tais pacientes, visando o rastreamento precoce de acometimentos tireoidianos e a otimização do tratamento de tais pacientes. Referências: SILVESTRE, Juliana Crippa et al. Perfil Anatomopatológico dos pacientes submetidos a PAAF e tireoidectomia em um laboratório de anatomopatologia em Criciúma/SC. Revista Inova Saúde, Criciúma, v. 3, n. 2, p.130-142, nov. 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Tireoidectomia | Diagnóstico histopatológico | Idade

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1667

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Laceração traqueal pós-intubação orotraqueal: Relato Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA GONÇALVES DE CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), BRUNA BARBOSA SOARES (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), ISABELA BARRETO DE SOUZA ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), MELISSA MARTINS BARBOSA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), MAYRA DRUMMOND (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), JOSÉ CLÁUDIO DA SILVA MANHÃES (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS)

RESUMO: A laceração traqueal é uma condição rara, geralmente associada a trauma de cabeça e pescoço. Quando ocorre iatrogenicamente possui diversas causas, como intubação, traqueostomia, broncoscopia, colocação de stent, esofagectomia, dentre outras; sendo a intubação orotraqueal a etiologia mais frequente. Apresenta-se usualmente como lesão linear na parede membranosa da traqueia; sendo mais encontrada no terço distal da traqueia e nos brônquios principais. Quando decorrente de hiperinsuflação do balonete, predomina na traqueia proximal. Mais frequente em mulheres, pacientes com debilidade da parede traqueal por doença inflamatória, em corticoterapia ou malformações congênitas da traquea. Dentre os mecanismos de lesão, destacam-se a utilização de tubo com tamanho inadequado, a hiperinsuflação do balonete ou a mobilização repentina do tubo. As principais manifestações clínicas são enfisema subcutâneo no tórax e pescoço, pneumomediastino, pneumotórax e insuficiência respiratória. Outros sinais incluem: dispneia, disfonia, tosse, hemoptise e pneumoperitônio. Seu diagnóstico demanda de elevada suspeição clínica, possuindo achados radiológicos indiretos da lesão e confirmado pela fibrobroncoscopia. Como relação ao tratamento, existem duas opções: o tratamento conservador e o cirúrgico, cuja indicação depende de fatores do paciente (comorbidades, estabilidade ventilatória), das características da lesão (tamanho e topografia) e do tempo decorrido até o diagnóstico. Sua importância diagnóstica e terapêutica decorre da elevada morbimortalidade desta complicação. Esse trabalho visa o relato de caso de uma paciente do sexo feminino, 70 anos, que deu entrada no pronto-socorro em parada cardiorrespiratória, sendo submetida a intubação orotraqueal e manobras de ressuscitação cardiopulmonar com sucesso, sendo encaminhada ao CTI, evoluindo com enfisema subcutâneo importante em um período de 2h após admissão; foi realizada tomografia computadorizada de tórax que evidenciou enfisema subcutâneo, pneumomediastino extenso e ausência de pnemotórax. O diagnóstico foi confirmado pela fibrobroncoscopia que identificou laceração em terço inferior da traqueia (aproximadamente 2 cm acima da carina). Foi tratada com abordagem por toracotomia lateral direita. Concluiu-se, portanto, que a hipótese de Laceração Traqueal deve ser pensada e seu diagnóstico realizado precocemente, a fim de reduzir a elevada morbimortalidade associada a esta complicação quando não tratada no início e de forma correta.

PALAVRAS-CHAVES: laceração | traqueal | intubação

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1677

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ACHADO INCIDENTAL DE CARCINOMA PAPILÍFERO DA TIREÓIDE EM TIREOIDECTOMIAS POR DOENÇA BENIGNA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JONATAS CATUNDA DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANA CAROLINA MONTES RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GABRIEL SILVA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LIANDRA RAYANNE DE SOUSA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIEUDO JUSTINO ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WELLINGTON ALVES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUIS ALBERTO ALBANO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO MONTEIRO DE CASTRO JR. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Doenças benignas da tireóide sem suspeita pré-operatória de malignidade podem necessitar de tireoidectomia total ou parcial. Em alguns casos, são detectados carcinoma papilífero da tireóide incidentais no exame histopatológico da peça cirúrgica, alterando a conduta terapêutica desses pacientes. É preferível operar apenas os pacientes com diagnóstico de câncer ou com lesão suspeitas de malignidade, para evitar uma tireoidectomia desnecessária e suas possíveis complicações. Bócio colóide volumoso com sintomas compressivos, bócio mergulhante e bócio tóxico refratário ao tratamento clínico são lesões tireoidianas benignas que tem indicação cirúrgica. OBJETIVO: Analisar a incidência de carcinoma papilífero em tireoidectomias por doença benigna. METODOS Foram analisados retrospectivamente o prontuário de 130 pacientes submetidos a tireoidectomia por doença benigna (bócio/tireoidite) entre janeiro de 2007 e janeiro de 2011 em um hospital privado de Fortaleza. Entre os critérios de inclusão estavam pacientes operados por doença benigna da tireóide que apresentavam PAAF (punção aspirativa por agulha fina) negativa para carcinoma papilífero e PAAF negativa para doença folicular, porém o estudo histopatológico da peça cirúrgica revelava de forma incidental a presença de carcinoma papilífero da tireóide. Foram excluídos da pesquisa os casos em que não foi possível encontrar todos os dados analisados dos pacientes. Informações sobre sexo, diagnóstico pré-operatório, tamanho da lesão e quantidade de nódulos foram analisados. RESULTADOS: Dos 130 pacientes analisados 110 (84,6%) eram do sexo feminino e 20 (15,4%) do sexo masculino. A idade média de acometimento foi de 51 anos, variando de 19 a 84 anos. Em 57 (43,8%) pacientes o carcinoma papilífero não foi detectado no exame de congelação, tendo sido detectado nos 73 (56,2%) restantes. Foram encontrados 109 (83,8%) microcarcinomas papilíferos (até 10mm) e 21 (16,2%) maiores que 10mm. Apresentaram-se com nódulo único 76 (58,5%) dos pacientes, e 54 (41,5%) com nódulos multicêntricos. Dos pacientes operados 34 (26,2%) tinham diagnóstico pré-operatório de tireoidite, 93 (71,5%) de bócio e 3 (2,3%) de adenoma folicular. CONCLUSÃO: O carcinoma papilífero da tireóide deve ser lembrado em pacientes com doença benigna dessa glândula que serão submetidos a cirurgia, pois esse achado pode mudar a conduta terapêutica.

PALAVRAS-CHAVES: TIREOIDECTOMIA|achado incidental|carcinoma papilífero

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1685

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IMPORTÂNCIA ANÁTOMO-CIRÚRGICA DE VARIAÇÃO ANATÔMICA NO PLEXO BRAQUIAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PRISCILA DOS SANTOS CARDOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT/AL), HIRLEY RAYANE SILVA BALBINO DE MÉLO (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT/AL), HENRIQUE CÉZAR TENÓRIO ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT/AL), IVAN DO NASCIMENTO DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT/AL), BERNARDO LUCENA NETO (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT/AL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O estudo anatômico do cadáver é essencial. Uma vez que o diagnóstico e a identificação de algumas patologias se tornam difíceis se a anatomia regional é desconhecida pelo médico. Por isso, o domínio total da superfície corporal nem sempre é significado de êxito quando o interior é explorado. Ratificando essa ideia, destaca-se as diversas variações anatômicas que podem se apresentar desconhecidas. Um exemplo claro é a funcionalidade do plexo braquial que ao ser lesionado, muitas vezes, não se consegue detectar alterações por não estar visível ao olho nu, trazendo consequências irreversíveis como a perda de sensibilidade e da movimentação ao membro relacionado. RELATO DE CASO: O plexo braquial, situado no pescoço e na axila, posteriormente à clavícula, acompanha a artéria axilar e encontra-se sob o músculo peitoral. É responsável pela inervação do membro superior como também de alguns músculos do ombro e do pescoço. Sendo composto por cinco raízes, a saber: de C5 a T1, que formarão posteriormente três troncos, superior, médio e inferior, e, por conseguinte, fascículos. As variantes anatômicas do plexo supracitado foram encontradas em um cadáver, do sexo masculino, dissecado no Centro Universitário Tiradentes - Maceió/AL. Tais variações estão localizadas no lado direito, consistindo em uma mudança morfológica referente a união do tronco médio com o tronco inferior, caracterizando uma variação anatômica nos troncos antes de originar os respectivos fascículos, como também foi visualizado a contribuição das raízes C4 e T2 na formação do plexo braquial. O cadáver em questão não apresenta as referidas alterações no lado esquerdo, expressando os troncos bem delimitados favorecendo uma comparação clara e objetiva das estruturas. CONCLUSÃO: O conhecimento das variações anatômicas é imprescindível à intervenção cirúrgica, pois é certo que uma incisão inadvertida em locais de variantes morfológicas desconhecidas tende a comprometer o curso natural do procedimento cirúrgico e a qualidade do resultado. O que, a princípio, não significaria prejuízos ao funcionamento biológico pode acarretar traumas funcionais alterando, assim, a qualidade de vida do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: PLEXO BRAQUIAL | VARIAÇÃO ANATÔMICA | INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1873

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Eagle: Relato de três casos e revisão da literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS DA FREIRIA MUNERATTO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ- UNIVALI), LARA CUNHA DE FRANÇA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ- UNIVALI), GUSTAVO NUNES BENTO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), MARCELO BELLI (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), KAUE MILANEZ LOPES (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: IntroduçãoA síndrome de Eagle caracteriza-se pelo alongamento do processo estilóide devido a uma calcificação do ligamento estilo-hioideo. O tamanho do processo estiloide é considerado anormal quando acima de 2,5cm. Sua patogênese incerta pode estar relacionada a traumas prévios ou a embriogênese alterada. Este trabalho tem por objetivo relatar três casos clínicos da síndrome de Eagle. Relatos de casosCaso 1Paciente feminina, 40 anos, queixava-se dor submandibular direita, intermitente, com piora ao deglutir e na fala, evoluindo com piora da dor. Referia otalgia, sem aumento de volume. Ao exame físico, apresentava processo estiloide palpável por dentro da boca. Em TC solicitada, evidenciou-se ossificação na topografia do ligamento estilo-hioideo, bilateralmente. O exame anatomo-patológico dos linfonodos cervicais, nível II, direito e esquerdo, concluiu linfadenite crônica inespecífica em ambos. Já o dos ligamentos estilo-hioideos acusou tecido ósseo (cortical e medular) e fibro-adiposo sem atipias, não havendo critérios de malignidade nos materiais analisados. Caso 2Paciente feminina, 77 anos, queixava-se de dor em pontada na região submandibular direita, com piora ao movimento. Ao exame físico, linfonodos e processo estiloide não palpáveis. Foram solicitados exames laboratoriais e TC de face e pescoço, que concluiu pequeno alongamento bilateral dos processos estilóides e trajeto algo aberrante da carótida interna direita, a qual cursa em estreita aposição a parede póstero-lateral correspondente da orofaringe. O exame anatomo-patológico do fragmento ósseo direito concluiu que a amostra apresentava fragmentos de tecido ósseo e cartilaginoso sem alterações histológicas significativas, produto de ressecção de ligamento estilo-hioideo e sem critérios de malignidade no material examinado. Caso 3Paciente masculino, 47 anos, queixava-se de dor na região retromandibular esquerda há 4 meses. Ao exame físico, apresentava oroscopia normal, sem massas palpáveis no pescoço e na cavidade oral. Levantou-se as hipótese de síndrome de Eagle, confirmada pela realização da TC. ConclusãoRessalta-se a importância de se levantar a hipótese da síndrome de Eagle como diagnóstico diferencial em quadros sugestivos. A investigação adequada leva ao diagnóstico precoce, ainda que o exame físico não apresente sinais, através de exames como a TC. Nos dois primeiros casos apresentou-se pelo tratamento cirúrgico com acesso cervical.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Eagle | Relato de caso | Revisão de Literatura

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1914

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IMPACTO DA MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRAOPERATORIA NO TRATAMENTO CIRURGICO DOS SCHWANNOMAS DE TRONCOS NERVOSOS MOTORES DO PESCOÇO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUIZ CLAUDIO BOSCO MASSAROLLO (INSTITUTO DE ONCOLOGIA DE GUARULHOS E HOSPITAL SAMARITANO), ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI (HOSPITAL SAMARITANO DE SP), ROLANDO COSTA MONTEIRO (HOSPITAL SAMARITANO DE SP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O SCHWANNOMA É UM TUMOR RARO DA BAINHA DE NERVOS PERIFÉRICOS E A SUA OCORRÊNCIA EM TRONCOS MOTORES PRINCIPAIS DA FACE E PESCOÇO (VAGO, FACIAL, HIPOGLOSSO, PLEXO BRAQUIAL, ETC) É UM ADVENTO AINDA MAIS INCOMUM. A MANUTENÇÃO DA FUNÇÃO NEURAL APÓS A RESSEÇÃO É O PRINCIPAL DESAFIO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA.OBJETIVO: DESCRIÇÃO DA EXPERIENCIA DO GRUPO NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SCWHANNOMAS EXTRACRANIAIS DE TRONCOS MOTORES PRINCIPAIS (STMP) APÓS O ADVENTO DA MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA, POR ELETRONEUROMIOGRAFIA INTRAOPERATORIA (INM).MÉTODO: LEVANTAMENTO DE TODOS OS CASOS DE STMP OPERADOS PELOS AUTORES A PARTIR DE 2003, QUANDO INICIAMOS A UTILIZAÇÃO DA INM DE ROTINA, E CRUZAMENTO COM OS DADOS DA LITERATURA.RESULTADOS: NO PERÍODO DE 2003 A 2016 FORAM OPERADOS 6 PACIENTES, 1 COM TUMOR PRIMARIO DO NERVO FACIAL , TRÊS DO VAGO E DOIS DO PLEXO BRAQUIAL. 5 PACIENTES DO GÊNERO FEMININO E 1 DO GENERO MASCULINO. IDADE VARIANDO ENTRE 19 E 51 ANOS (MEDIA 31,80). NA LITERATURA SÃO DESCRITOS 2 CASOS DE FACIAL INTRAPAROTIDEO, 1 HIPOGLOSSO, 1 PLEXO BRAQUIAL E 4 NO VAGO, TODOS COM SUCESSO NA PRESERVAÇÃO FUNCIONAL.DISSCUSSÃO: O TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS STMP NA REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO APRESENTA ELEVADA FREQUENCIA DE LESÕES NEURAI COM IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES. EM 2008, PUBLICAMOS UM TRABALHO UTILIZANDO A TÉCNICA DESENVOLVIDA PARA MONITORIZAÇÃO DE PARES CRANIANOS EM CIRURGIAS DA TIREOIDE E PARÓTIDA PARA RESSECÇÃO SEGURA DOS TUMORES DO NERVO VAGO. POSTERIORMENTE A MESMA TÉCNICA FOI REPRODUZIDA, SENDO PROPOSTA PARA O TRATAMENTO DOS TUMORES ORIGINÁRIOS EM OUTROS NERVOS.CONCLUSÃO: A RESSECÇÃO DOS SMTP, SEMPRE QUE POSSÍVEL, DEVE OCORRER COM INM.BIBLIOGRAFIA:Vasileiadis I e cols. Association of Intraoperative Neuromonitoring With Reduced Recurrent Laryngeal Nerve Injury in Patients Undergoing Total Thyroidectomy. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2016 1 142(10):994-1001.Imperatori A e cols. Cervico-mediastinal schwannoma of the vagus nerve: resection with intraoperative nerve monitoring. Updates Surg. 2011 63(1):59-61.Gibber MJ e cols. Enucleation of Vagal Nerve Schwannoma Using Intraoperative Nerve Monitoring. Laryngoscope, 2012, 122:790?792.Cavallaro G e cols. A literature review on surgery for cervical vagal schwannomas. World J Surg Oncol. 2015 29;13:130.Zheng Z e cols. Radical intracapsular microenucleation technique for exclusively intraparotid facial nerve schwannoma: Long-term follow-up review.J Craniomaxillofac Surg. 2016 44(12)):1963-1969.

PALAVRAS-CHAVES: SCHWANNOMAS NA CABEÇA E PESCOÇO|MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRAOPERATORIA|NERVOS MOTORES DA CABEÇA E PESCOÇO

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1939

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trauma contuso de tireóide: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINE SCHMIELE NAMUR (FCMSCSP), MARIANNE Y. NAKAI (ISCMSP), KASSEM SAMIR SALEH (FCMSCSP), MICKAEL OLIVEIRA DUARTE (ISCMSP), WILLIAM KIKUCHI (ISCMSP), DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI (ISCMSP), MARCELO BENEDITO MENEZES (ISCMSP), ANTONIO JOSE GONÇALVES (ISCMSP)

RESUMO: Introdução: O trauma de tireóide é um evento raro e existem poucos casos descritos na literatura. Os sintomas iniciais podem ser discretos. Um pequeno desconforto ao deglutir e sensação de peso no pescoço são os principais sintomas. Apesar de sua frequência baixa, é uma lesão potencialmente grave e está associada a hematoma que pode evoluir nas primeiras 24 horas após o trauma causando desvio e compressão da traquéia e consequentemente levando a insuficiência respiratória aguda. Devido a distorção da anatomia, a obtenção de via aérea definitiva desses pacientes pode representar um grande desafio. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 79 anos, deu entrada no pronto socorro com história de colisão automóvel x anteparo fixo, era passageira e estava com cinto de segurança no momento do acidente. Na entrada apresentava-se estável hemodinamicamente, em Glasgow 15 com equimose discreta em trajeto de cinto de segurança expendendo-se para região cervical direita sem dor no pescoço ou dificuldade para deglutir. Oito horas após paciente evoluiu com abaulamento cervical e aumento da área de equimose. A angioTC de pescoço mostrou um hematoma a direita com explosão do lobo direito da tireóide e sinais de sangramento ativo. Realizado cervicotomia direita com lobectomia direita da tireóide e retirada do hematoma. O anátomo patológico da peça retirada mostrou um carcinoma papilífero rompido no meio do hematoma. Paciente relatou que estava em uso de marevan devido a trombose venosa profunda prévia e antecedente de bócio na tireóide. Conclusão: Casos raros de trauma de tireóide podem se apresentar com pouco ou nenhum sintoma. É importante manter os pacientes em observação e a avaliar os fatores de risco. Em casos suspeitos a tomografia direcionada deve ser realizada para confirmar o diagnóstico e proceder com o tratamento adequado.

PALAVRAS-CHAVES: Tireóide|Trauma|Trauma de pescoço

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2003

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trauma penetrante por arma de fogo em zona 3 da região cervical com evolução para síndrome de Claude Bernard-Horner: relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLEINALDO DE ALMEIDA COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), EMANOEL NASCIMENTO COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), PEDRO HENRIQUE DA SILVA GOMES (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), JESSICA CORREIA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), ISABELLE NASCIMENTO COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO síndrome de Claude Bernard-Horner (SCBH) é resultante de um bloqueio da inervação simpática do olho e da face em qualquer região da via óculo-simpática, manifestando-se clinicamente com ptose palpebral discreta a moderada da pálpebra superior, miose pupilar variável e anidrose da hemiface ipsilateral associada a um aumento da temperatura e à hiperemia facial¹. A SBCH decorrente do trauma, especialmente do trauma cervical associado à lesão de artéria subclávia, é raro. Na literatura, as lesões de artéria subclávia constituem menos de 2% de todos os traumas vasculares civis, sendo mais comum em homens e predominando na faixa etária entre 20 e 40 anos. O estudo aborda um relato de caso abrangendo paciente jovem, vítima de ferimento por arma de fogo em zona 3 da região cervical, apresentando lesão de artéria subclávia direita e evoluindo para SCBH. Relato de Caso Após atendimento inicial pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, paciente foi admitido no serviço de urgência e emergência do HPSJLPM apresentando ferimento penetrante por arma de fogo em região posterior e mediana do pescoço (zona 3 da região cervical) com projétil palpável em região de côndilo esquerdo (Figura 1). Paciente apresentava-se lúcido e orientado no tempo e espaço, normocorado, eupneico, pressão arterial de 130x85mmg, exame do aparelho cardiovascular e respiratório sem alterações. Solicitou-se avaliação da equipe da neurocirurgia e cirurgia cérvico-facial. À tomografia axial computadorizada, constatou-se presença de rastilho metálico na segunda vértebra cervical (C2). O paciente evoluiu com ptose palpebral discreta da pálpebra superior à direita, miose pouco evidente à direita, anidrose da hemiface à direita, aumento da temperatura fácil e consequente hiperidrose lateral à esquerda sendo diagnosticado com SCBH completa (Figura 2). O paciente foi internado e mantido em observação pela equipe de neurocirurgia e cirurgia cérvico-facial para avaliação do quadro clínico e posterior acompanhamento ambulatorial. Conclusão Apesar de ser uma causa rara da SCBH, o trauma cervical e o subsequente comprometimento de estruturas adjacentes devem ser diagnosticados precocemente e conduzidos conforme a etiologia da lesão e complexidade clínica do paciente. Levantamento Bibliográfico Senthilkumaran S, Menezes RG, Pant S, Balamurgan N, Thirumalaikolundusubramanian P, Lasrado S. Isolated Horner's syndrome following penetrating neck injury. Clin Neurol Neurosurg. 2013;115(9):1855-7.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma Cervical | Trauma Penetrante | Claude Bernard-Horne traumático

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2023

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SIALOENDOSCOPIA COMO TERAPIA PARA SIALADENITE PÓS-IODOTERAPIA COM IODO-131: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KELI CAMILA VIDAL GROCHOSKI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), GABRIEL FERNANDES DE SOUSA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), JULIANA VIEIRA DE OLIVEIRA SALERNO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), KEILA MARINA VIDAL GROCHOSKI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), ADEMAR MARINHO DE BENEVOLO (HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO)

RESUMO: Introdução: A sialoendoscopia é um procedimento endoscópico desenvolvido por Francis Marchal realizado nas glândulas salivares maiores. Essa técnica é utilizada no diagnóstico e tratamento de doenças inflamatórias das glândulas salivares, como a sialadenite induzida pelo tratamento com iodo radioativo. Estima-se que 33% dos pacientes submetidos a essa terapia evoluem com essa complicação. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de sialadenite pós-iodoterapia tratado com sialoendoscopia. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 51 anos, físico-médico, foi submetido há 01 ano a tireoidectomia total com linfadenectomia cervical devido à carcinoma papilífero da tireoide medindo 1,2 cm metastático em linfonodo. Posteriormente, foi realizada iodoterapia com iodo-131 na dose de 150 mCi. O paciente evoluiu com repetidas crises de dor, em ambas as glândulas parótidas, tratadas com corticoides com discreta melhora, e procurou o cirurgião de cabeça e pescoço com exame de amilase salivar elevada (478 U/L). Ao exame físico, notava-se abaulamento bilateral da glândula parótida com dor à palpação e xerostomia leve. Foi solicitada ultrassonografia das glândulas salivares com doppler e diagnosticada sialadenite em ambas as parótidas com dilatação ductal à esquerda de 1,4 mm e à direita de 1,5 mm, de textura heterogênea. Paciente foi submetido à abordagem dos ductos parotídeos via sialoendoscopia intervencionista sob anestesia geral. Foi feita a dilatação progressiva da papila e do ducto de Stenon, bilateralmente, até se atingir um diâmetro compatível com a introdução do sialoendoscópio. Após irrigação ativa com soro fisiológico 0,9% para lavar e dilatar a árvore canalicular, foi visualizada estenose importante do ducto principal à esquerda com hiperemia importante e grumos de fibrina; e à direita, foi observado estenose e grumos de fibrina. Introduziu-se, então, um "basket", para remover os grumos de fibrina. O paciente não apresentou intercorrências, recebendo alta hospitalar seis horas após o procedimento. Conclusão: A sialoendoscopia está se estabelecendo como procedimento diagnóstico e terapêutico de sucesso para as doenças inflamatórias das glândulas salivares maiores no Brasil. Entretanto, o número de pacientes submetidos a este procedimento ainda é pequeno devido ao elevado custo e não disponibilização na rede pública de saúde. Apesar disso, a intervenção se mostra eficaz, segura, minimamente invasiva e preserva a glândula salivar.

PALAVRAS-CHAVES: Sialadenite | Cirurgia Endoscópica por Orifício Natural | Radioterapia Adjuvante

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2211

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Principais diagnósticos histopatológicos obtidos em pacientes submetidos a tireoidectomia em um hospital de ensino da região Norte do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TALLYS DE SOUZA FURTADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC)

RESUMO: Objetivo: Expor os principais diagnósticos encontrados nos laudos histopatológicos de pacientes submetidos a tireoidectomias totais e parciais. Metodologia: Este estudo caracteriza-se como pesquisa documental, realizado no Departamento de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral entre os anos de 2015 e 2016, no qual foram analisados laudos histopatológicos de tireoidectomias, totais ou parciais, realizadas no referido período. A amostra foi composta por laudos de 83 pacientes, dos quais 5 foram eliminados por apresentarem informações incompletas. Após a obtenção dos dados, os mesmos foram transcritos para um formulário de coleta de dados e tabulados no software Excel. Foram avaliados os dados referentes aos diagnósticos histopatológicos obtidos pelos pacientes. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade estadual Vale do Acaraú sob o número 61077916.0.0000.5053 e recebeu apoio institucional do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Resultados: Dos 78 pacientes analisados, 14 (17,9%) possuíam o diagnóstico de Adenoma Folicular, 22 (28,2%) possuíam Bócio Adenomatoide, 30 (38,5%) possuíam Carcinoma Papilífero, 5 (6,4%) possuíam Hiperplasia Nodular da tireoide, 4 (5,1%) possuíam Tireoidite de Hashimoto e 3 (3,8%) possuíam outro diagnóstico. Conclusão: Com base nos dados supracitados, o principal diagnóstico obtido foi o de Carcinoma Papilífero, seguido por Bócio Adenomatoide e Adenoma folicular, respectivamente. Tais resultados tornam necessárias ações que visem o diagnóstico precoce e o tratamento de tais afecções, a fim de obter melhores resultados utilizando tratamentos menos invasivos e mais viáveis economicamente. Bibliografia: SILVESTRE, J. C. et al. Perfil Anatomopatológico dos pacientes submetidos a PAAF e tireoidectomia em um laboratório de anatomopatologia em Criciúma/SC. Revista Inova Saúde, Criciúma, v. 3, n. 2, p.130-142, nov. 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Tireoidectomias|Diagnósticos|Tireoide

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2219

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise da influência do gênero no diagnóstico histopatológico de pacientes submetidos a tireoidectomia em um hospital de ensino da Região Norte do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TALLYS DE SOUZA FURTADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC)

RESUMO: Objetivo: Analisar a influência causada pelo gênero no diagnóstico histopatológico de pacientes submetidos a tireoidectomias. Metodologia: Estudo caracterizado como pesquisa documental, realizado no Setor de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral entre os anos de 2015 e 2016, no qual foram analisados laudos histopatológicos de 83 pacientes submetidos a tireoidectomias, totais ou parciais, realizadas no referido período. 5 laudos foram excluídos por apresentarem informações incompletas. Os dados foram transcritos para um formulário de coleta de dados e, em seguida, tabulados no software Excel. Foram avaliadas as variáveis relacionadas ao gênero e ao diagnóstico histopatológico final dos pacientes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade estadual Vale do Acaraú sob o número 61077916.0.0000.5053, recebendo apoio institucional do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Resultados: A amostra foi constituída por 69 pacientes (88,4%) do sexo feminino e 9 pacientes (11,6%) do sexo masculino. Entre os pacientes do sexo feminino, 17 (24,6%) apresentaram Bócio Adenomatoide, 14 (20,3%) apresentaram Adenoma Folicular, 25 (36,2%) apresentaram Carcinoma Papilífero e 13 (18,9%) apresentaram outro diagnóstico. No que diz respeito aos pacientes do sexo masculino, 2 (22,2%) possuíam Bócio Adenomatoide, 6 (66,7%) possuíam Carcinoma Papilífero e 1 (11,1%) não apresentou nenhuma alteração tireoideana. Conclusão: Nota-se a elevada superioridade numérica de pacientes do sexo feminino entre aqueles submetidos a tireoidectomias. No que diz respeito aos diagnósticos, destaca-se a ocorrência de Carcinoma Papilífero, seguido pelo Bócio Adenomatoide, em ambos os sexos. A partir desses dados, mostra-se essencial um maior direcionamento de ações para o público feminino, objetivando prevenir os acometimentos tireoideanos aqui citados e, por conseguinte, a realização de tireoidectomias, reduzindo os gastos públicos e otimizando o atendimento a tais pacientes. Referências: SILVESTRE, J. C. et al. Perfil Anatomopatológico dos pacientes submetidos a PAAF e tireoidectomia em um laboratório de anatomopatologia em Criciúma/SC. Revista Inova Saúde, Criciúma, v. 3, n. 2, p.130-142, nov. 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Tireoidectomias | Gênero | Diagnóstico

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2252

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ACHADOS ANÁTOMO-PATOLÓGICOS NOS CASOS DE CÂNCER DE TIREOIDE EM PACIENTES SUBMETIDOS A TIREOIDECTOMIA TOTAL NO HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA TELLES SALLES (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), BRUNO LOMBARDI FARIAS (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), BRENO SANTOS AMARAL (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), JAQUELINE GOMES DA SILVEIRA (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), GUSTAVO PAMPOLHA GUERREIRO (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), REBECA MARIA DE OLIVEIRA DIAS (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), HUGO KENZO AKASHI (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)), ANDRE DEL NEGRO (HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES) ? UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP))

RESUMO: Introdução: O câncer de tireoide é a neoplasia maligna mais comum do sistema endócrino e sua incidência vem apresentando progressivo aumento nas últimas décadas, principalmente o tipo carcinoma papilífero. Os diferentes tipos histológicos apresentam evolução e prognósticos distintos. Objetivo: O objetivo desse estudo é analisar as características dos exames anátomo-patológicos de pacientes submetidos a tireoidectomia total por neoplasia maligna no Hospital Estadual de Sumaré. Método: Foram analisados 62 casos cujo anátomo-patológico da peça confirmou o diagnóstico de neoplasia maligna (câncer) de tireoide; estes foram selecionados dentre um total de 361 casos de tireoidectomia total no período de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2016. Resultados: 58 casos (93,54%) apresentavam histologia de carcinoma papilífero, sendo 2 (3,22%) carcinomas foliculares, 1 (1,6%) carcinoma medular e 1 (1,6%) carcinoma anaplásico. 47 casos (75,8%) apresentavam foco único e 15 casos (24,19%) apresentavam 2 ou mais focos. Não houve comprometimento de margens em nenhum dos casos. A invasão angiolímfática ocorreu em 7 casos (11,2%), sendo a extensão extratireoidiana presente em 8 casos (12,9%). Os tumores apresentaram-se, em sua maioria, menores que 2 cm (35 casos ? 56,45%), sendo maiores que 2 cm em 27 casos (43,54%). Conclusões: Em nosso estudo houve maior prevalência do sexo feminino (85%) e média de idade de 45 anos, achados de acordo com a literatura mundial. A maior parte dos casos consiste em tumores menores que 2 cm, bem diferenciados, sem invasão angiolímfática e restritos à cápsula tireoidiana. No entanto, o carcinoma papilífero mostrou prevalência muito superior (93%) em nosso trabalho do que outros estudos semelhantes na literatura, o que pode ser explicado pelo número reduzido de casos da amostra porém é possível que esse achado seja reflexo da tendência mundial de aumento de incidência do carcinoma papilífero dentre os outros tipos de câncer de tireoide. O comportamento favorável dessa neoplasia e seus altos índices de cura reforçam a necessidade de novos estudos, na tentativa de estabelecer melhor os fatores causais para cada tipo de câncer de tireoide e como contribuem com o prognóstico e evolução dessa doença. Bibliografia: Perros P, Boelaert K, Colley S, Evans C, Evans RM, Gerrard Ba G, et al. Guidelines for the management of thyroid cancer. Clin Endocrinol (Oxf) 2014;81 Suppl 1:1-122.

PALAVRAS-CHAVES: cancer de tireoide | tireoidectomia | anátomo-patológico

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2276

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO SUBGLÓTICO COM EXÉRESE ENDOSCÓPICA :
Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LETÍCIA REZENDE DA SILVA SOBRAL (UNIVERSIDADE CEUMA), MARIANA FREIRE SILVA (UNIVERSIDADE CEUMA), STENIO ROBERTO CASTRO LIMA SANTOS (UNIVERSIDADE CEUMA), LAYLA KAMENNY COELHO DE SOUSA (UNIVERSIDADE CEUMA), FABIOLLA MARIA MARTINS COSTA (UNIVERSIDADE CEUMA), PAULA ROGÉRIA PEREIRA DA SILVA (UNIVERSIDADE CEUMA), KAREN CRISTINA COELHO DE SOUSA (UNIVERSIDADE CEUMA), PRISCILLA FRAZAO LEAL (UNIVERSIDADE CEUMA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O carcinoma adenóide cístico consiste em uma neoplasia maligna de frequência considerável na região de cabeça e pescoço. É mais comum em pacientes de meia idade, sem predileção por gênero ou raça. Anatomicamente, há predileção pelas glândulas salivares menores, sendo raro desenvolvimento na laringe. Clinicamente, apresenta-se assintomático até que o tumor atinja tamanho suficientemente grande para causar sintomas, sendo estes bastante inespecíficos. O diagnóstico deve ser suscitado com base na clínica do paciente e confirmado a partir de exames de imagem, espirometria e laringoscopia. O tratamento consiste na exérese da lesão, podendo ou não ser complementado com radioterapia. O prognóstico do carcinoma adenóide cístico de laringe é reservado. RELATO DO CASO: S.S., 54 anos, feminino, parda, casada, foi atendida com queixa, há dois anos, de disfonia e dispneia progressiva, não associada aos esforços, sem melhora após medicações. De história mórbida pregressa, relata etilismo e tabagismo há 38 anos. História mórbida familiar era sem particularidades. Ao exame físico pré operatório encontrava-se em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e no espaço, anictérica, afebril, cianótica +/- 4+, mucosa oral hipocorada +/- 4+, 23 irpm, emagrecida. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente bilateral, sem ruídos adventícios, com uso de musculatura acessória. Exames laboratoriais: hemoglobina: 9,7 g/dl; hematócrito: 23,2%, sem demais alterações. Tomografia computadorizada evidenciando lesão subglótica de 1,1cm, ocupando 80% da luz traqueal. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, sendo realizada exérese endoscópica da lesão com margens planas, evoluindo de forma favorável, sem necessidade de radioterapia. CONCLUSÃO: Carcinoma adenóide cístico em região subglótica mostra-se bastante raro na literatura. O tratamento radioterápico ainda é controverso, não sendo observado nos estudos disponíveis na literatura, superioridade dos pacientes tratados com cirurgia e radioterapia sobre aqueles tratados exclusivamente por método cirúrgico. Sendo assim, a melhor opção ainda consiste no tratamento cirúrgico, com exérese da lesão com ampla margem cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma | Subglótico | Exérese endoscópica

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2318

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relação entre o diagnóstico final e o tamanho dos nódulos encontrados em pacientes submetidos a tireoidectomia em um hospital da Região Norte do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), TALLYS DE SOUZA FURTADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Relacionar o diagnóstico final obtido pelos pacientes submetidos a tireoidectomia ao tamanho dos nódulos encontrados em tais pacientes. Metodologia: Estudo caracterizado como pesquisa documental, realizado no setor de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no qual foram analisados laudos histopatológicos de tireoidectomias, totais ou parciais, realizadas entre os anos de 2015 e 2016. A amostra foi composta por 83 laudos, dos quais 5 foram excluídos por apresentarem informações incompletas. Os dados foram transcritos e tabulados no software Excel. Foram analisadas as variáveis relacionadas ao Diagnóstico final apresentado pelo paciente e o tamanho dos nódulos obtidos após o procedimento cirúrgico. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade estadual Vale do Acaraú sob o número 61077916.0.0000.5053 e recebeu apoio institucional do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Resultados: Dos 78 laudos analisados, 41 (52,5%) indicavam a presença de nódulos na peça removida, enquanto 37 (47,5%) atestavam a ausência de nódulos. Dos nódulos encontrados, 19 (46,3%) possuíam menos de 2 cm, 13 (31,7%) possuíam de 2 a 4 cm e 9 (21,9%) possuíam mais de 4 cm. Em relação ao diagnóstico histopatológico, dos 14 (17,9%) que possuíam Adenoma Folicular, 5 (35,7%) tinham nódulos de 2 a 4 cm e 9 (64,3%) não apresentavam nódulos. Dos 22 (28,2%) com Bócio Adenomatoide, 3 (13,6%) apresentavam nódulos menores de 2 cm, 7 (31,8%) de 2 a 4 cm, 2 (9,1%) maiores de 4 cm e 10 (45,5%) não apresentavam nódulos. Dos 30 (38,5%) que possuíam Carcinoma Papilífero, 7 (23,3%) possuíam nódulos menores de 2 cm, 4 (13,3%) de 2 a 4 cm, 2 (6,7%) maiores de 4 cm e 17 (56,7%) não apresentavam nódulos. Os demais nódulos encontrados (11) distribuíram-se entre outros diagnósticos. Conclusão: Observa-se que pouco mais da metade das tireoides removidas possuíam nódulos, sendo que a maioria destes possuía menos de 2 cm. Nódulos menores de 2 cm foram os mais comuns nos casos de Carcinoma Papilífero e Adenoma Folicular. Tais dados tornam-se úteis no rastreamento precoce de tais afecções, visto que o tamanho dos nódulos pode fornecer pistas sobre o diagnóstico e auxiliar no tratamento. Referências: SILVESTRE, J. C. ; SIMOES, P. W. T. A. ; SILVESTRE, A. C. PERFIL ANATOMOPATOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À PAAF E TIREOIDECTOMIA EM UM LABORATÓRIO DE ANATOMOPATOLOGIA EM CRICIÚMA/SC. Inova Saúde , v. 3, p. 130-142, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Tireoidectomia|Diagnóstico final|Tamanho dos nódulos

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2326

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Sarcoma de Células Foliculares Dendríticas de Origem Amigdaliana: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MICKAEL OLIVEIRA DUARTE (ISCMSP), ANDRÉ HOELZ BORCHI (FCMSCSP), EDUARDO HIDEYUKI AKAMINE (FCMSCSP), GIANCARLO ARTESE ARAUJO (ISCMSP), LUCAS RIBEIRO TENÓRIO (ISCMSP), MARIANNE Y. NAKAI (ISCMSP), MARCELO BENEDITO MENEZES (ISCMSP), ANTONIO JOSE GONÇALVES (ISCMSP)

RESUMO: Introdução: O Sarcoma de Células Foliculares Dendríticas (SCFD) é uma neoplasia que acomete células linfonodais, e apresenta uma dificuldade para diagnóstico por Punção Aspirativa por Agulha Fina. No entanto, o SCDF também pode surgir em tecido extranodal como faringe, tonsilas, tireoide, mediastino, fígado e trato gastrointestinal. Envolvidas na resposta imune secundária, as células dendríticas foliculares, que tem como origem células precursoras do tecido vascular e estão localizadas nos folículos linfáticos primários e secundários, podendo também ser geradas em tecido não linfoide em processos inflamatórios crônicos. A até então a escassa casuística para o SCFD ainda não favorece uma ideal escolha de tratamento, muito menos uma segura determinação de prognóstico para os pacientes acometidos por esse tumor. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 25 anos, deu entrada no ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela equipe de Otorrinolaringologia em pós operatório de 3 meses de amigdalectomia bilateral por hipertrofia amigdaliana bilateral, em anatomopatológico, evidenciou-se SCFD em amígdala esquerda com 3,9cm. Em consulta com a CCP, evidenciou-se linfonodo palpável em nível II esquerdo de aproximadamente 1,5cm endurecido não aderido a planos profundos e indolor, em orofaringe paciente não apresentava lesões suspeitas. Em TC de pescoço evidenciou-se linfonodo único em nível II a esquerda com necrose central com cerca de 3cm sem evidência de doença a distancia. Paciente foi submetido a linfadenectomia cervical radical modificada a esquerda sem intercorrências. O anatomopatológico definitivo evidenciou acometimento neoplásico de SCFD em apenas um linfonodo cervical. O paciente segue no momento em pós operatório tardio em vigência de quimioterapia e radioterapia adjuvante. Discussão: Sarcoma de Células Foliculares Dendríticas é uma neoplasia que geralmente originam-se em linfonodos, mas em aproximadamente 1/3 dos casos pode ter origem extranodal. Sendo que até dezembro de 2015, apenas 30 casos haviam sido descritos na literatura. Como fatores prognósticos temos, o tamanho do tumor e grau histológico. Tumores menores que 5cm, maiores que 5cm com grau histológico baixo e aqueles com grau histológico alto tinham 16%, 46% e 73% respectivamente de recorrência. O SCFD deve estar entre os diagnósticos diferenciais das neoplasias de cabeça e pescoço sendo confirmado principalmente pela imunohistoquímica.

PALAVRAS-CHAVES: Sarcoma de Células Foliculares Dendríticas | Sarcoma | Amígdala

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2383

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressecção de neurofibroma solitário volumoso de pescoço

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ORLANDO HIROSHI KIONO SIQUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), ANGELA CRISTINA GOUVÊA CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), LARRI VIEIRA JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), LUCIANA MORAIS RABELO (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), MARIA MADUREIRA MURTA (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE)

RESUMO: INTRODUÇÃO Neurofibromas são tumores benignos originados pelo processo de proliferação de fibroblastos perineurais e das células de Schwann, na bainha das células nervosas periféricas. Sua apresentação pode ser através de tumores isolados ou em forma sindrômica com múltiplos nódulos cutâneos, como ocorre na neurofibromatose tipo I. Neurofibroma solitário é um neurofibroma localizado que ocorre em pacientes que não possuem neurofibromatose tipo 1. Tal tumor geralmente possui crescimento lento, indolor e desencadeia poucos sintomas. Pode se apresentar como pápula, nódulo ou pólipos no tecido celular subcutâneo. Seu tratamento é eminentemente cirúrgico. RELATO DE CASO Paciente branco, sexo masculino, 37 anos de idade, procurou atendimento no Hospital Universitário Antônio Pedro em agosto de 2012, referindo "massa" cervical, localizada na região latero-anterior esquerda do pescoço, com crescimento progressivo há cerca de um ano e indolor. Realizou PAAF, que foi compatível com neurofibroma e os exames hematológicos não apresentaram alterações. Realizou-se cervicotomia na borda anterior do músculo esternocleidomastoideo esquerdo, com exérese do tumor. Sua localização era latero-posterior à artéria carótida comum e à veia jugular interna. Possuía dimensões de 10,5 x 9,0 x 5,0 cm. O exame histopatológico confirmou neurofibroma. CONCLUSÃO Neurofibroma solitário de pescoço são raros e podem mimetizar tumores de parótida. O diagnóstico pré-operatório pode ser difícil mesmo com uma avaliação clínica minuciosa. O tratamento considerado padrão ouro é a ressecção cirúrgica, como adotado no caso relatado.

PALAVRAS-CHAVES: neurofibroma | neurofibroma solitário | ressecção cervical

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2395

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso: Hiperparatireoidismo Secundário com Tumor Marrom

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO CESAR DA SILVA AZIZI (UNIFOA), EVANDRO DE MORAES E SILVA (UNIFOA), PAULO CESAR ALVES AZIZI (UNIFOA), NICOLE BRAZ CAMPOS (UNIFOA)

RESUMO: INTRODUÇÃO:O tumor marrom é uma lesão focal de células gigantes associada ao hiperparatireoidismo primário ou secundário. Recebe esse nome devido ao aspecto macroscópico que as lesões intra-ósseas apresentam, de coloração amarronzadas, em decorrência da intensa hemorragia e do depósito de hemossiderina. É característica do hiperparatireoidismo primário, no entanto casos associados à insuficiência renal crônica (IRC) estão sendo relatados com maior frequência, representando uma forma extrema da osteodistrofia renal. É mais comum em ossos longos, costelas e pelve, mas pode ocorrer em qualquer osso, inclusive maxila e mandíbula, cujas lesões são raras. As lesões são causadas pelo aumento da produção e liberação do paratormônio (PTH), levando ao aumento da reabsorção de cálcio dos ossos. Com o constante sequestro de cálcio, ocorre a formação de um tecido de reparação, que aumenta de tamanho gradativamente.O diagnóstico é feito por meio de exames radiológicos, histopatológicos do tumor, além de exames de sangue como o aumento dos níveis de cálcio e fosfatase alcalina.O tratamento deve visar resolver o hiperparatireoidismo, por meio de cirurgia (primário) ou do tratamento da desordem de base (secundário).RELATO DE CASO:E.S.G., masculino, 50 anos, negro, apresenta-se com insuficiência renal crônica em hemodiálise, queixando-se de dor e deformidade ósseas, além de tumoração no palato duro, com episódios de sangramento.Os exames laboratoriais mostravam elevados níveis de paratormônio (PTH) de 1392 pg/ml e cálcio livre (10,8). Ultrassonografia do pescoço mostrou aumento das quatro glândulas paratireóides. Ao exame oral: tumoração friável em topografia de palato duro, compatível com tumor marrom.CONCLUSÃO:O tumor marrom maxilar pode se desenvolver em pacientes com IRC e simular neoplasia óssea, devendo ser feito o diagnóstico diferencial dos tumores ósseos desses pacientes. O controle do hiperparatireoidismo é mandatório e pode ser alcançado com paratireoidectomia total.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor Marrom | Hiperparatireoidismo Secundário | Insuficiência Renal Crônica

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2642

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relação entre o caráter do procedimento e o tipo de afecção em pacientes submetidos a tireoidectomias em um hospital da Região Norte do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), TALLYS DE SOUZA FURTADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC)

RESUMO: Objetivos: Correlacionar a natureza das tireoidectomias realizadas em um hospital da região norte do Ceará aos tipos de afecções tireoidianas. Metodologia: Estudo do tipo pesquisa documental realizado no setor de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, envolvendo laudos histopatológicos de tireoidectomias totais ou parciais realizadas entre os anos de 2015 e 2016. A amostra foi composta por laudos de 83 pacientes, sendo 5 excluídos por prestarem informações incompletas. Os dados foram transcritos em formulário de coleta de dados e tabulados no software excel. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú sob o número 61077916.0.0000.5053 e recebeu apoio institucional do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Resultados: Das 78 tireoidectomias realizadas, 54 (69,2%) foram de caráter total e 24 parcial (30,8%) (retirada apenas de lobo direito, esquerdo, istmo ou da combinação de duas dessas estruturas). Das tireoidectomias totais, viu-se que 25 (46,3%) representavam afecções benignas (como bócio, adenoma e tireoidite) e 29 (53,7%) representavam afecções malignas (carcinoma papilífero e variantes, linfoide e folicular). Já nas parciais, observou-se que 19 (79,2%) tireoides tinham afecções benignas e 5 (20,8%) malignas. Conclusão: A partir de tais dados, nota-se que a maioria das tireoidectomias realizadas foi de caráter total, sendo que afecções malignas foram mais comuns nestas, enquanto afecções benignas predominaram nos procedimentos parciais. Tais dados tornam-se úteis no tratamento de tais afecções, visto que a constatação do caráter benigno ou maligno do acometimento da glândula pode ajudar a direcionar qual o melhor procedimento a ser realizado, reduzindo custos e otimizando o tratamento desses pacientes. Referências: SILVESTRE, J. C. et al. Perfil Anatomopatológico dos pacientes submetidos a PAAF e tireoidectomia em um laboratório de anatomopatologia em Criciúma/SC. Revista Inova Saúde, Criciúma, v. 3, n. 2, p.130-142, nov. 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Tireoidectomias | Malignidade | Natureza do procedimento

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2658

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MEDIASTINITE NECROTIZANTE DESCENDENTE: RELATO DE CASO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA AMAZÔNIA OCIDENTAL- HC/ACRE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUKAS VIEIRA DE LIMA (UFAC), ELLEN DA SILVA GONÇALVES (HOSPITAL DAS CLNICAS DO ACRE), THAISE DUARTE ONOFRE SABIÁ E SILVA (UFAC), VANESSA SOUZA CARVALHO (HOSPITAL DAS CLNICAS DO ACRE)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os processos infecciosos mediastinais agudos são graves. A Mediastinite Necrotizante Descendente (MND) é uma apresentação incomum de infecções oriundas da cabeça e do pescoço, aguda e potencialmente fatal. O diagnóstico deve ser rápido e a conduta agressiva, com terapêutica, consistindo, usualmente, em drenagem cervicomediastinal e transtorácica combinadas com antibióticos de amplo espectro. RELATO DE CASO: Paciente F.C. M., feminino, 57 anos, após exodontia de 2º molar, apresentou disfagia para e edema em região cervical. Ao exame: REG, LOTE, afebril. Apresentava linfangite cervical e enfisema subcutâneo até o mediastino superior. Ausculta pulmonar com sibilos difusos. Leucocitose com desvio à esquerda no hemograma. Raio X de Tórax: derrame pleural bilateral e alargamento do mediastino. TC cervical: processo infeccioso/ inflamatório do espaço mastigador com extensão para o pescoço e mediastino. Recebeu antibioticoterapia amplo espectro, porém apresentou piora do quadro clínico, sendo transferida para UTI. Realizaram-se Cervicotomia -com saída de secreção purulenta- e Traqueostomia protetora. No 5º dia de internação em UTI, paciente foi submetida a Toracotomia, e nova Cervicotomia bilateral com colocação de dreno bilateral. A paciente evoluiu bem, recebeu alta após estabilização completa do quadro clínico, para acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: A MND é uma forma rara de infecção mediastinal, extremamente grave e letal se não tratada adequadamente. O caso em questão, apresentava a descrição mais encontrada na literatura para tal afecção, com hemograma infeccioso e imagens compatíveis com abscesso em região mediastinal. O que torna o caso, um importante relato literário desta doença potencialmente fatal, de grande gravidade. O tratamento isolado com antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro não é eficiente sem a drenagem cervical adequada, desbridamento extenso e excisão do tecido necrótico com irrigação mediastino-pleural. Tal fato pode ser observado na evolução do caso descrito. Em muitos casos, repetidas drenagens cervicais podem ser necessárias, devido à presença de infecção persistente. O acesso cirúrgico ideal para drenagem do mediastino, em pacientes com MND, depende do nível de difusão do processo necrótico. Graças ao diagnóstico precoce, tratamento clínico e cirúrgico adequado, a paciente do caso descrito evoluiu bem, estando hoje em acompanhamento ambulatorial.

PALAVRAS-CHAVES: MEDIASTINITE | NECROTIZANTE | MND

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2698

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Bócio mergulhante mediastinal: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARIANE RIBEIRO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), INGRID LUNA HOERNER E SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), MANUEL DOMINGOS DA CRUZ GONCALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), SOLON GONÇALVES SOUZA MENEZES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), ANA PAULA BASTOS DE CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), FERNANDA CRAVO BARROSO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), MARCUS VINICIUS BITTENCOURT BUENO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ))

RESUMO: Introdução: O bócio mergulhante é uma afecção relativamente rara da glândula tireóide. Consiste numa glândula aumentada de tamanho, peso e volume que invade a cavidade torácica total ou parcialmente. Em geral, é um quadro crônico, de evolução lenta e de aspecto insidioso, sendo assintomático em até 65% dos casos sendo mais frequente em indivíduos do sexo feminino com idade superior a 60 anos e com história pregressa de cirurgia tireoidiana. É responsável por cerca de 7% dos tumores do mediastino e 3 a 20% das tireoidectomias. De acordo com a localização anatômica e o grau de invasão da cavidade torácica, o bócio mergulhante pode ser retroesternal (80%), parcial (10-15%) ou total (2-5%). Relato do Caso: M.L.S, 69 anos, feminino, submetida a tireoidectomia parcial (Lobectomia direita + istmectomia) em 2003, por Bócio Multinodular atóxico mergulhante. Há 1 ano apresentando sintomas compressivos com episódios de dispneia e disfagia. Realizada TC de pescoço e Tórax (17/02/16) evidenciando bócio mergulhante às custas de lobo esquerdo. Submetida a cervicotomia exploradora em 25.07.16, evidenciando lobo tireoideano esquerdo com componente pediculado em mediastino superior, anterior, junto a veia inominada esquerda, sem possibilidade de ressecção por abordagem cervical. Optado pela realização de esternotomia mediana e ressecção de tecido tireoideano de aproximadamente 6 cm, junto à veia inominada. Identificado e preservado nervo laringeo recorrente a esquerda. Paciente evoluiu bem, com bom controle algico, sem sinais e sintomas de hipocalcemia, eufônica, recebendo alta no terceiro dia de pós operatório. Segue em acompanhamento ambulatorial periódico, referindo melhora total dos sintomas, sem sinais ou sintomas de hipocalcemia. Conclusão: A incidência de bócio ectópico mediastinal primário é extremamente rara e em 98% dos casos o paciente apresenta bócio cervical associado. O tratamento cirúrgico é o mais indicado principalmente em pacientes adultos jovens, em bom estado de saúde, sintomáticos ou não. Já em pacientes idosos, debilitados e assintomáticos deve ser avaliada a aceitação e a condição do paciente para o procedimento, levando em consideração o risco relativo de mortalidade e complicações permanentes no pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVES: Bócio mergulhante mediastinal , intratorácico|Tireoidectomia , esternotomia|Bocio multinodular atóxico

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2760

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso: Tumorações em couro cabeludo. Cilindroma?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO CESAR DA SILVA AZIZI (UNIFOA), PAULO CESAR ALVES AZIZI (UNIFOA), NICOLE BRAZ CAMPOS (UNIFOA), JORGE LUIZ MORAES TESCH (UNIRIO)

RESUMO: INTRODUÇÃO:O cilindroma é uma neoplasia benigna incomum, de anexos cutâneos, que se manifesta freqüentemente como lesão única, pequena, róseo-avermelhada, usualmente indolor, de ocorrência esporádica, situada, em 90% dos casos, no couro cabeludo, na face ou no pescoço. Casos com lesões múltiplas são hereditários, com transmissão autossômica dominante de penetrância incompleta, e se traduzem por nódulos lisos, de contornos arredondados e tamanhos variados, situados no couro cabeludo e, ocasionalmente, na face, mais raramente no tronco e nas extremidades; quando praticamente todo o couro cabeludo é acometido, fala-se em "tumor em turbante".O diagnóstico é dado através da histopatologia para que ocorra a diferenciação da lesão, com outros tumores de couro cabeludo e com características semelhantes. Relato de Caso:J. S. A., feminino, 35 anos, atualmente grávida (6 meses de gestação), procurou o serviço de cirurgia com dois tumores localizados em couro cabeludo, com passado de Leucemia, onde estava previsto o transplante de medula óssea, o qual não ocorreu devido à gravidez inesperada.Ao exame:Tumores (2) com características de cilindroma, de aproximadamente 5cm de diâmetro, lisos, de consistência firme, cor rósea, localizados em região frontal e parietal direitas no couro cabeludo.Ultrassonografia dos cistos mostrou-se inconclusiva.CONCLUSÃO:A paciente foi encaminhada para o serviço de cirurgia do hospital Gaffré e Guinle, para retirada dos cistos cirurgicamente para que estes sejam encaminhados à histopatologia para confirmação de sua origem etiológica, onde espera-se a confirmação da suspeita clínica de cilindromas.

PALAVRAS-CHAVES: Cilindroma | Couro Cabeludo | Leucemia

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2894

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Preservação da margem cirúrgica e locais de extensão extratireoidiana em pacientes com carcinoma papilífero de tireoide submetidos a tireoidectomia em hospital do interior do Ceará.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), TALLYS DE SOUZA FURTADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL)

RESUMO: Objetivo: Verificar a ocorrência de comprometimento da margem cirúrgica e os principais locais de extensão extratireoidiana em tireoidectomias totais e parciais realizadas em hospital do interior do Ceará. Método: Estudo do tipo pesquisa documental realizado no setor de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, envolvendo laudos histopatológicos de tireoidectomias totais ou parciais realizadas entre os anos de 2015 e 2016. A amostra foi composta por laudos de 84 pacientes, sendo 5 excluídos por prestarem informações incompletas. Os dados foram transcritos em formulário de coleta de dados e tabulados no software Excel. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob o número 61077916.0.0000.5053 e recebeu apoio institucional do Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Resultados: Dos 79 pacientes analisados, 33 (47,1%) apresentaram diagnóstico de neoplasias malignas da tireóide. A neoplasia predominante foi o carcinoma papilífero de tireóide (CPT) e suas variantes, em 93,9% dos casos. Nesse universo, a preservação da margem ocorreu em 87,8% dos casos. Apenas 4 (12,2%) das peças apresentaram ocorrência de comprometimento da margem cirúrgica. Sete pacientes (21,2%) apresentavam extensão extratireoidiana das lesões, dos quais 6 (85,7%) possuíam CPT. Nesses, 4 (66,6%) possuíam uma extensão mínima e 2 (33,4%) apresentaram uma extensão considerada grande. Em relação aos locais de extensão, 33,3% das lesões apresentaram invasão para os vasos adjacentes, 16,7% para linfonodos cervicais e outros 50% não forneceram dados suficientes. Conclusões: Apesar de o CPT ser uma doença indolente e com bom prognóstico quando completamente ressecada, este tem um início insidioso, o que dificulta sua identificação precoce¹. Nessa situação, os parâmetros clínico-patológicos podem revelar, em parte, ocorrência de piores desfechos, sendo dois deles: sinais de invasão extratireoidiana e presença de metástases linfonodais cervicais¹. Desse modo, este estudo revela a expressividade desses critérios, mostrando a relevância clínica da observação de tais variáveis na abordagem cirúrgica dos pacientes. Bibliografia: ¹Girardi, F. M. Análise do padrão de ocorrência do carcinoma de tireóide no Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre: 2000 - 2010, Repositório institucional UFCSPA, 2014, Acesso em 13 de fevereiro de 2017.

PALAVRAS-CHAVES: Margem cirurgica|Carcinoma papilifero de tireoide|Extensão extratireoideana

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 2947

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NEOPLASIA FOLICULAR TIREOIDIANA NÃO INVASIVA COM CARACTERÍSTICAS NUCLEARES PAPILARES: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENATA LIMA MEDEIROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), DAVI LIMA MEDEIROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA), IRLA ANDRADE DANTAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA)

RESUMO: Muitos subtipos de Carcinoma Papilífero da Tireoide (PTC) têm sido descritos, dos quais o PTC clássico é o mais comum. A Variante Folicular Encapsulada do PTC (EFVPTC) é o segunda mais comum e foi recentemente reconhecida pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia como de baixo potencial de malignidade, sendo renomeado para Neoplasia Folicular Tireoidiana não Invasiva com características nucleares Papilares (NIFTP). Esse tumor é composto pela predominância de folículos neoplásicos em relação à formação de papilas, porém apresenta células foliculares com alterações nucleares características do carcinoma papilar. A.M.S.J., sexo masculino, 50 anos, diabético e hipertenso, realizou em 2015 exame de rotina de USG Doppler de Carótidas, onde foi achado acidentalmente nódulo em tireoide. Encontrava-se eutireoidiano e assintomático no momento do exame. Em seguida, foi realizado USG da Tireoide com Doppler onde observou-se imagem nodular sólida, hipoeoica, heterogênea, com microcalcificações, localizado no terço médio do lobo esquerdo, contendo vascularização central (Chammas V) e medindo 0,7 cm. Realizou-se, então, Punção Aspirativa por Agulha Fina onde mostrou componente folicular predominante sobre o papilífero, mas com características nucleares sugestivas de PTC. Realizou-se Tireoidectomia Total (TT), sem intercorrências. Anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de NIFTP. Paciente evoluiu com hipotireoidismo no início do tratamento por não adesão adequada ao medicamento, atualmente encontra-se sem queixas. O NIFTP é um diagnóstico controverso. Nesses tumores sem invasão, o diagnóstico de câncer recai sobre o achado de núcleos característicos, cuja avaliação em muitos casos é subjetiva. Além disso, estudos demonstraram que o seu comportamento é potencialmente benigno, sendo geneticamente distinto dos tumores infiltrativos. No entanto, a maioria dos pacientes é tratada de forma similar àqueles com PTC clássico. Além do estigma da neoplasia, há o risco de complicações operatórias como lesão do nervo recorrente e hipoparatiroidismo. Neste contexto, é improvável que pacientes com NIFTP se beneficiem de TT e radioablação, sendo, portanto, a lobectomia sem radioablação a terapia de escolha, como poderia ter sido realizada no caso clínico descrito. Além de eliminar o impacto psicológico do diagnóstico de câncer, reduziria as complicações cirúrgicas, o risco de tumores secundários à radioablação e o custo geral dos cuidados de saúde.

PALAVRAS-CHAVES: TIREOIDECTOMIA | CARCINOMA | HIPOPARATIREOIDISMO

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 3003

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lesão Penetrante em Região Crânio-facial por Arma Branca: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DÉBORA LOPES GONÇALVES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), CLÓVIS HENRIQUE NAPOLEÃO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), ANNA LUIZA SOUZA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), LUDMILA LILIANA GUAZELLI DE FREITAS (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), RODRIGO MARTINS CARVALHO (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), LUARA DE OLIVEIRA BARROSO (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), GABRIELA FRANZIN RAVAZI (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os ferimentos faciais variam amplamente na sua apresentação e complexidade, sendo tratados de acordo com sua extensão, profundidade, grau de contaminação, agente etiológico e tempo do trauma, devendo ser abordados de forma especial, a fim de restituir a função e estética da face. A maioria desses casos, no Brasil, envolve jovens do sexo masculino de menor nível sociocultural. Sendo que, as agressões, com ou sem armas, são a segunda causa dos traumas cranianos no Brasil, correspondendo a 25,4%. Os objetos dessas circunstâncias podem penetrar diversas estruturas anatômicas, por isso, para removê-los há a necessidade de uma avaliação criteriosa devido a sua fatalidade caso haja lesões vasculares. CASO CLÍNICO: Paciente JLCC, masculino, 28 anos, trazido ao HUAV, com ferimento cortocotuso em região fronto-orbital direita. Ao EF: A - vias aéreas pérvias, sem colar cervical e sem prancha; B - MVF, sem RA, tórax estável, ventilação espontânea; C - Sangramento em região frontal no ferimento; D ? Glasgow 15, pupilas fotorreagentes à esquerda, sem abertura de olho direito; E ? presença de faca em região frontal e hematoma em olho direito. PA=130x90 mmHg, FC=70bpm. Sonolento devido efeito de Diazepam 5mg EV. Na TC apresentou fratura da parede lateral da órbita direita e de zigomático, sem sinais de fratura intracraniana. Realizado exérese de corpo estranho, no bloco cirúrgico, sob anestesia geral, sem sangramento ativo, apresentou hemorragia subconjuntival, sem alterações em globo ocular. Colocado dreno Penrose n2 em orifício, fechamento por planos, sutura e curativo oclusivo. Prescrito:Cefazolina 2g, Clindamicina 600mg, Dexametasona 10mg, Plasil 10ml, Ranitidina 50mg, Dipirona 2g. Ao US 06/09/2016, foi evidenciado processo hemorrágico e/ou inflamatório do vítreo OD, deslocamento de retina OD, descolamento hemorrágico da coroide, parcial OD. Paciente evoluiu bem, sem perda da visão, com alta 45 dias após a admissão. CONCLUSÃO:Nota-se que a conduta frente ao paciente necessita ser multidisciplinar, se iniciando com a manutenção das vias aéreas, controle hemostático e acurada avaliação oftalmológica concomitante à neurológica, e vascular, quando pertinentes. É fundamental descartar presença de sangramento ativo, hematoma crescente e sinais de choque hipovolêmico, indicativos de possível lesão vascular associada.REFERÊNCIAS:Bakushev,AP;Sivolapov,K A.Treatment of patients with isolated orbital wall injuries,Vestn Rentgenol Radiol; 97(2): 105-9, 2016 Mar-Apr.

PALAVRAS-CHAVES: ferimentos faciais|arma branca|crânio-facial

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 3018

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE MALFORMAÇÃO LINFOVENOSA CERVICO-TORÁCICA GRAV COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA EM RECÉM-NASCIDO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO MEDEIROS VANDERLEI (FAMENE), EDINE MEDEIROS DE ANDRADE MARTINS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), CARLA NAYARA MILHOMEM LEÃO MORAIS (FAMENE), CLARISSA MARIA DE LIMA SANTOS NASCIMENTO (FAMENE), INGRID MATOS BEZERRA (FAMENE), VANESSA DE LIRA FREIRES (FAMENE), MARIA CAROLINA CLEMENTINO LIBÓRIO (FAMENE), GABRIELA MEDEIROS FORMIGA MOREIRA (FAMENE), FERNANDA LUCENA DA COSTA (FAMENE)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As malformações linfáticas são anomalias congênitas raras secundárias ao desenvolvimento anormal dos vasos linfáticos, podendo ou não associa-se a malformações dos vasos sanguíneos. Geralmente diagnosticadas já ao nascimento, tem maior incidência na região cérvico-facial. RELATO DE CASO: Recém-nascida a termo com aumento bilateral do volume das partes moles da face, pescoço, assoalho da boca e orofaringe, predominantemente à direita e que lhe causava insuficiência respiratória obstrutiva, sendo necessária a intubação orotraqueal. Aos 15 dias de vida foi submetida a aplicação de OK-432, com aspiração de líquido citrino seguido de achocolatado sem resposta satisfatória. Aos 45 dias de vida foram realizadas a 2ª aplicação de OK-432 com resposta inflamatória local e febre baixa, porém sem redução significativa da massa posteriormente e a Ressonância Magnética que confirmou a suspeita de malformação linfovenosa com extensão pelo mediastino, sendo considerada irreseccável. Aos 3 meses de idade, em estado grave na UTI devido a efeito de massa intratorácica, iniciou-se corticoideterapia com prednisona com boa resposta, aponto de receber alta da UTI. Posteriormente associou-se o interferon alfa 2a, com excelente resposta e a paciente recebeu alta hospitalar. Hoje, aos 2 anos, traqueostomizada, a paciente segue em tratamento ambulatorial apenas com interferon alfa 2a e com aplicações de Ok 432, obtendo importante redução da lesão e melhora da qualidade de vida, desenvolvendo-se sem prejuízos físicos significativos ou cognitivos. CONCLUSÃO: O tratamento com corticoide associada a interferon alfa 2a mostrou-se efetivo na melhora clínica da paciente que apresenta uma lesão irreseccável com efeito compressivo intratorácico e permitiu que as aplicações de OK-432 fossem mais efetivas levando a redução volumétrica da lesão e melhora da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVES: malformação | linfovenosa | OK-432

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 3033

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NEUROFIBROMATOSE TIPO II: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS (UFPA), JAMILLY ALVES PADILHA (UFPA), BEATRIZ FERREIRA DIOGO (UFPA), MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA (UFPA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Neurofibromatose tipo 2 (NF2) trata-se de uma doença autossômica dominante rara, decorrente da ausência de um gene supressor de tumor localizado no braço longo do cromossomo 22. Corresponde a 5% dos tumores do ângulo pontocerebelar. Acomete todas as raças, com correlação idêntica no sexo masculino e feminino, manifesta-se principalmente em adultos jovens. Tem como substrato patológico a presença do schwannoma bilateral do oitavo par associado ou não a outros tumores intracranianos e espinhais, sobretudo os meningiomas. Anormalidades cutâneas, como manchas café com leite; oftalmológicas, como hamartoma de iris (nódulos de Lisch); lesões ósseas como displasia do esfenóide podem estar presentes. Importante destaque é dado em otorrinolaringologia pois, na maioria das vezes, os sintomas iniciais são otoneurológicos, sendo a hipoacusia, o tinitus e a tontura as principais queixas. RELATO DE CASO: A.A.S.S, sexo feminino, 24 anos, estudante, relatou história de disacusia progressiva em orelha direita, desde 2001, evoluindo com cefaléia, amaurose à esquerda, desequilíbrio com tendência a queda para direita e disacusia progressiva bilateral. Em outubro de 2005, foi diagnosticado NF2 em outro serviço, sendo então submetida a duas neurocirurgias para ressecção de schwannoma vestibular direito e esquerdo, respectivamente. Em outubro de 2008, foi admitida no ambulatório de Otorrinolaringologia do HUBFS, com queixa de disacusia bilateral e desejo em uso de prótese auditiva. Ao exame otoneurológico e otorrinolaringológico apresentou alargamento da base ao teste de Unterberger, marcha atáxica, diminuição da força muscular em membro superior direito, hipercinesia facial com contraturas musculares, sinal de Bell positivo, ausência de reflexo fotomotor à esquerda e paralisia facial periférica à direita grau VI, de acordo com a classificação de HOUSE e BRACKMANN. Sem alterações nos demais pares cranianos. Na acumetria, Weber não lateralizado e Rinne positivo em orelha esquerda sem resposta em orelha direita. CONCLUSÃO: Diante da suspeita de caso de NF2 torna-se fundamental o diagnóstico precoce e a interação entre a neurocirurgia e a otorrinolaringologia a fim de proporcionar melhora na qualidade de vida do paciente, minimizando comprometimento de outros pares cranianos, tratamento permitindo melhora no padrão auditivo indicação correta de AASI , assim como a maior reintegração social do mesmo, com acompanhamento e escolha de melhor técnica tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: Neurofibromatose tipo II | Neurocirurgia | Otorrinolaringologia

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 3050

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso: Divertículo de Zenker

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DÉBORA LOPES GONÇALVES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), CLÓVIS HENRIQUE NAPOLEÃO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), THAMIRIS VILAS BOAS NEVES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), STEFANO TERSARIOLLI MUTO (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), LARISSA GONÇALVES DOS SANTOS (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), EMILENE VALIM DOS SANTOS SILVEIRA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), GABRIELA DIAS SIQUEIRA LOPES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O Divertículo de Zenker, é uma doença rara, que corresponde a uma evaginação da mucosa e submucosa do esôfago posterior por área de fraqueza entre as partes tireofaríngea e cricofaríngea do músculo constritor inferior da faringe. Descrito pela primeira vez em 1764 por Abraham Ludlow e revisado pelo patologista alemão Zenker em 1879. O tratamento cirúrgico, consiste em uma diverticulectomia por cervicotomia, podendo ser associada à miotomia do cricofaríngeo, Nesse relato vamos discutir um caso de um paciente de 62 anos, no qual foi realizada uma diverticulectomia após diagnóstico por Esofagogramabaritado. **CASO CLÍNICO:** C.P.D, 62 anos, masculino. Apresentava disfagia como principal queixa, além de regurgitação, halitose, vômitos alimentares, disfonia e tosse pós-prandial. Solicitado esofagogramabaritado, sendo constatado o diagnóstico de divertículo faringoesofágico. A cirurgia proposta foi uma parotidectomia esquerda sob anestesia geral. Durante procedimento cirúrgico foi realizado incisão cervical longitudinal em lado esquerdo, abertura dos planos e isolamento do Nervo Facial e seus ramos e do Nervo Laríngeo Recorrente, sem lesioná-los. Após isolar o divertículo, foi realizado exérese e colocado tubo para dreno, com reparação da área e hemostasia com manobra de Valsalva. Foi colocado dreno laminar número 1 com excisão cirúrgica e fechamento dos planos, além de sutura e curativos. Paciente encontra-se bem após cirurgia, sem complicações pós-operatória. **CONCLUSÃO:** Apesar de rara ocorrência é fundamental a investigação por imagem, em casos de disfagia, halitose e regurgitação, principalmente em idosos, sendo essa a faixa etária mais afetada pela doença, como no caso descrito. O diagnóstico precoce evitaria as complicações causadas pelo aumento da massa, como obstrução do esôfago e broncoaspirações. **REFERÊNCIAS:** Clinical Gastroenterology and Hepatology, Volume 12, Issue 11, November 2014, Pages e111-e112.

PALAVRAS-CHAVES: Diverticulo de Zenker | esofagografiabaritada | disfagia

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 3093

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO NO RECÉM NASCIDO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ EDUARDO FERNANDES MENDES (FACERES), GUILHERME CADOSO GALEAZZI (UNIARA), RAPHAEL RAPHE (FACERES)

RESUMO: Introdução: Trata-se de um cisto congênito causado por um defeito no fechamento do ducto tireoglossos durante o período embrionário. A persistência deste ducto determina o aparecimento do cisto que pode localizar-se em qualquer ponto entre o forame cego da língua e a tireóide. Relato do caso: Paciente RN do sexo masculino apresentava uma grande massa na região anterolateral esquerda do pescoço. A TC sem contraste evidenciou a formação de um cisto a partir dos remanescentes do ducto tireoglossos. A exérese foi feita com o método de Sistrunk. Conclusão: A formação cística pode ser claramente evidenciada pela TC, porém para diagnosticar a origem de seus tecidos foi necessária a realização da biópsia do material retirado, o qual constatou que tratava-se de um processo Cístico do Ducto Tireoglossos em Surto Inflamatório Agudo. O paciente foi submetido à operação de Sistrunk, com boa recuperação cirúrgica. Nesta faixa etária, o cisto formado aparece com uma frequência muito baixa o que pode fazer com que o diagnóstico se confunda com cisto branquial ou linfangiomas. Além disso a sua localização (linha paramediana) torna rara a apresentação desta patologia, devido a alta prevalência destes cistos na linha média do pescoço.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto do Ducto Tireoglossos | Sistrunk | Recém-Nascido

CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 327

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fistula gástro-cutânea recidivada durante a gestação após 3 anos de Gastrectomia vertical

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE LUIZ PICOLI MATTAR (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM), TIAGO CYPRIANO DUTRA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM), PAULO CASOTTI PENEDO (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM), GERLIANO MARÇAL DA LUZ GONÇALVES (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM), ANDRÉ VICTOR GUUVÊA BASTOS (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM), CAMILA FABRES PEREIRA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM), RAPHAEL FERNANDES CALHAU (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM)

RESUMO: IntroduçãoA gastrectomia vertical vem ganhando nos últimos anos grande importância no arsenal terapêutico no tratamento da obesidade mórbida, sendo a segunda operação bariátrica mais realizada no mundo, representando 37% das quase 500.000 cirurgias bariátricas realizadas, e é a mais realizada nos EUA e Canadá, segundo último levantamento mundial em 2013 e publicado em 2015. O grande desafio para o cirurgião bariátrico ainda é a fístula gástrica, mais comumente localizada no ângulo de His. Em março de 2011, um painel global organizado por Rosenthal, foram analisados mais de 12.000 casos de gastrectomias verticais por laparoscopia, de 11 países dos 6 continentes. Dos 12.799 casos analisados foi relatado um índice de fistula gástrica variando de 0 a 3.9%, com média global de 1,06%. Relato do caso O objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de fistula gástrica em ângulo de His diagnosticada no décimo dia de pós-operatório. A fístula foi tratada com drenagem cirúrgica e suporte nutricional, com boa evolução e resolução da fístula após 32 dias de internação. Após 3 anos de follow up, houve recidiva da fístula durante o terceiro mês de gestação da paciente, com drenagem de restos alimentares pelo orifício cutâneo. Foi estudada com ressonância magnética, apresentando pertuito bem formado sem coleções intracavitárias. Como a paciente não apresentava sinais sistêmicos de infecção e como não temos acesso a tratamentos endoscópicos, resolvemos acompanhar a evolução da paciente durante a gestação, com suporte proteico e vitamínico. A criança nasceu com peso e biometria normais e teve bom desenvolvimento durante a lactação. Após seu desmame procedemos tratamento cirúrgico com abordagem direta do orifício fistuloso, ressecção do antro remanescente e reconstrução em y de Roux. A paciente evoluiu bem no pós-operatório tendo alta após cinco dias, mantendo quadro clínico sem sinais de fistulização e com bom controle nutricional após 5 meses de acompanhamento. ConclusãoA fístula gástrica após a gastrectomia vertical continua sendo um grande desafio diagnóstico e terapêutico, sendo a complicação mais temida pelo cirurgião bariátrico. Recidivas tardias são pouco descritas e seu tratamento deve ser individualizado, a depender das condições clínicas do paciente e dos métodos terapêuticos disponíveis.

PALAVRAS-CHAVES: fistula gastrica | gastrectomia vertical | cirurgia bariátrica

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 335

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: REINTERVENÇÃO BARIÁTRICA POR CIRURGIA ROBÓTICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OLAVO NAPOLEAO DE ARAUJO NETO (UNICHRISTUS), OLAVO NAPOLEAO DE ARAUJO JUNIOR (HOSPITAL MONTE KLINIKUM), DANIEL LINHARES CARDOSO (UNIFOR)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Abordagem cirúrgica robótica proporciona pequenas incisões abdominais, benefícios estéticos, além de menor tempo cirúrgico, internação e recuperação. Tal método é recente no Brasil, sendo mais estabelecido em especialidades como Urologia, Cirurgia Geral e Cirurgia Colo-Retal, onde precisão é uma das grandes vantagens se comparada a outros métodos. RELATO DE CASO: Paciente feminino, 65 anos, realizou cirurgia bariátrica (by-pass gástrico) há 13 anos, evoluindo com pneumonia de repetição e sintomas de DRGE nos últimos 6 anos, com piora principalmente durante a noite e ao decúbito horizontal. Em 11/07/2016 com 1,65m de altura e 88 kg, realizou EDA que evidenciou esofagite não erosiva de refluxo, hiato diafragmático bastante alargado e status pós-gastrectomia redutora, com coto gástrico longo medindo cerca de 9 cm, permitindo retrovisão do aparelho. Submetida à seriografia confirmando os achados. Diante da persistência e gravidade dos sintomas optou-se pelo tratamento cirúrgico, definindo-se por hiatoplastia e reintervenção sobre o estômago remanescente. Em 01/08/2016 realizou cirurgia robótica (equipamento Da Vinci S), nova técnica introduzida em Fortaleza no segundo semestre de 2015. Foram utilizados cinco portais, sendo quatro para o docking do robô e um para o cirurgião auxiliar. A cirurgia durou cerca de 4 horas, sem intercorrências, dificultada pela presença de aderências frouxas, necessitando de lise cuidadosa das mesmas. Dissecção do ?grande e pequeno estômago?, sendo observado pouch e cajado longos. Individualizados os pilares. Realizada hiatoplastia com dois pontos duplos de seda, secção do cajado e ressecção de segmento do pequeno estômago, grampeado. Por fim, foi realizada funduplicatura à Nissen, utilizando-se o grande estômago, com confecção de válvula frouxa. Paciente teve ótima evolução sem queixas importantes. No 1º dia pós-operatório deambulou, iniciou dieta com alta no dia seguinte. No 21º dia PO, a paciente mantinha evolução favorável, evoluindo para dieta líquida completa. CONCLUSÃO: Reintervenção em cirurgia bariátrica exige uma rigorosa avaliação clínica do paciente, auxiliada por exames de imagens, para que a tática cirúrgica seja bem estabelecida, diante de tantas variáveis envolvidas nessas situações. Nesse caso, além da hiatoplastia, optou-se por diminuir o pequeno estômago e utilizar o grande estômago para a confecção da válvula antirrefluxo. Atualmente, após seis meses, a paciente evolui assintomática.

PALAVRAS-CHAVES: Reintervenção | Bariátrica | Robótica

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 451

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CIRURGIA BARIÁTRICA: INTERVENÇÃO POSITIVA SOBRE A SAÚDE VASCULAR E ENDOTELIAL AFERIDA PELO ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO GABRIEL SILVA LEMES (UFPR), EMILTON LIMA JÚNIOR (UFPR), VINÍCIUS MICHELIN MARMENTINI (UFPR)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o comportamento da condição endotelial e saúde vascular de pacientes frente a intervenção da cirurgia bariátrica. Métodos: 13 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica (gastroplastia com derivação intestinal em "Y de Roux") pela equipe cirúrgica do Hospital de Clínicas da UFPR tiveram seu índice tornozelo braquial, índice de massa corporal e pressão arterial sistólica avaliados três vezes para cada participante. Ocorreram uma avaliação no pré-operatório, uma avaliação pós-operatória um mês após a cirurgia e uma avaliação pós-operatória três meses após a cirurgia. Resultados: Ocorreu aumento na média populacional do índice tornozelo braquial entre a avaliação pré-operatória (média = $0,98 \pm 0,17$) e a primeira avaliação pós-operatória (média = $1,04 \pm 0,16$) ($p = 0,04^*$), bem como em relação a segunda avaliação pós-operatória (média = $1,04 \pm 0,13$) ($p = 0,02^*$). Entre as duas avaliações pós-operatórias do índice tornozelo braquial não houve diferença significativa ($p = 0,93$). Observou-se redução significativa do valor do índice de massa corporal entre os três momentos de avaliação (p Conclusão: Previamente à cirurgia o índice tornozelo braquial médio dos pacientes estava dentro da faixa de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (índice tornozelo braquial borderline). Após a cirurgia houve aumento do valor do índice tornozelo braquial em relação ao pré-operatório, atingindo a faixa de normalidade. Observando-se o comportamento similar dos três indicadores avaliados, especialmente a importante variação do índice tornozelo braquial, pode-se concluir que a cirurgia bariátrica atua como intervenção rápida e positiva sobre o índice tornozelo braquial, e logo também sobre a condição endotelial e saúde cardiovascular dos pacientes como um todo. Referências: 1. Haruta H et al. Long-Term Outcomes of Bariatric and Metabolic Surgery in Japan: Results of a Multi-Institutional Survey. *Obes Surg* 2016 (in press). 2. Elian VI et al. Weight loss in Young obese subjects improves lipids and adipokines levels and reduces arterial stiffness. *Acta Endocrinol* 2013; 9: 79-86. 3. Arnon B et al. Gender effect on vascular responsiveness after bariatric surgery. *Centr Eur J Med* 2013; 8: 531-538.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia bariátrica | Índice tornozelo braquial | Obesidade

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 556

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO E SITUS INVERSUS TOTALIS ? RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO LEAL PEREIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE PRESIDENTE PRUDENTE), JULIANA SERIBELI HERNANDES (FACULDADE DE MEDICINA DE PRESIDENTE PRUDENTE), KARINA PRADO SANCHES (FACULDADE DE MEDICINA DE PRESIDENTE PRUDENTE), ALEXANDRE CAMPOS (FACULDADE DE MEDICINA DE PRESIDENTE PRUDENTE), GABRIEL ALEIXO (FACULDADE DE MEDICINA DE PRESIDENTE PRUDENTE), MOABE REZENDE DE LIMA (FACULDADE DE MEDICINA DE PRESIDENTE PRUDENTE), WILLY JOSÉ DE MACEDO NETTO (FACULDADE DE MEDICINA DE PRESIDENTE PRUDENTE)

RESUMO: BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO E SITUS INVERSUS TOTALIS ? RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA Juliana Seribeli¹, Gabriel Aleixo², Karina Prado Sanches ASCBC³, Alexandre Campos⁴, Fernando Leal Pereira ACBC⁵, Moabe Rezende de Lima TCBC⁶ Médico generalista, ²Discente da Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, ³Residente de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Presidente Prudente, ⁴Docente de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, ⁵Coordenador da residência de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Presidente Prudente, ⁶Coordenador do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Presidente Prudente. **RESUMOINTRODUÇÃO:** Situs Inversus Totalis é uma entidade congênita e genética rara que consiste na disposição anormal de órgãos intra-abdominais e torácicos, que assumem posição em ?reflexo de espelho? com relação ao plano sagital. Procedimentos cirúrgicos nestes pacientes é um verdadeiro desafio devido às alterações anatômicas e possíveis má formações vasculares associadas. **RELATO DE CASO:** MAS, 54 anos e IMC 52.7 (125kg/1.54m) encaminhada de Unidade Básica de Saúde para o Ambulatório de Cirurgia Geral e Obesidade com queixa de obesidade há 10 anos. Realizado avaliação multiprofissional conforme orientações e protocolos da OMS (Organização Mundial de Saúde) e SBCBM (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica) para Bypass gástrico em Y de Roux e exames pré-operatórios ? Ultrassonografia de abdome total e raio X de Tórax - onde notou-se que a paciente era portadora de situs inversus totalis. Durante a cirurgia pela complexidade implicada pelo SIT, foi necessária colocação de trocateres a mais. Totalizando 6 trocateres sendo três de 5mm e três de 12mm. A cirurgia teve duração aproximadamente três horas e meia, sem intercorrências durante o ato operatório e o pós cirúrgico. A paciente evoluiu sem intercorrências e teve alta no 3º dia de pós operatório. **CONCLUSÃO:** Antecipar possíveis complicações intra-operatórias é essencial e muitas vezes feita através de tomografia computadorizada ou angiografia. No presente caso foi necessário alterar a posição da equipe cirúrgica e inserção dos trocateres, além da inserção de um trocater a mais. Mudanças ergonômicas são exigidas durante a cirurgia e o domínio sobre as habilidades operatórias em anatomia invertida é necessário para um melhor desempenho cirúrgico nestes pacientes.?

PALAVRAS-CHAVES: bypass gástrico | laparoscopia | situs inversus

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 630

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A MUDANÇA DO PERFIL DIABÉTICO E HIPERTENSIVO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À GASTROPLASTIA NO HOSPITAL ERNESTO DORNELLES NO ANO DE 2015

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CHRISTIAN FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), VICENTE ANTÔNIO SUSIN (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), LUCAS DO NASCIMENTO (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BETINA FRANCIOSI (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), MARIANA FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), GIOVANNA SORGATO TESSMANN (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), RENATA ROCCA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A obesidade é uma pandemia universal e está aumentando em prevalência com o decorrer dos anos. É um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna devido à comorbidades associadas que afetam a qualidade de vida da população, como a hipertensão arterial sistêmica(HAS) e o diabetes Mellitus(DM). Nos EUA, é conceituada como a segunda causa mais prevalente de morte, depois do tabagismo, por fatores de risco modificáveis. A gastroplastia em y-de-roux vem atualmente revolucionando o tratamento dessas comorbidades associadas à obesidade, com melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes submetidos ao procedimento. OBJETIVO: revisar a literatura sobre os benefícios da gastroplastia em y-de-roux nas comorbidades relacionadas à obesidade e analisar o perfil de mudança dessas patologias nos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital Ernesto Dornelles(HED) no ano de 2015. MÉTODO: Revisão narrativa da literatura recente sobre Cirurgia da obesidade. Análise retrospectiva de 100 prontuários durante o período de janeiro a dezembro de 2015 no serviço de Cirurgia Bariátrica do HED. Cálculo do escore médio, frequência absoluta e relativa na evolução das comorbidades ? hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. RESULTADOS: No estudo houve predomínio do sexo feminino(60%). Na admissão, o excesso de peso foi identificado em 100% dos pacientes, sendo divididos em Obesidade I(5%), Obesidade II(25%) e obesidade III(70%). A HAS estava presente em 90%, enquanto o DM2 em 80% dos pacientes. Com a evolução pós-operatória, no 12º mês houve redução desses índices, sendo reclassificados em eutróficos(38%), sobrepeso(55%) e obesidade I(7%), bem como em HAS(20%) e DM(19%). Com isso, houve redução significativa da prevalência das doenças ? em 78% dos hipertensos e 76% dos diabéticos - desde a admissão até os 12º mês pós-operatório, marcada pela superioridade da reversão da doença em relação aos pacientes que apenas melhoraram as patologias relacionadas à obesidade. CONCLUSÃO: Há evidências claras sobre os grandes benefícios da Gastroplastia em y-de-roux sobre a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus tipo II, o que de fato nos faz crer que a cirurgia da obesidade/metabólica, por envolver ainda mecanismos pouco compreendidos, pode resultar na melhora de patologias que até hoje foram tratadas apenas de forma clínica, seja de forma a somar à terapêutica clínica ou até mesmo substituí-la.

PALAVRAS-CHAVES: obesidade | cirurgia da obesidade | gastroplastia em y-de-roux

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 636

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise das modificações metabólicas de pacientes submetidos ao Bypass Gástrico em Y-De-Roux para tratamento da Obesidade Mórbida

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS DUDA SCHMITZ (EXOBEX), JUAREZ ANTONIO DAL VESCO (EXOBEX), JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO (EXOBEX), DÉBORA FALK LOPEZ BOSCATTO (EXOBEX), MATHEUS SARMENTO MILITZ (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), CAROLINA ARGENTA DAL VESCO (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), MARCOS DAL VESCO NETOU (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), GABRIEL WEISS (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF)

RESUMO: Objetivo: Avaliar os aspectos metabólicos no pré e pós-operatório dos pacientes submetidos ao bypass gástrico em Y-de-Roux para tratamento de obesidade mórbida. Método: Realizou-se um estudo retrospectivo com 373 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica pela técnica de bypass gástrico em Y-de-Roux entre 2007 a 2014. Analisaram-se as variações de IMC, glicemia de jejum (GJ), Triglicerídeos, Colesterol Total e frações. Os testes de hipóteses utilizados foram o t de student e a ANOVA conforme o número de variáveis comparadas com auxílio do SPSS Statistics 20.0. Um valor de p Resultados: A pesquisa contou com 373 pacientes. A média de idade foi de 41,4 + 11 anos, com predomínio do sexo feminino (81,2%). A cirurgia realizada em todos os casos foi o bypass gástrico em Y-de-Roux. O IMC pré-operatório era de 42,16 + 4,61 kg/m² e de 27,27 + 3,49 kg/m² no 24o mês pós-operatório. A glicemia média pré-operatória foi de 98,93 + 29,64 mg/dL, com redução para 81,63 + 9,93 mg/dL no 6o mês pós-operatório (p0,05), em 12 meses foi de 55,3 + 12,5 mg/dL (p0,05) após 24 meses de seguimento. Os triglicerídeos tiveram redução do valor inicial de 175 + 94 mg/dL, para 103,2 + 43 mg/dL (p Conclusão: Os dados analisados demonstram que o bypass gástrico em Y-de-Roux é um excelente método para a perda e manutenção do peso a longo termo, mas, principalmente, para o controle metabólico. Os pacientes tiveram melhora significativa da dislipidemia e dos níveis da glicemia de jejum. Bibliografia: Dee, A., et al. (2014). "The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review." BMC Res Notes 7: 242.

PALAVRAS-CHAVES: Bypass Gástrico | Modificações Metabólicas | Cirurgia bariátrica

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 699

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: PANCREATITE AGUDA COMO COMPLICAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ LUIZ PEREIRA PAES LEME (UFU), LUCAS RODRIGUES DA CUNHA PAES LEME (UFF), KARINE REBELATTO MUNIZ (PUC-GO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A gastroplastia em y de roux é o padrão-ouro para tratamento da obesidade severa, com taxa de mortalidade de 0.03% e baixo índice de complicações. As principais complicações incluem: fístula de anastomose, atelectasia, pneumonia, tromboembolismo e obstrução intestinal. No entanto, a incidência de pancreatite associada a esse tipo de cirurgia é pouco descrita. No presente caso, apresentamos um paciente com pancreatite aguda no pós-operatório. RELATO DE CASO: S.C.I.C, feminino, 37 anos, peso de 147 kg, IMC de 55 kg/m², hipertensa, colecistectomizada, foi submetida a gastroplastia em y de roux pré-cólico e pré-gástrico videolaparoscópica. A cirurgia transcorreu sem intercorrências, evoluindo no pós-operatório imediato com dores lombares e torácicas posteriores e com piora no segundo dia, com taquicardia (120 bpm) e irritação peritoneal. Ultrassonografia pré-operatória normal. Submetida a nova laparoscopia, devido ao alto grau de suspeição de fístula anastomótica. No procedimento, foram encontrados sinais de pancreatite aguda, tais como, transudato citrino-turvo, pingos de vela típicos; e ausência de fístula. Realizado lavagem da cavidade e drenagem. No ato operatório realizou-se o teste de amilase (1040 U/L), confirmando o diagnóstico. Paciente evoluiu com remissão do quadro. CONCLUSÃO: A incidência da pancreatite aguda pós cirurgia bariátrica é de 1,04%, porcentagem muito maior do que a reportada na população em geral, que é de 0,017%. A rápida perda de peso no pós-operatório e a presença de cálculos ou barro biliar na via biliar em exame de imagem pós-operatório são considerados fatores de risco para tal complicação. Contudo, acredita-se que as causas no seguinte caso devam ter sido traumáticas ou medicamentosas. A primeira pode ser explicada pela utilização de energia ultrassônica no procedimento, gerando um possível aquecimento sobre o pâncreas enquanto se disseca próximo ao estômago, levando a um trauma cirúrgico. Na segunda, por outro lado, enquadra-se nos critérios de Badalov, que é um sistema de classificação da pancreatite induzida por fármacos. No pré-operatório, foram utilizados omeprazol e dexamentasona, fármacos com pelo menos um caso relatado com teste de provocação positivo para pancreatite, além do uso do cetoprofeno também com relatos associados à pancreatite na literatura médica, porém sem teste de provocação. Os autores apresentam a evolução do caso desde o diagnóstico ao tratamento em conjunto com uma revisão da literatura.

PALAVRAS-CHAVES: obesidade severa | gastroplastia em y de roux | pancreatite aguda

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 967

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Vagotomia troncular como opção terapêutica para úlcera marginal refratária após cirurgia bariátrica: uma série de casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), EVERTON CAZZO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), FELIPE DAVID MENDONCA CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MARTINHO ANTONIO GESTIC (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MURILLO PIMENTEL UTRINI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MARCIO APODACA-RUEDA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), ELINTON ADAMI CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS)

RESUMO: Contexto Dentre as complicações tardias da cirurgia bariátrica, a ocorrência de úlcera marginal da anastomose gastrojejunal é descrita como uma das mais frequentes, com incidência na literatura variando de um a 16%. Com a crescente prevalência da obesidade e o aumento do número de procedimentos cirúrgicos realizados, cada vez mais os cirurgiões têm se deparado com esta complicação e recorrido a diferentes procedimentos visando à sua resolução. Objetivo Apresentar uma série de 03 casos de úlcera marginal em pacientes em pós-operatório de cirurgias bariátricas que foram refratárias ao tratamento medicamentoso e para os quais foi indicada a vagotomia troncular. Métodos Revisão retrospectiva de dados coletados prospectivamente em arquivos médicos. As informações coletadas incluíram: dados demográficos, índice de massa corporal (IMC) pré e pós-operatório, sintomatologia, tempo decorrido entre a realização da cirurgia e o diagnóstico, bem como a presença dos fatores de risco de úlcera marginal descritos na literatura. Resultados Todos os pacientes participaram de programa multidisciplinar e realizaram no pré-operatório endoscopia digestiva alta e pesquisa de *Helicobacter pylori*. A pesquisa resultou positiva em apenas um dos casos. Duas pacientes haviam sido submetidas ao bypass gástrico em Y de Roux e uma à derivação biliopancreática à Scopinaro. O diagnóstico de úlcera marginal foi realizado, respectivamente, 20, 37 e 50 meses após o procedimento cirúrgico em cada um dos casos relatados. Apenas uma das pacientes apresentava fatores de risco (tabagismo e uso de anti-inflamatórios). Em nenhum dos casos a pesquisa de *H. pylori* resultou positiva no momento do diagnóstico da úlcera. Nos três casos, não se observou resposta clínica ou endoscópica após 08 semanas de tratamento com inibidor de bomba de prótons em dose plena. A vagotomia foi realizada por via toracoscópica em 02 dos casos e laparotômica em um dos casos. Após o procedimento, os pacientes permaneceram internados de 2 a 7 dias e apresentaram como complicações a ocorrência de quilotorax e pneumonia. Controle endoscópico realizado de 25 a 60 dias após a vagotomia demonstrou resolução da úlcera. Os pacientes permanecem em seguimento ambulatorial, com melhora das queixas. Conclusão A vagotomia troncular é uma alternativa terapêutica efetiva e segura para úlceras marginais refratárias ao tratamento clínico, podendo ser realizada por via toracoscópica, com menor potencial de ocorrência de complicações.

PALAVRAS-CHAVES: Vagotomia troncular | Úlcera marginal | Cirurgia bariátrica

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 976

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DE BIÓPSIA HEPÁTICA TRANSOPERATÓRIA EM 80 PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA E SUA CORRELAÇÃO COM SÍNDROME METABÓLICA E IMC

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE TARCISIO BARROSO ZOVICO (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), GUSTAVO ALVES DE OLIVEIRA (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), CARLOS RENATO CASTRO RENON (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), CYRO REZENDE LAGHI (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), ROGER BONGESTAB DOS SANTOS (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), TATIANE MARTINS ESCARPINI (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), MARCELLA ARAUJO DA FONSECA (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), PEDRO LUCIANO ALMEIDA NOGUEIRA DA GAMA (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES)

RESUMO: Objetivo: Descrever a análise histopatológica de biópsia hepática transoperatória em paciente submetidos à cirurgia bariátrica durante o ano de 2016, e correlacionar os resultados com a síndrome metabólica e índice de massa corporal. Métodos: Estudo analítico-descritivo com 80 pacientes do Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica no Hospital Evangélico de Vila Velha-ES e que, durante a operação bariátrica, foram submetidos à biópsia hepática devido ao aspecto macroscópico do fígado sugerir alteração em parênquima, durante o ano de 2016, em que no total foram operados 688 pacientes. Resultados: Dos 80 pacientes submetidos à biópsia hepática observou-se que 35(44%) destes apresentavam síndrome metabólica, com predomínio no sexo feminino (74,2%). Dois (2,5%) apresentavam biópsia normal, 50 (62,5%) esteatose leve, 16 (20%) esteatose moderada, 06(7,5%) esteatose grave, 6(7,5%) com esteato-hepatite. Não se encontrou diagnóstico de cirrose. Dos 35 pacientes com síndrome metabólica, 16(45%) pacientes com esteatose leve, 11 (31,3%) esteatose moderada, 3(8,5%) esteatose grave, 5(14,5%) esteato-hepatite. Observou-se nos obesos grau II apenas 01(4,8%) biópsia normal, 11 (52,4%) com esteatose leve, 05(23,8%) esteatose moderada, 2(9,5%) esteatose grave e 2(9,5%) esteato-hepatite. Nos obesos grau 3 com IMC até 45kg/m², encontrou-se 01(2,3%) com biópsia normal, 30(68,2%) em esteatose leve, 07(15,9%) esteatose moderada, 04(9%) esteatose grave e 02(4,6%) esteato-hepatite. Nos pacientes com IMC > 45kg/m², observou-se 09(60%) esteatose leve, 04(26,6%) esteatose moderada, 02(13,4%) esteato-hepatite. Conclusões: Em obesidade, há grande incidência de esteatose hepática, porém neste estudo não foi encontrada correlação entre o grau evolutivo desta patologia com o IMC ou com Síndrome Metabólica. Bibliografia: Ribas Filho D, Suen VMM - Tratado de nutriologia. Mnole, 2013 BRASILEIRO, Filho G: Bogliolo: Patologia. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol 2006 Fev 1-48

PALAVRAS-CHAVES: Bariátrica | DHGNA | Síndrome Metabólica

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 995

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pneumoperitoneo de grandes proporções após Bypass em Y de Roux tratado clinicamente.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE FERNANDO MARQUES CARDOSO (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), MONICA MAZZURANA BENETTI (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), GUINES ANTUNES ALVAREZ (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), BRUNO BARREIRO (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), AMER ABDUL BASSET EL KHATIB (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), DANIEL FORTES (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), MARIANE TONIN JATOBÁ (HOSPITAL GUILHERME ALVARO)

RESUMO: IntroduçãoA obesidade severa é uma doença crônica metabólica que aumenta o risco de mortalidade por doenças cardiovasculares. A cirurgia bariátrica é seu tratamento mais eficaz já que leva a perda de peso sustentada em 90% dos casos e controle ou reversão das comorbidades associadas, reduzindo esse risco e devolvendo expectativa de vida ao doente. A deiscência de anastomose ou da linha de grampeamento é a complicação precoce mais comum. Possui uma incidência de 0 a 5,6% em grandes séries. Tem uma mortalidade associada de 37,5-50%, representando a segunda causa de morte no pós-operatório precoce. Relato de caso J.N.M.P., 33 anos, sexo feminino, procedente do Guarujá, submetida à Bypass gástrico em Y de Roux por videolaparoscopia devido à obesidade severa, IMC 41 kg/m² e esteatose hepática. No sétimo dia de pós-operatório (PO), queixou-se de dor no ombro direito e esquerdo. Encontrava-se sem alterações significativas ao exame físico, com pulso normal e afebril. A secreção presente no dreno era serosa e após ingerir azul de metileno o teste foi negativo. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose de 13 mil, sem outras alterações. A tomografia de abdome com administração de contraste via oral (VO) e endovenoso, diagnosticou a presença de pneumoperitoneo de grande volume, desproporcional ao sétimo dia de PO, ausência de extravasamento de contraste VO, líquido livre intracavitário ou coleções associadas. Com hipótese de fístula, condizente com o achado indireto tomográfico, instituiu-se o tratamento com jejum, antibioticoterapia e nutrição parenteral, devido ausência de critérios clínicos de sepse e ou líquido livre em cavidade abdominal. No terceiro dia de tratamento, a paciente já apresentava boa evolução, com melhora de 80 a 90% do quadro clínico de dor no ombro, e redução da leucocitose. No oitavo dia de tratamento conservador, em imagem de controle tomográfico, houve importante redução do volume de pneumoperitoneo, o que possibilitou a realimentação VO. A paciente teve boa evolução e após quinze dias da alta hospitalar fez outro controle tomográfico que não mais evidenciou pneumoperitoneo. Discussão e Conclusão O pneumoperitoneo desproporcional ao tempo de pós-operatório é critério tomográfico indireto de fistulas digestivas, na gastroplastia não é diferente. Atualmente, nessas situações o tratamento clínico conservador tem sido considerado uma das opções, diminuindo a morbimortalidade da reoperação e oferecendo um tratamento seguro ao doente.

PALAVRAS-CHAVES: GASTROPLASTIA|FISTULA|PNEUMOPERITONEO

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1041

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Obstrução intestinal após cirurgia bariátrica: causas e soluções

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), ANDERSON MATHEUS MEDEIROS DE ARAÚJO (UFMA), EINART EUDES GUEDES DE SOUZA (UFMA), CHRISTIAN LAMAR SCHEIBE (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), GIULIANO PEIXOTO CAMPELO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), ABDON JOSE MURAD JUNIOR (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), LUIS EDUARDO VERAS PINTO (HOSPITAL SAO DOMINGOS), JOSE APARECIDO VALADAO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS)

RESUMO: Presenciamos uma epidemia mundial de obesidade com cerca de 600 milhões de pessoas obesas (IMC>30kg/m²). No Brasil, 17,9% da população é obesa. O tratamento cirúrgico é o mais efetivo para tratar pacientes com IMC > 40 ou >35 associado a comorbidades e o procedimento mais realizado é gastroplastia com derivação em Y de Roux (GDYR). Uma complicação bem documentada da GDYR é a obstrução intestinal, que ocorre em 1,3% a 5% dos casos, principalmente em pacientes submetidos a videolaparoscopia. As principais causas de obstrução intestinal pós-cirurgia bariátrica são as aderências e as hérnias internas, sendo estas últimas mais comuns em procedimentos laparoscópicos. As hérnias internas de Petersen são a principal causa de obstrução intestinal após a GDYR, com uma incidência de 0,5% a 8,8%. Outros sítios de hérnia menos comuns são a brecha mesentérica da anastomose jejunojejunal e o espaço do mesocólon transversal. Sempre deve-se suspeitar de hérnia interna nos pacientes operados por GDYR com dor abdominal intermitente ou aguda de forte intensidade e, na ausência de um diagnóstico específico, esses pacientes devem ser levados à laparoscopia diagnóstica. O tratamento da hérnia de Petersen é iminente cirúrgico e a gravidade do quadro clínico do paciente determinará a urgência do procedimento. A via de acesso inicial é a videolaparoscópica e a conduta é a redução do conteúdo herniário e fechamento do espaço com sutura contínua, preferencialmente com fio inabsorvível. A hérnia interna deve ser identificada e tratada corretamente e rapidamente, pois sua evolução para isquemia intestinal com perfuração ocorre em cerca de 9,1% dos casos e a mortalidade pode chegar a 1,6%. Em casos de obstrução intestinal pós-cirurgia bariátrica é essencial o diagnóstico precoce, a implementação correta de medidas terapêuticas bem como a indicação e condução correta para o tratamento cirúrgico. Referências: 1. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. O que é obesidade. 2015. Disponível em: <http://www.sbcbm.org.br/wordpress/obesidade/causa2>. 2. Murad Jr, A.; Valadao, J. A.; Lima, R. C. de; Scheibe, C. L.; Campelo, G. P. Manobra de fixação jejunal para a prevenção de hernia de Petersen em by pass gástrico, 2015. Artigo original. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, Volume 28, suplemento 01, p. 69-72. 3. Silva, L. G. O. Conduta na obstrução intestinal pós-cirurgia bariátrica. Programa de atualização em cirurgia. Ciclo 12. Volume 2. p. 09-33.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA BARIATRICA|OBSTRUCAO INTESTINAL|LAPAROSCOPIA

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1181

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA BARIÁTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR Y DE ROUX- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO EIK SAHYUN (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), DENISE CAMILIOS COSSIOLO (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), EMANUEL GOIS JR (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), MARCO AURÉLIO CRUCIOL RODRIGUES (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), LISANDRA CONEGLIAN DE FARIAS (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), NAJA NABUT (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO cirurgia bariátrica videolaparoscópica está cada vez mais presente no mundo, sendo utilizada como tratamento para casos de obesidade e controle de determinados casos de Diabetes Mellitus tipo 2. Porém, como qualquer procedimento cirúrgico não é livre de complicações, mesmo que em pequena escala. OBJETIVO objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica sobre complicações da cirurgia bariátrica com Y de Roux. METODOLOGIA revisão bibliográfica concentrou-se em periódicos indexados na base PubMed. O critério de inclusão foi todos os artigos recentes que retratavam o assunto. DISCUSSÃO cirurgia bariátrica videolaparoscópica está se fortalecendo como principal tratamento para casos de obesidade no mundo. É indicada para indivíduos com IMC >40, masculino ou feminino, que tenha tentado emagrecer há um ano sem sucesso ou indivíduos com IMC >35 associado a alguma patologia crônica como Diabetes Mellitus que tenha feito tratamento clínico por um ano sem êxito. A cirurgia bariátrica videolaparoscópica pela técnica Y de Roux, além de apresentar bons resultados relativos à perda de peso evolui com menor número de complicações na formação de aderências. No entanto, é responsável por maior formação de hérnias internas. A anastomose reto-cólica realizada na cirurgia cria um espaço no mesentério que favorece a formação da hérnia transmesentérica e da hérnia de Petersen. Petersen descreveu as hérnias retroanastomóticas em 1900 e tais hérnias decorrem de falhas das anastomoses em diversos pontos do trato gastrointestinal. A classificação de tais complicações se dá em hérnias transmesocólicas que ocorrem entre a anastomose e a raiz do mesocólon e as pré-cólicas que ocorrem entre a anastomose e o cólon transversal. Mais da metade dos casos ocorrem dentro do primeiro mês de pós-operatório e podem cursar com dor abdominal tipo cólica até a obstrução parcial ou total do intestino. O tratamento se faz com a correção cirúrgica da hérnia. Além das hérnias internas são descritos casos de obstrução intestinal por aderências formadas no pós-operatório e, em casos ainda mais raros, intussuscepção intestinal decorrente da cirurgia bariátrica laparoscópica por Y de Roux. CONCLUSÃO cirurgia bariátrica laparoscópica por Y de Roux não é isenta de complicações, por isso cabe ao cirurgião estar familiarizado com essas possíveis complicações, a fim de reconhecê-las precocemente e realizar a melhor intervenção.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA | HÉRNIA INTERNA | OBESIDADE

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1205

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PREVALÊNCIA DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ GIL (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), SERGIO TSURUSAWA MENDES (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MARIA ANGÉLICA PAIVA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MARIANA GONÇALVES FERREIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JOSÉ EDUARDO CHRISTOFOLETTI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Objetivo: A Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), doença endócrino-metabólica prevalente na população geral, sobretudo em idosos, é caracterizada por glicemia de jejum maior a 125 mg/dl e HbA1C maior que 6,5%, compondo uma comorbidade de alto risco cardiovascular e elevada morbi-mortalidade. Assim, coloca-se a Cirurgia Bariátrica e Metabólica, especificamente a técnica de gastroplastia com desvio intestinal em "Y-de-Roux", como intervenção que reduz significativamente os riscos associados a DM2 em pacientes selecionados. Observa-se que esses benefícios não são apenas da perda de peso, mas de alterações endócrino-metabólicas inerentes à técnica com, em alguns casos, total remissão da doença, definida como a independência de todas as medicações anti-diabéticas. Método: Este trabalho é uma revisão bibliográfica que abrangeu artigos científicos publicados desde 2012 até 2017 feita na base de dados Scielo, Pubmed e do New England Journal of Medicine. Resultados: Foi constatado que a Cirurgia Bariátrica e Metabólica, especificamente a técnica de gastroplastia com desvio intestinal em "Y-de-Roux", tem ação no controle da obesidade e na modificação endócrino-metabólica, que reduz os valores de glicemia dos pacientes e contribui com a remissão da DM2. Conclusão: Conclui-se que a Cirurgia Bariátrica e Metabólica, técnica de gastroplastia com desvio intestinal em "Y-de-Roux", se mostrou uma intervenção efetiva na DM2. Bibliografia: OLIVEIRA et al. "Comportamento glicêmico no pós-operatório de 48 horas de pacientes diabéticos tipo 2 ou não diabéticos submetidos à cirurgia bariátrica". Arq Bras Cir Dig; 28(Supl.1):26-30, 2015. GIRUNDI, Marcelo Gome. "Remissão do Diabetes Mellitus Tipo 2 dezoito meses após gastroplastia com derivação em Y-de-Roux?". Rev Col Bras Cir; 43(3):149-153; 2016. ZEVE et al. "Obesos diabéticos tipo 2 submetidos à derivação gástrica em Y de ROUX: análise de resultados e influência nas complicações?". Arq Bras Cir Dig.; 26: 47-52, 2013. CAZZO et al. "Impact of Roux-en-Y gastric bypass on metabolic syndrome and insulin resistance parameters?". Diabetes Technology & Therapeutics: 16(4): 262-265, 2014. SCHAUER et al. "Bariatric surgery versus intensive medical therapy for Diabetes ? 3-year outcomes?". New England Journal of Medicine: 370: 2002-2013, 2014. MINGRONE et al. "Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 Diabetes?". New England Journal of Medicine: 366:1577-1585, 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia da Obesidade - Metabólica | Diabetes Mellitus Tipo 2 | Risco Cardiovascular

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1288

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida, perda de peso e comorbidades

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CHRISTIANE RAMOS CASTANHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), LUCIO VILAR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), ALVARO ANTONIO BANDEIRA FERRAZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), ALESSANDRA RAMOS CASTANHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), ROSANA MARIA RESENDE LACERDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), GISELLE DE QUEIROZ MENEZES BATISTA BELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), HELYSÂNIA SHÁDYLLA SANTOS DE FARIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), BEATRIZ GLEYSE MARINHO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO)

RESUMO: Objetivo: A definição do sucesso do tratamento cirúrgico para a obesidade não deve estar limitada apenas a mensuração da curva de peso, pois não engloba todos os fatores que são importantes de serem avaliados, como a melhora das comorbidades associadas e a melhoria da Qualidade de Vida (QV). Diante desse contexto, este estudo teve por objetivos: 1- mensurar a eficácia da perda de peso (PEP% > 50%) após cirurgia bariátrica; 2- analisar a evolução de comorbidades; 3- investigar a QV; e 4- avaliar protocolo BAROS no pós-operatório. Método: A amostra foi composta por 103 pacientes de ambos os sexos com idade entre 22 a 63 anos submetidos à Gastrectomia Vertical SLEEVE (n=40) ou à Derivação Gástrica em Y de Roux (n=63) no seguimento pós-cirúrgico a partir de 4 meses. Os pacientes foram atendidos no Ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da UFPE. Foram utilizados os estudos: transversal e quantitativo com força da verdade de 95% (P = 0.05). O instrumento utilizado para o estudo foi o protocolo Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco. Resultados: A maioria dos pacientes foi do sexo feminino (89,3%). A média de idade, índice de massa corpórea (IMC) inicial e excesso de peso foram 44,23 anos, 48,11 kg/m² e 65,17 kg respectivamente. Com relação à perda de peso, verificou-se que a média de IMC antes da cirurgia e após a cirurgia foi de 48,10 kg/m² e 31,05 kg/m², respectivamente. A média de perda percentual do excesso de peso foi de 69,35%. A maioria dos pacientes apresentou resolução das seguintes comorbidades: hipertensão (70,8%), diabetes mellitus (80,7%), dislipidemia (68,8%) e apneia do sono (90,2%). As complicações mais frequentes foram queda de cabelo (79,6%), deficiência nutricional (37,9%) e anemia (35,0%). A análise do protocolo BAROS demonstrou que a qualidade de vida foi avaliada de forma positiva (?excelente?, ?muito boa? ou ?boa?) em 93,2% dos casos. A classificação do questionário sobre qualidade de vida Moorehead-Ardelt demonstrou que a qualidade de vida ?melhorou? ou ?melhorou muito? para 94,1% dos pacientes, e que apenas 5,9% avaliaram como ?diminuída? ou ?sem alteração?. Conclusões: A cirurgia bariátrica demonstrou ser um procedimento eficaz no tratamento da obesidade mórbida e no controle das comorbidades. A análise da qualidade de vida foi avaliada de forma positiva por meio do protocolo BAROS.

PALAVRAS-CHAVES: BAROS|cirurgia bariátrica|qualidade de vida

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1395

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SANGRAMENTO DE ORIGEM OBSCURA EM PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE BARIÁTRICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PALOMA ALVES BEZERRA MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), RENAN TORRES CAETANO DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), PAULO ALVES BEZERRA MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), THIAGO DUQUE GRIPP (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), MARCELO MARTINS DE MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), JOSE ALBERTO DA MOTTA CORREIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), ALBERTO BUGE STEIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), DOGLAS GOBBI MARCHESI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO)

RESUMO: Introdução: A obesidade grave leva à crise de saúde pública no mundo industrializado.¹ A cirurgia bariátrica é o único tratamento em obesos mórbidos que causa perda efetiva de peso.² Gastroplastia redutora com bypass em Y-de-Roux tem mostrado excelentes resultados na perda de peso e na redução de comorbidades³, entretanto, não é isenta de complicações. Em estudo com 18.926 pacientes que realizaram cirurgia bariátrica, 55,1% fizeram gastroplastia redutora com bypass gástrico em Y-de-Roux. 45% das readmissões foram causadas por disfunções gastrointestinais, 33,5% por complicações dietéticas e apenas 6,57% ocorreram por sangramento.⁴ Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 43 anos, admitida em Hospital Universitário em outubro de 2016 com quadro de melena, anemia e astenia há quinze dias. Relato de quatro internações prévias com quadros semelhantes de melena e enterorragia no último ano. Portadora de hepatopatia crônica por cirrose biliar primária (Child B 8, Meld 11), doença hemorroidária e fissura anal, síndrome de Sjögren, traço falcêmico e alfa talassemia. Relato de histerectomia, ooforectomia e hernioplastia de Spiegel prévias. Bypass gástrico em y-de-roux com anel e colecistectomia há 13 anos. Em uso de ácido ursodesoxicólico, hidroxizine e hidroxicloroquina.À propedêutica, evidenciou-se nível de hemoglobina crítico e em queda apesar de múltiplas transfusões. Endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou varizes de fino calibre sem "red spots". Colonoscopia sem alterações. Aortografia e arteriografia seletiva de vasos esplâncnicos não permitiram identificar o foco do sangramento. Acesso laparoscópico do estômago excluso para EDA sem alteração. Optou-se por laparotomia exploradora com enterotomia a 40 cm do ligamento de Treitz e enteroscopia proximal, a qual evidenciou lesão pediculada com sangramento ativo em pequeno volume imediatamente abaixo do piloro, o qual se encontrava intransponível. Realizada polipectomia e gastrectomia total do estômago excluso. Histopatológico concluiu tratar-se de pólipos inflamatórios na transição gastro-duodenal.Conclusão: A dificuldade de acessar o estômago excluso após a gastroplastia redutora com bypass gástrico em Y-de-Roux reforça a necessidade de excluir doenças gástricas no pré-operatório assim como lesões pré-malignas¹. Além disso, cabe destacar que o estômago excluso pode ser uma provável fonte de sangramento tardio após a cirurgia bariátrica apesar de todo preparo pré-operatório adequado.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia bariátrica | melena | pólipos

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1449

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: AVCi no pós-operatório de bypass gástrico em Y-de-Roux.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE ALVES PIMMEL (UNISUL - UNIDADE TUBARÃO/SC), DANIELA GHIZONI DACOREGIO (UNISUL - UNIDADE TUBARÃO/SC), EDUARDO GUAREZI CALEGARI (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), RICARDO REIS DO NASCIMENTO (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), JÉSSICA THAYNARA DUARTE BARROS (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), DIEGO APARECIDO GASPAR (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), FLÁVIA COAN ANTUNES (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO)

RESUMO: Introdução: Pacientes obesos possuem maiores riscos de desenvolver diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensão arterial, condições estas que aumentam as possibilidades de ocorrência de futuros eventos cardiovasculares. Perante a obesidade mórbida, estudos demonstram que a cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz para resolução da patologia, com possibilidade de melhora completa das comorbidades resultantes. Quanto à técnica operatória nas cirurgias da obesidade, o bypass gástrico em Y-de-Roux é a operação mais realizada mundialmente e ainda é considerada a técnica padrão-ouro. Mesmo com segurança bem documentada, o bypass gástrico pode apresentar complicações relacionadas ao procedimento. O relato de caso a ser apresentado demonstra uma condição incomum no pós-operatório de uma cirurgia de bypass gástrico: Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi). Relato de caso: Paciente feminina, 34 anos, apresentou, desde o pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica de bypass gástrico em Y-de-Roux, quadro de vertigem rotatória persistente sem náuseas, vômitos e queixas algícas associadas. Paciente obesa, com hipertensão arterial sistêmica em tratamento e com história familiar positiva para AVC. No 15º dia pós-operatório realizou exames complementares sendo demonstrado em ressonância magnética lesão cerebelar isquêmica à esquerda, leucocitose em hemograma (21000 leucócitos) e níveis de anti-trombina III abaixo dos valores de referência, apresentou eco doppler com insuficiência mitral discreta e hipertrofia ventricular esquerda de grau moderado. Após ser afastado a hipótese de complicações infecciosas relacionadas ao procedimento, foi determinado o diagnóstico de AVCi de provável etiologia de forame oval patente. Paciente encaminhada para realização de ecocardiograma trans-esofágico para confirmação de provável etiologia. Conclusão: O AVCi é uma patologia inesperada no pós-operatório de cirurgias redutoras. Estudos demonstram que apenas 2% a 4% dos pacientes submetidos a bypass gástrico em Y-de-Roux evoluem com quadro de Tromboembolismo Pulmonar ou Trombose Venosa Profunda. Este relato de caso possui menor probabilidade de acontecimento, pois aliada a formação e desprendimento do trombo, possivelmente a paciente apresente forame oval patente. Não é possível afirmar que o AVCi seja uma complicação decorrente das novas condições fisiológicas e metabólicas consequentes do procedimento.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia bariátrica | bypass gástrico | obesidade

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1522

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RESULTADOS INICIAIS DO TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA COM GASTRECTOMIA VERTICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE AZEVEDO (HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS), LIGIA MARIA MARTINS V.GUIMARAES (HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS), PAULINO ALBERTO ALONSO (HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS), RAPHAEL CAMERINI MACIEL (HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS), ANA FLÁVIA SARACENI (HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS), LEONARDO HENRIQUE DOS SANTOS (HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS)

RESUMO: Objetivo: Este estudo tem por objetivo apresentar a experiência em gastrectomia vertical videolaparoscópica no tratamento da obesidade no Hospital Professor Edmundo Vasconcelos. Método: Trata-se de um estudo individuado, descritivo e retrospectivo realizado através da análise e revisão de 79 prontuários de pacientes obesos submetidos à gastrectomia vertical videolaparoscópica durante o período de 01/01/2015 a 29/02/2016. Foram analisados dados de perfil epidemiológico e dados como tempo de internamento, intercorrências cirúrgicas intra-operatórias, complicações pós-operatórias, necessidade de UTI e evolução pós-operatória. Também foi avaliado os resultados dos parâmetros pondero-estaturais após 6 meses da cirurgia. Resultados: Do total de pacientes analisados, 79% eram do gênero feminino, a idade média foi de 42 anos. O índice de massa corporal médio foi de 40,7 kg/m². A principal comorbidade associada foi a hipertensão arterial sistêmica (53,1 %) seguida pela dislipidemia (35,4%). Todas as cirurgias procederam-se sem intercorrências no intra-operatório. O tempo médio de internação foi de 3 dias. Como evolução pós-operatória, 2 pacientes necessitaram de cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI), porém sem prolongar o período de internação. Quanto às complicações pós-operatórias observou-se evolução com fístula e abscesso intracavitário em 2 casos (2,53%). Com relação aos parâmetros pondero-estaturais pós cirúrgicos, observou-se que a perda de peso média foi de 28 kg e o IMC médio de 29,71 kg/m² após 6 meses de seguimento. Nenhum óbito foi constatado. Conclusão: A gastrectomia vertical é um procedimento cirúrgico seguro, tecnicamente rápido com baixos índices de complicações, e morbidades pós-operatórias. Bons resultados foram observados com relação aos parâmetros pondero-estaturais dos pacientes. Foi notado também um baixo índice de fístulas como complicação pós-operatória. Não foi evidenciado mortalidade no período avaliado. Bibliografia: 1-The Impact of Different Surgical Techniques on Outcomes in Laparoscopic Sleeve Gastrectomies. Elizabeth R. Berger, MD et. al. *Annals of Surgery*. 2016;264(3):464-473. 2- Sleeve Gastrectomy Dominates in Weight-Loss Surgeries in U.S. Reuters Health Information. November 10, 2015 <http://www.medscape.com/viewarticle/854136>. 3- Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, Sjöström CD, Karason K, Wedel H, et al. Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. *JAMA*. 2012 Jan 4. 307(1):56-65.

PALAVRAS-CHAVES: Sleeve gástrico | Gastrectomia vertical videolaparoscópica | Cirurgia bariátrica

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1637

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise das deficiências nutricionais no 1º ano de pós-operatório em cirurgia bariátrica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONALDO SOARES DE MOURA FILHO (HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA), LUIZ GUSTAVO DE OLIVEIRA E SILVA (HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA), EDUARDO FARIA DE SOUZA (HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA), EDUARDO VIANA DE CARVALHO (HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA)

RESUMO: Objetivo: Analisar a ocorrência de déficit nutricional no 1º ano de pós-operatório do paciente submetido à cirurgia bariátrica no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Federal de Ipanema (HFI). Métodos: É um estudo retrospectivo dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no HFI entre maio de 2015 e maio de 2016, que visa analisar o perfil do paciente no pré e pós-operatório identificando as principais repercussões nutricionais em consultas de retorno no 3º, 6º mês e 1º ano. Foram registrados 30 pacientes entre maio e agosto de 2016 sendo usados como parâmetros os valores séricos de hemoglobina (Hb), ferro, ácido fólico, Vitamina B12, Cálcio e Vitamina D. As técnicas cirúrgicas utilizadas foram o bypass gástrico com ou sem anel e a gastrectomia vertical (sleeve), por via laparoscópica (VLP) ou laparotômica (LP). A perda ponderal foi avaliada através da Perda do Excesso de Peso (PEP), sendo considerado excesso todo valor (em Kg) acima do IMC de 25. Resultados: Foram analisados 30 pacientes, 15 após 3 meses, 9 em 6 meses e 11 em 1 ano. Foram realizados 6 sleeves, 5 bypass com anel e 19 bypass sem anel, dos quais 12 VLPs e 18 LPs. Após 3 meses a maior parte (46,7%) tiveram PEP entre 30-40%; em 6 meses 37,5% tiveram PEP entre 40-50%; em 1 ano 36,4% tiveram PEP entre 70-80%. Houve anemia entre 31-36,4% dos pacientes, sendo 1 caso moderado (Hb:7-10mg/dl) e nenhum grave (Hb Conclusão: Após análise inicial, pode se perceber importante PEP após 1 ano da cirurgia. No entanto, houve significativo percentual de déficit nutricional, sem casos graves, no entanto. A deficiência mais comum foi a de vitamina B12, enquanto que o déficit de Vitamina D e Cálcio foram pouco usuais e sem repercussões graves.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia bariátrica | Hospital Federal de Ipanema | Déficit nutricional

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1824

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Gastroplastia em paciente portadora de paraplegia por mielite esquistossomótica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO AUGUSTUS BLASCO E SILVA (HOSPITAL MADRE TERESA), RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE (HOSPITAL MADRE TERESA), LEONARDO MOREIRA DE CARVALHO (HOSPITAL MADRE TERESA)

RESUMO: Introdução: Trata-se de um relato de caso, descrevendo a experiência da equipe ao submeter uma paciente portadora de paraplegia à cirurgia bariátrica. Houve melhora importante da qualidade de vida, inclusive com aumento da sua capacidade motora, demonstrada por testes neurológicos. Relato de caso: Trata-se da paciente T. S. D., 27 anos, diagnosticada com mielite esquistossomótica, apresentando rápida redução da capacidade motora dos membros inferiores. Inicialmente portadora de obesidade grau I associada à HAS, DM2 e dislipidemia, a paciente evoluiu com ganho de peso durante os dois anos seguintes, até que foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia bariátrica, onde foi constatada obesidade grau III (IMC 51,82). Após passar por todo o protocolo pré-operatório habitual, a paciente foi submetida a uma gastroplastia vertical à Sleeve por videolaparoscopia. Atualmente, com dois anos de pós-operatório, a paciente encontra-se com um IMC de 31, relatando melhora considerável na sua qualidade de vida e independência para atividades de vida diária, como tomar banho, trocar de roupas e cuidados domiciliares. Associado ao tratamento neurológico e fisioterápico, com o emagrecimento, a paciente atualmente caminha com auxílio de andador, tarefa que não era possível anteriormente. Além disso, foram suspensos seus anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais. Conclusão: Apesar de pouco usual, a gastroplastia em pacientes portadores de déficit motor pode estar muito bem indicada e ser responsável por grande impacto positivo na vida do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Gastroplastia | Bariátrica | Paraplegia

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1827

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABUSO DE ÁLCOOL APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDMUNDO VIEIRA PRADO NETO (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA), MARCELO DIB BECHARA (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA), PAULO CESAR GRIPPA (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA)

RESUMO: OBJETIVO: O consumo excessivo de álcool é prevalente após a cirurgia bariátrica. Objetiva-se investigar a associação entre o abuso de álcool e desfechos negativos após a cirurgia. MÉTODOS: Revisão sistemática com busca em Pubmed e Embase. Estratégia de busca: ?bariatric surgery AND (alcohol abuse OR alcoholism) AND (complication OR morbidity OR mortality OR effect)? resultando em 144 artigos. Após o uso dos critérios de exclusão e inclusão, e seleção pelo título/resumo, 23 textos foram lidos e 7 incluídos. RESULTADOS: Houve associação entre abuso de álcool e Tromboembolismo Venoso (IC 95% OR: 8,7) e Insuficiência Respiratória Aguda (IC 95% OR: 1,8). A incidência de estenose de saída não anatômica, estenose anatômica e bolsa ou dilatação esofágica foi maior (CONCLUSÃO: O abuso de álcool representa grandes riscos para pacientes bariátricos. BIBLIOGRAFIA: Li, L., & Wu, L. T. (2016). Substance use after bariatric surgery: A review. *Journal of psychiatric research*, 76, 16-29. Mitchell, J. E., Steffen, K., Engel, S., King, W. C., Chen, J. Y., Winters, K., ... & Elder, K. (2015). Addictive disorders after Roux-en-Y gastric bypass. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 11(4), 897-905. Cho, M., Kim, H. J., Eoh, K. N., Son, B., Kim, J. E., Chae, G. H., ... & Kim, N. C. (2015). Alcohol Used Disorder Affect Poor Weight Loss and Increase Adverse Effects Following Laparoscopic Gastric Banding. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 11(6), S81. Khan, M. A., Grinberg, R., Johnson, S., Afthinos, J. N., & Gibbs, K. E. (2013). Perioperative risk factors for 30-day mortality after bariatric surgery: is functional status important?. *Surgical endoscopy*, 27(5), 1772-1777. Masoomi, H., Reavis, K. M., Smith, B. R., Kim, H., Stamos, M. J., & Nguyen, N. T. (2013). Risk factors for acute respiratory failure in bariatric surgery: data from the Nationwide Inpatient Sample, 2006?2008. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 9(2), 277-281. King, W. C., Chen, J. Y., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S. G... & Yanovski, S. Z. (2012). Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *Jama*, 307(23), 2516-2525.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Bariátrica | álcool | alcoolismo

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1828

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ASSOCIAÇÃO ENTRE TÉCNICA CIRÚRGICA BARIÁTRICA E O ABUSO DE ÁLCOOL PÓS-OPERATÓRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDMUNDO VIEIRA PRADO NETO (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA), MARCELO DIB BECHARA (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA), PAULO CESAR GRIPPA (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA)

RESUMO: OBJETIVO: O consumo excessivo de álcool é prevalente após a cirurgia bariátrica. Objetiva-se investigar em qual técnica cirúrgica apresenta maior associação com o abuso de álcool após o procedimento. MÉTODOS: Estudo secundário com busca em Pubmed e Embase. Utilizou-se a estratégia de busca ?bariatric surgery AND (alcohol abuse OR alcoholism) AND (complication OR morbidity OR mortality OR effect) resultando em 144 artigos. Após o uso dos critérios de exclusão e inclusão, e seleção pelo título/resumo, 23 textos foram lidos na íntegra e 5 incluídos. RESULTADOS: 3 estudos compararam apenas o Bypass gástrico e a banda gástrica vertical; 2 incluíram, além dessas técnicas, a banda gástrica vertical. O bypass gástrico apresentou maior associação significativa com o abuso de álcool em artigos, mas não houve associação entre técnicas cirúrgicas e o álcool em 1 estudo. CONCLUSÃO: Candidatos à cirurgia bariátrica com histórico de consumo abusivo de álcool devem ser conduzidos com cautela sobre a técnica cirúrgica empregada. É pertinente discutir sobre o consumo de álcool após a intervenção com os pacientes. BIBLIOGRAFIA: Östlund, M. P., Backman, O., Marsk, R., Stockeld, D., Lagergren, J., Rasmussen, F., & Näslund, E. (2013). Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared with restrictive bariatric surgery. *JAMA surgery*, 148(4), 374-377. King, W. C., Chen, J. Y., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S. G... & Yanovski, S. Z. (2012). Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *Jama*, 307(23), 2516-2525. Svensson, P. A., Anveden, Å., Romeo, S., Peltonen, M., Ahlin, S., Burza, M. A., ... & Maglio, C. (2013). Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. *Obesity*, 21(12), 2444-2451. de Araujo Burgos, M. G. P., Cabral, P. C., Maio, R., Oliveira, B. M., Dias, M. S. O., de Figueiredo Melim, D. B., & Correia, M. F. (2015). Prevalence of alcohol abuse before and after bariatric surgery associated with nutritional and lifestyle factors: A study involving a Portuguese population. *Obesity surgery*, 25(9), 1716-1722.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Bariátrica | Álcool | Alcoolismo

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1934

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia de Petersen: Complicação Pós-Operatória da Cirurgia Bariátrica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO (EXOBEX ? TRATAMENTO DA OBESIDADE), LUCAS DUDA SCHMITZ (EXOBEX ? TRATAMENTO DA OBESIDADE), JUAREZ ANTONIO DAL VESCO (EXOBEX ? TRATAMENTO DA OBESIDADE), YURI GOERSCH FERREIRA ANDRADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO), MATHEUS DA SILVA STEDILE (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO)

RESUMO: Introdução: A obesidade é um importante problema de saúde pública alcançando níveis de proporções epidêmicas na sociedade ocidental. A cirurgia bariátrica é, atualmente, a única modalidade que fornece uma perda de peso sustentada para obesos mórbidos, contribuindo na melhora e no controle das comorbidades relacionadas à obesidade. Hérnias internas são complicações tardias que podem ocorrer após um bypass gástrico em Y-de-Roux. Nós descrevemos um caso de hérnia interna tardia após bypass gástrico em Y-de-Roux. Relato de caso: Mulher, 36 anos, submetida bypass gástrico em Y-de-Roux há 5 anos atrás para tratamento de obesidade mórbida. Paciente atendida na unidade de emergência com epigastralgia há 2 dias, acompanhada de náuseas, vômitos e parada da eliminação de gases e fezes. Ao exame: sinais vitais estáveis (PA 120/80 mmHg, FC 80 bpm), apresentando diminuição dos RHA e dor a palpação profunda de abdome superior. A tomografia computadorizada evidenciou distensão importante de intestino delgado com ponto de transição em jejuno proximal. Paciente levada à laparotomia exploradora, onde constatou-se alças de intestino delgado distendidas, várias aderências densas e ponto de perfuração na alça alimentar transmesocólica, com herniação interna da alça alimentar pela brecha mesentérico-mesentérica aberta. Optou-se pela correção de hérnia interna com rotação de segmento intestinal, enterorrafia da alça alimentar perfurada e fechamento da brecha mesentérica do orifício de Petersen. Paciente apresentou boa evolução após procedimento cirúrgico, com dieta oral no primeiro dia de pós-operatório e alta hospitalar no quarto dia. Conclusão: O fechamento da brecha mesentérica na cirurgia bariátrica reduz a incidência de hérnias internas, sem aumento significativo do tempo operatório. O cirurgião deve conhecer e estar atento a esta possível complicação pós-operatória da cirurgia bariátrica, para realizar o diagnóstico precoce e rápida intervenção, diminuindo a morbimortalidade relacionadas a esta complicação.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia bariátrica | Bypass gástrico | Hérnia interna

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1935

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise da qualidade de vida após cirurgia bariátrica através do método BAROS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA TRANCOSO DE ALMEIDA (REDE MATER DEI), MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS (QUIRON CLINICA CIRÚRGICA AVANÇADA), MAÍRA AMORIM SILVEIRA E SANTOS (QUIRON CLINICA CIRÚRGICA AVANÇADA), KAREN AUGUSTO VIEIRA (UNI-BH), AMANDA CRISTINA TORRES MARTINS BICALHO (FASEH), VICTOR HUGO CASTRO DE SÁ (FASEH), LETICIA MANHÃES PIRES (FASEH)

RESUMO: De acordo com dados do DATASUS, em 2012, 50,6% da população adulta brasileira estava acima do peso. Destes, 33,4% apresentaram sobrepeso (IMC \geq 25 e

PALAVRAS-CHAVES: baros|qualidade de vida|obesidade

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1948

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA O SUPER-SUPEROBESO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VANESSA DE SOUZA CABRAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), PATRÍCIA MAIA BARRETO MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), VANESSA MOREIRA SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA), FELYPE ALVES DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA), FELLIPE EDUARDO DE MEDEIROS NUNES (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA), VALESKA MOREIRA SOUSA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS), EVELINE DE ABRANTES SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), MARCELO GONÇALVES SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)

RESUMO: Introdução: A obesidade é uma doença cada vez mais comum, com alta morbimortalidade e vem se apresentando com níveis de índice de Massa Corporal (IMC) bastante elevados. Há dados insuficientes na literatura sobre o melhor manejo para o pacientes com IMC ≥ 60 kg/m² ou super-superobesos, porém um número significativo desses doentes são atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), João Pessoa/Paraíba, sem um protocolo padronizado no serviço para orientação. Objetivo: Implantar o protocolo para o super-superobeso no HULW. Método: Revisão da literatura na base de dados PubMed e Scielo. Resultados: Algumas recomendações gerais que são estipuladas para a cirurgia bariátrica devem ser mantidas para os casos de superobesidade e super-superobesidade. As recomendações específicas para níveis de IMC extremamente elevados ainda não são muito bem definidas na literatura. A equipe deve ser multiprofissional e capacitada para assistir o paciente nos períodos pré e transoperatório e fazer o seguimento do mesmo. A avaliação pré-operatória deve conter uma história médica abrangente, história psicossocial, exame físico e testes laboratoriais apropriados para avaliar o risco cirúrgico. Os procedimentos bariátricos laparoscópicos são preferíveis aos procedimentos abertos devido à menor morbimortalidade pós-operatória precoce. O sleeve laparoscópico é um procedimento seguro e eficaz para tratar super-superobesidade. Conclusões: O HULW é o centro de referência do estado da Paraíba para cirurgia bariátrica e os pacientes super-superobesos necessitam, portanto, de um protocolo atualizado e baseado na literatura, para um seguimento adequado. É fundamental uma avaliação pré-operatória detalhada, acompanhamento multiprofissional, suporte do serviço adequado e preferência por cirurgia laparoscópica, em especial o Sleeve, que se mostrou eficaz na super-superobesidade.

PALAVRAS-CHAVES: super-superobesidade | cirurgia bariátrica | multiprofissional

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1960

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estudo da Evolução da Função Sexual em Homens Operados de Cirurgia Bariátrica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA OLIVEIRA BAGANO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP)), CLAUDIA FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)), PAULO OLIVEIRA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)), ALICE FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP)), HOSANNAH LEITE FILHO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)), ERIVAN BARBOSA LIMA JUNIOR (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)), UBIRAJARA BARROSO JUNIOR (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP))

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar o efeito da cirurgia bariátrica na evolução da função sexual de pacientes obesos operados. METODOLOGIA: Este trabalho é um estudo quantitativo, descritivo e analítico, do tipo corte transversal, quase-experimental, para o qual foram selecionados pacientes do sexo masculino operados de Fobi-Capella por uma equipe de cirurgia bariátrica de Feira de Santana ? BA, entre abril de 2015 e abril de 2016, dos quais foram incluídos 10 pacientes que, necessariamente, tivessem comparecido às consultas de acompanhamento e aceitado responder aos questionários aplicados. Foram excluídos pacientes submetidos a cirurgia pélvica ou radioterapia prévia ou em curso, com histórico de doenças neurológicas ou inatividade sexual nos últimos seis meses. Procedemos com uma análise em dois tempos - no pré e pós-operatórios ? mediante aplicação do validado internacionalmente IIEF (The International Index of Erectile Function). No planejamento estatístico, foi utilizado o programa SPSS versão Windows 21.0. Para as variáveis contínuas, analisamos a normalidade através da estatística descritiva e pelo teste de Shapiro Wilk. Este trabalho é parte de um estudo maior sobre a relação entre obesidade e função sexual em pacientes de cirurgia bariátrica em Feira de Santana ? BA. RESULTADOS: A média do escore total do questionário IIEF melhorou de 57,5 (47,8-60,5) no pré-operatório para 64 (61-70,5) no pós-operatório ($p=0,032$). O aumento dos escores isolados dos domínios, por sua vez, foi de 60% em função erétil, 60% em orgasmo, 90% em desejo sexual, 80% em satisfação no intercurso e 90% em satisfação sexual geral. CONCLUSÃO: A cirurgia bariátrica constitui um tratamento efetivo no sentido de melhorar a qualidade de vida sexual de homens obesos. Verificou-se evolução expressiva da função e do desempenho sexuais dos pacientes seis meses após a operação. Destarte, observa-se que a perda de peso se reflete positivamente não somente nas comorbidades, mas também na função sexual, quer seja pelo ganho da autoestima, pela melhora da autoimagem, pela recuperação do balanço hormonal ou pelo aumento da desenvoltura física. BIBLIOGRAFIA: 1.Fried, M., et al. (2013). "Interdisciplinary European Guidelines on metabolic and bariatric surgery." *Obes Facts*6(5): 449-468. 2.Colquitt, J. L., et al. (2014). "Surgery for weight loss in adults." *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8).

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Bariátrica | Disfunção Sexual | IIEF

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1986

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise da Função Sexual de Mulheres Submetidas à Cirurgia Bariátrica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALICE FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), CLAUDIA FERNANDES DE ALMEIDA OLIVEIRA (UEFS), GABRIELA OLIVEIRA BAGANO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), HOSANNAH LEITE FILHO (UEFS), ERIVAN BARBOSA LIMA JUNIOR (UEFS), PAULO OLIVEIRA (UEFS), REINALDO ATAIDE DE OLIVEIRA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), UBIRAJARA BARROSO JUNIOR (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA)

RESUMO: OBJETIVO: Analisar a melhora da função sexual de mulheres submetidas a cirurgia bariátrica. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e analítico, do tipo corte transversal, quasi-experimental, realizado com uma amostra de conveniência composta por 62 pacientes operadas de Fobi-Capella em um centro de referência de cirurgia bariátrica em Feira de Santana ? BA, entre abril de 2015 e abril de 2016. Foram incluídas pacientes que, necessariamente, tenham obesidade mórbida e tenham comparecido às consultas pré-operatórias, realizado a cirurgia bariátrica no serviço-sede da pesquisa e aceitado responder aos questionários propostos, após assinatura do TCLE, no período de abril 2015 a abril 2016. Os critérios de exclusão foram: a recusa em participar da pesquisa, submissão a cirurgias e/ou radioterapia pélvica prévia ou em curso, histórico de doenças neurológicas, inatividade sexual nos últimos seis meses ou a não adesão ao seguimento por pelo menos 6 meses pós-operatórios. Para os selecionados, aplicou-se o questionário FSFI, validado internacionalmente, em regime ambulatorial antes e 6 meses após a cirurgia. Este trabalho é parte de um estudo maior sobre a relação entre obesidade e função sexual em pacientes de cirurgia bariátrica em Feira de Santana ? BA. RESULTADOS: A média do escore total do FSFI obtida no pré-operatório foi de 22,8, traduzindo o quadro de disfunção sexual. Após seis meses de operação, observou-se uma ascensão do escore a 27,2, que já se configura uma melhora da função sexual (p

PALAVRAS-CHAVES: FSFI | Cirurgia Bariátrica | Disfunção Sexual

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1989

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PREVALÊNCIA DE ANEMIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL ROBERG DA SILVA (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL)), GUSTAVO PAES SILVANO (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL)), THAINA PAOLA WARPECHOWSKI (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL)), ELISA ZANATTA PIVA (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL)), ANA CAROLINA CARVALHO (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL)), MARIA ZÉLIA BALDESSAR (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL)), FABIANA SCHUELTER TREVISOL (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA), DAISSON JOSÉ TREVISOL (CENTRO DE PESQUISAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA E DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA)

RESUMO: Objetivo: Verificar a prevalência de anemia em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e comparar o hematócrito e hemoglobina do pré e pós-operatório no 1º, 3º, 6º e 12º mês após o procedimento. Métodos: Coorte prospectiva composta por pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em hospital terciário do Sul do Brasil entre agosto de 2006 e dezembro de 2010. Os pacientes foram entrevistados para coleta de informações sobre dados sociodemográficos, abandono ao seguimento multiprofissional, índice de massa corporal pré e pós-operatório e hemograma realizado no pré-operatório e nos meses subsequentes. Resultados: A amostra final foi constituída por 106 pacientes, sendo 74 (69,8%) mulheres. A média de idade foi de 40,3±11,6 anos. Quanto a etnia, 93 (87,7%) eram caucasianos. Em relação a escolaridade, 60 (56,6%) pacientes estudaram até o ensino superior. Do total da amostra, 78 (73,6%) indivíduos eram casados. A variação do índice de massa corporal em um ano foi de 13,3 m/kg². A prevalência de anemia foi de 30,2% em seis meses e 54,7% ao final de um ano. A diferença média de hemoglobina e hematócrito no período pré-operatório comparado aos meses subsequentes teve aumento gradativo, sendo esta diferença estatisticamente significativa. A taxa de abandono de seguimento com equipe multiprofissional foi de 43,4%. Conclusão: Na amostra estudada houve predominância de indicação de cirurgia bariátrica em mulheres no início da quinta década de vida. Grande parte dos pacientes estavam casados, eram caucasianos e possuíam ensino superior. A variação média do índice de massa corporal em um ano esteve dentro do esperado. No entanto, a prevalência de anemia foi alta, maior que a relatada na literatura para o período estudado. A alta taxa de abandono ao seguimento com equipe multiprofissional alerta para a necessidade de intervir com medidas de educação quanto a necessidade de acompanhamento após a realização do procedimento cirúrgico, já que as carências nutricionais, quando não corrigidas, podem afetar de maneira importante a saúde destes pacientes. Bibliografia: 1.Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2013;347:f5934. 2.Scabin VM, Eluf-Neto J, Tess BH. Adesão ao seguimento nutricional ambulatorial pós-cirurgia bariátrica e fatores associados. *Rev. Nutr* 2012;25(4):497-506.

PALAVRAS-CHAVES: BARIÁTRICA|OBESIDADE|ANEMIA

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1993

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MANEJO DA TORÇÃO APÓS GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ VICTOR GOMES LOPES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), ANNA LUIZA PORTELA TARGINO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ADRIANO DIAS TRAJANO (CIRURGIÃO GERAL. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP. MEMBRO ADJUNTO DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES), GIULIA PAIVA DE OLIVEIRA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), RENATA MIRANDA MOREIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MARIANA MELO GADELHA SARMENTO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), THAÍS CARVALHO PIRES DE SÁ (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOÃO ANTÔNIO ALVES GONCALVES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Gastrectomia Vertical é indicada como tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, e embora associada a bons resultados pode ter complicações que são pouco frequentes, tais como estenose, refluxo gastroesofágico e mais raramente a torção gástrica. A torção gástrica é caracterizada por uma rotação anômala do estômago sobre os seus eixos. Sua forma aguda é representada por dor abdominal súbita, vômitos e a tríade de Borchardt (distensão epigástrica; incapacidade de passar a sonda gástrica e inúteis esforços para vomitar), sendo considerada uma emergência cirúrgica. Pode ser diagnosticado por TC, no entanto o padrão ouro é o exame fluoroscópico contrastado. RELATO: Paciente JPS, feminina, 30 anos, apresentava obesidade grau II, índice de massa corporal (IMC) de 35,36 com altura de 169 cm e peso de 101 Kg, por cerca de 10 anos. Foi realizado tratamento clínico prévio para obesidade por cinco anos e apresentava comorbidades (dislipidemia, esteatose hepática moderada e hérnia discal entre L4 e L5). Antecedentes de atividade física regular e baixa ingestão de doces. Foi submetida à gastrectomia vertical laparoscópica com grampeamento iniciado a 6 cm do píloro e calibrado com sonda de Fouchet 32, não houve fixação gástrica. Alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório (DPO) aceitando dieta líquida completa sem queixas. Retorna no 21º DPO com queixa de dificuldade de ingestão de dieta pastosa e vômitos esporádicos que persistiram até o 28º DPO. Sendo então submetida a exame contrastado do esôfago, estômago e duodeno onde foi constatada torção gástrica ao nível da transição antro e corpo. Foi submetida à endoscopia digestiva alta que evidenciava passagem difícil para o antro e rotação gástrica, sendo optado por dilatação endoscópica com balão. Após três dilatações sem melhora da sintomatologia, foi indicado gastroplastia com desvio intestinal em Y de Roux, que foi realizada 60 dias após a primeira cirurgia. Paciente recebeu alta com 2 dias aceitando dieta e sem queixas. Permaneceu com perda de peso adequada e sem queixas gástricas 1 ano após a cirurgia. CONCLUSÃO: A torção gástrica após gastrectomia vertical laparoscópica é uma complicação rara que requer manejo adequado. A maioria dos casos pode ser tratada com dilatação endoscópica. O caso apresentado necessitou de tratamento cirúrgico, gastroplastia em Y de Roux, após tentativas de dilatação.

PALAVRAS-CHAVES: Torção gástrica | Gastrectomia | Complicações

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2020

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELAÇÃO DO GLP-1 NO DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE DUMPING TARDIO PÓS DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIVAL FERREIRA DE CASTRO JÚNIOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), WALMIRTON BEZERRA D`ALESSANDRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), LORENA PASSOS SOARES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), KENNY ROGERS MARCONDES PINTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), DIEGO NEVES OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), CAIO TULIO VALE FRAZÃO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), LUIS CARLOS MARTINS BADU (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), GENTIL AUGUSTO FRAZÃO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Objetivo: Analisar a relação do hormônio glucagon-like peptide-1 (GLP-1) e o desenvolvimento de sintomas tardios da síndrome de dumping. Métodos: Realizou-se uma revisão sistemática nas plataformas de pesquisas científicas online: PubMed e Scielo com seguintes descritores: GLP-1, Late Dumping Syndrome, diabetes e Somatostatin Analogue. Inicialmente foram encontrados 18 artigos? ao restringir a busca para os últimos 5 anos e leitura para aplicar critérios de exclusão, como incompatibilidade com o tema, restaram 10. Resultados: Uma das complicações da Derivação Gástrica em Y de Roux (DGYR) é a Síndrome de Dumping Tardio, provocando hipoglicemia pós-prandial tardia (PPHG). A participação do GLP-1 tem sido sugerida por vários estudos no desenvolvimento deste efeito tardio. Salehi et al.(2013) demonstram que há resposta positiva de controle da hipoglicemia com uso de bloqueadores do receptor do GLP-1 pós DGYR, o que corrobora para sua atuação na fisiopatologia. Já De Heide et al.(2014) referiram que análogos de somatostatina e inibidores de GLP-1 oferecem controle da PPHG pós DGYR, enquanto, Wang et al.(2013) denotaram uso da acarbose para tratamento de Dumping tardio que ao inibir a alfa-glicosidase, reduziria a hiperglicemia pós-prandial, liberação de insulina e GLP-1. Craig et al.(2016), por sua vez, mostrou em seu trabalho com antagonista do receptor GLP-1, em 8 pacientes, elevação do nadir pós-prandial em mais de 70%, evitando a hipoglicemia pós-bariátrica. Jorgensen et al.(2013) observou num estudo prospectivo com 9 pacientes diagnosticados com diabetes mellitus tipo 2 que após DGYR a ação do GLP-1 se elevou muito, bem como o bloqueio do receptor do GLP-1 afetou a tolerância à glicose. Conclusão: Os estudos são sugestivos para a factível relação dos efeitos do GLP-1 pós DGYR como um dos mediadores que fomenta o estado de hipoglicemia reativa, inclusive em pacientes diabéticos. O controle glicêmico pode ser normalizado com uso de bloqueadores do receptor de GLP-1 (GLP-1R), bem como pelo aumento do feedback deste hormônio em resposta a hiperglicemia. Portanto, é indicativo que seja um colaborador fundamental para eliminação intensa de insulina, gerando a PPHG tardio em pacientes DGYR. Há evidências de possível efeito do antagonismo do GLP-1R na secreção de insulina pós DGYR, sendo este fato importante por apontar para uma estratégia terapêutica futura para o tratamento da síndrome.

PALAVRAS-CHAVES: GLP-1 | Hipoglicemia | Dumping Tardio

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2059

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CIRURGIA BARIÁTRICA: REVISÃO DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS PRÉ-OPERATÓRIOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CONJETO LUIZ DA SILVA NETO (UNIEVANGÉLICA), WALMIRTON BEZERRA D'ALESSANDRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), DANIVAL FERREIRA DE CASTRO JÚNIOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), LORENA PASSOS SOARES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), ANA PAULA DE SANTANA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), MARCELO HENRIQUE MENEZES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE TOCANTINS), GENTIL AUGUSTO FRAZÃO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LUCIANO LEAL NEVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG)

RESUMO: Objetivo: A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. É hoje considerada problema de saúde pública em muitos países, e tem muitos riscos associados como problemas cardiovasculares, diabetes tipo II, hipertensão arterial, entre outros. Sua etiologia é multifatorial e, assim, muitas são as abordagens terapêuticas, sendo a cirurgia bariátrica uma das possibilidades em casos específicos. Para que o paciente seja considerado apto para se submeter à cirurgia bariátrica é exigido que ele seja avaliado por equipe multiprofissional. Com isso busca-se trabalhar aspectos de prevenção de problemas futuros, e atenção para aqueles aspectos psicossociais que poderão influenciar no sucesso da cirurgia. Neste contexto, o atual estudo teve como objetivo identificar através de revisão bibliográfica os principais aspectos psicopatológicos dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Metodologia: Realizou-se o levantamento bibliográfico da atual literatura identificando os principais aspectos psicopatológicos no pré-operatório da cirurgia bariátrica. Os artigos foram publicados nos períodos entre 2012 a 2016 utilizando a base de dados eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) , Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. Resultados: A associação entre transtornos psicológicos e obesidade em grau avançado tem sido frequente nos últimos anos, dentre os quais podem ser citados: depressão, ansiedade e compulsão alimentar. Estudos mostram quem tais distúrbios podem influenciar de forma negativa na perda de peso no pós-operatório. Bem como, pode-se concluir com o resultado de alguns estudos que muitos distúrbios psiquiátricos permanecem mesmo após a perda de peso. Considerações finais: Apesar de numa forma geral, os estudos mostrarem uma tendência de melhora na qualidade de vida no pós-operatório, alguns transtornos psiquiátricos podem permanecer e afetar os resultados esperados com a cirurgia. Diferentes metodologias, instrumentos e definições são utilizados, não permitindo uma conclusão sobre a verdadeira frequência do fenômeno em geral. Bem como, a maioria dos estudos conduzidos nessa área são bastante restritos com relação ao número de participantes na pesquisa, dificultando a generalização dos resultados.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia bariátrica | Aspectos psicossociais | Pré-operatório

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2107

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELAÇÃO ENTRE A DERIVAÇÃO BILIOPANCREÁTICA COM DUODENAL DE SWITCH E EFEITOS CARDIOMETABÓLICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIVAL FERREIRA DE CASTRO JÚNIOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), RODRIGO COSTA CARVALHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), LORENA PASSOS SOARES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), GUSTAVO PIMENTEL FLORENTINO FERREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), JOSÉ LUCAS PONTIERI MELAZO (UNIEVANGÉLICA), CONJETO LUIZ DA SILVA NETO (UNIEVANGÉLICA), ANA PAULA DE SANTANA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), MARCELO HENRIQUE MENEZES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS)

RESUMO: Objetivo: Analisar os efeitos cardiometabólicos (CMs) em pacientes submetidos a Derivação Biliopancreática com Duodenal de Switch (DBPDS). Métodos: Realizou-se um levantamento bibliográfico dos últimos 5 anos, avaliando índices glicêmicos, pressóricos e dislipidêmicos pós DBPDS. Utilizou-se as bases de dados eletrônicas, LILACS e PubMed, cruzando os seguintes descritores: Biliopancreatic shunt with duodenal Switch, Cardiometabolic effects. Resultados: A obesidade mórbida está associada a distúrbios CMs como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melitus tipo II (DM II) e dislipidemia. A DBPDS é uma cirurgia bariátrica que promove discreta restrição e intensa disabsorção, SABISTON.,2014. Em um acompanhamento por 2 anos, pós DBPDS VAGE.,2013, obteve remissão de 94% para DM II, 54% para HAS e 86% para LDL. MARCEAU et al.,2015, em um elegante estudo retrospectivo de 20 anos com 2.615 pacientes submetidos a DBPDS, com seguimento pós-operatório de 8 anos, mostrou significativa melhora no DM II, HAS e dislipidemia, exceto o HDL-c que permaneceu estável, havendo suspensão dos antidislipidêmicos em 80% dos pacientes. Trabalhando com roedores diabéticos pós Sleeve Vertical KUMAR.,2016 mostrou benefícios plurimetabólicos mediados pelo aumento do Glucagon-like peptide-1 (GLP-1). Num seguimento de 5 anos, pós DBPDS, RISSTAD.,2015, comparou efeitos CMs entre o By-pass Gástrico em Y Roux (BGRY) e a DBPDS em 60 pacientes. Esta última mostrou maior redução no IMC e melhores resultados nas frações lipídicas. Apenas o HDL foi superior com o BGRY. Houve diminuição importante da glicemia, semelhante aos resultados de MINGRONE et al.,2015, além de redução na síndrome metabólica pós DBPDS de 79,3% para 3,6% (p=0,28). BOLCKMANS et al.,2016, avaliaram 113 pacientes submetidos a DBPDS por 10 anos registrando remissão do DM II/HAS e dislipidemia de 80% e 92% respectivamente. Como no estudo de MARCEU et al.,2015, o HDL-c exibiu menor variação. Para AMINIAN et al., 2015, a melhora do HDL-c está mais relacionada a perda de peso do que a técnica utilizada. Conclusão: O presente estudo mostrou significativa melhora no perfil cardiometabólico pós DBPDS, isoladamente ou em comparação com BGRY, possivelmente relacionado ao aumento de GLP-1. O HDL-c mostrou-se estável independente da técnica. Admite-se então que a DBPDS seja uma alternativa para atenuar ou barrar a progressão da síndrome metabólica.

PALAVRAS-CHAVES: Derivação Biliopancreática | Sleeve Vertical | Efeitos cardioprotetores

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2245

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PROPOSTA CIRÚRGICA PARA TRATAMENTO DE DESNUTRIÇÃO SEVERA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA THERESA SOARES DE OLIVEIRA ROSA (FACERES), MAYARA BOTELHO CARLETTO (FACERES), BRUNA MARIA AREDE PACHECO (FACERES), FRANCINE JULIENE DE MATTIAS SIVIERI (FACERES), THIAGO SIVIERI (FAMERP), JOÃO VICTOR POLEGATO BERNICHI (FACERES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O crescente número de cirurgias bariátricas realizadas no mundo intensificou a preocupação sobre os seus efeitos a longo prazo, principalmente em relação às alterações nutricionais. Isto porque a base para redução e manutenção de peso é a restrição da ingesta alimentar e má absorção de nutrientes, que podem proporcionar deficiências nutricionais de micro ou macronutrientes favorecendo o quadro de anemia, perda de massa óssea, desnutrição proteica, entre outros. O uso de polivitamínicos é fundamental no pós-operatório de qualquer técnica de cirurgia bariátrica. Porém quando existe perda excessiva de macronutrientes nem sempre se consegue reposição adequada e em alguns casos pode ser necessária a revisão da cirurgia. Alguns quadros de desnutrição só podem ser corrigidos com cirurgia. Neste relato será descrita uma técnica revisional: gastroenteroanastomose entre o estômago excluído e a alça alimentar associada à estenose cirúrgica da alça distal. RELATO DE CASO: ACGO, Mulher, 42 anos. Foi submetida à cirurgia bariátrica by-pass em Y-Roux (BGRY) em 2008 e até setembro de 2015 apresentava episódios diarreicos de leve a moderado. Não fazia uso de polivitamínicos. A partir de novembro de 2015 os episódios intensificaram-se e houve piora progressiva do quadro, quando a paciente com 60 Kg iniciou terapia polivitamínica - mantida durante um ano - se mostrando ineficaz, com queda significativa dos valores de colesterol total e albumina. Durante o seguimento de 12 meses: peso 43 Kg, altura 1,58, IMC 17,22, descorada (++/4), edema (+++/4), apresentava ainda diarreia intensa, perda ponderal significativa (16 Kg), e aspecto kwashiorkor, sugestivo de um quadro de síndrome disabsortiva. Diferentemente da técnica usual, foi sugerido pelo cirurgião uma técnica de reversão parcial da BGRY, que consiste em uma gastroenteroanastomose entre o estômago excluído e a alça alimentar associada à estenose cirúrgica da alça eferente, pensando em manter o componente restritivo (pouch) intacto. Após a cirurgia a paciente evoluiu bem com a normalização dos exames e resolução da diarreia e desnutrição. CONCLUSÃO: A terapia cirúrgica revisional do tipo gastroenteroanastomose entre o estômago excluído e a alça alimentar associada à estenose cirúrgica da alça distal - anastomose como alternativa para amenizar ou solucionar déficits nutricionais instalados após BGRY gerou bons resultados visto a mudança no perfil dos exames e condição clínica.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia bariátrica | gastroenteroanastomose | síndrome disabsortiva

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2369

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Protocolo de Atendimento Inicial ao Indivíduo com Obesidade Mórbida do Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HC-Unicamp: Relato de experiência

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELAINE CRISTINA CANDIDO (HC UNICAMP), ELINTON ADAMI CHAIM (HC UNICAMP), EVERTON CAZZO (HC UNICAMP), ALESSANDRA REGGIO FREIRE (HC UNICAMP), CAMILA BACAN (HC UNICAMP), LETICIA BALTIERI (HC UNICAMP), ANA MARIA NEDER DE ALMEIDA (HC UNICAMP), RENATA GOBATTO (HC UNICAMP), DÉBORA MODENA (HC UNICAMP), LUCIANA DA SILVEIRA BUENO JAROSLAVSKY (HC UNICAMP)

RESUMO: Introdução: Denomina-se obesidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o acúmulo anormal ou excessivo de reserva energética sob a forma de gordura em um indivíduo, levando a incremento na frequência de doenças por ela ocasionadas ou agravadas. Hoje a saúde brasileira tem se encontrado em crise, fazendo com que se busque alternativas para minimizar o impacto a população, diante disso o Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital de Clínicas da Unicamp introduziu uma proposta integrada de assistência e triagem populacional de indivíduos com obesidade moderada a grave que necessitem assistência multidisciplinar. Métodos: Estudo descritivo observacional, cujo objetivo é descrever o protocolo assistencial do Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do HC-Unicamp, bem como a metodologia pela qual é operacionalizada a inscrição de pacientes e seu acompanhamento pré-operatório e posterior. Resultados: O Ambulatório realiza um trabalho diferenciado onde planeja, organiza e executa anualmente o encontro de prevenção de obesidade em lugares públicos, possibilitando aos clientes a inscrição para a realização da cirurgia bariátrica e/ ou ainda a recuperação de sua qualidade de vida. E neste mesmo dia, os indivíduos atendidos têm acesso à realização da mensuração dos seus parâmetros de saúde e orientações de como proceder para iniciar seu tratamento. Essas inscrições são planilhadas e através da mesma realizamos a convocação destes clientes para iniciação no programa que é realizada diariamente com 25 a 30 clientes no mesmo espaço, onde recebem orientações da equipe multidisciplinar, em formato de reuniões onde os pacientes são mantidos na sala e os profissionais que realizam a trocas. Após a permanência mínima necessária para a mudança de comportamento e a perda de peso que garanta a segurança cirúrgica deste cliente, têm-se a sua cirurgia marcada e seus exames pré operatório realizados, lembrando que é buscado pela equipe a participação dos familiares nesta mudança, portanto antes da cirurgia se é convocado quatro membros onde recebem orientações tanto da cirurgia, quanto do seus cuidados no pós operatório imediato e tardio, assim como a importância na adesão ao tratamento. Conclusão: Com a realização deste trabalho inovador o ambulatório tem se deparado com um redução de mortalidade e comorbidades nos pacientes pós operados de bariátrica quando comparados ao descrito na literatura tendo ainda, a recuperação da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVES: .obesidade|cirurgia bariátrica|atendimento

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2394

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO LABORATORIAL DE PACIENTES COM SÍNDROME METABÓLICA SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA DO TIPO BYPASS EM Y DE ROUX

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL MOREIRA FURTADO DE QUEIROZ (UNL), JOANA THAYNE PINHEIRO DE FIGUEIREDO (UNL), THIAGO GONÇALVES COELHO (UNL), JANIO JUNIOR MENDIZABAL NATTRODT (UNL), MARCIO VALLE CORTEZ (UNL), HUGO MARLON DE CASTRO NEGREIROS (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE - FHAJ), ISABELLE NASCIMENTO COSTA (UEA)

RESUMO: A Síndrome Metabólica (SM) corresponde a um conjunto de doenças cuja base é a resistência insulínica. É necessário que estejam presentes ao menos três dos cinco critérios, obesidade central - circunferência da cintura superior a 88 cm na mulher e 102 cm no homem; hipertensão Arterial - pressão arterial sistólica 130 e/ou pressão arterial diastólica 85 mmHg; glicemia de jejum de 110 mg/dl ou diagnóstico de diabetes; triglicerídeos de 150 mg/dl; HDL colesterol menor 40 mg/dl em homens e menor 50 mg/dl em mulheres. Objetivo: Esse estudo teve o objetivo analisar as alterações dos parâmetros laboratoriais da Síndrome Metabólica dos pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica do tipo Bypass com Y de Roux. Método: Tratou-se de um estudo retrospectivo e prospectivo, com acompanhamento de pacientes portadores de síndrome metabólica da Fundação Hospital Adriano Jorge e consultório particular, Manaus/AM, que se submeteram à cirurgia bariátrica no período de março de 2015 a maio de 2016, a fim de se avaliar e comparar parâmetros laboratoriais do pré-cirúrgico e após seis meses da cirurgia. Resultado: Foram avaliados 27 pacientes, sendo possível observar que em seis meses 44% retornaram ao peso normal, 30% normalizaram glicemia; 22% controlaram a pressão arterial, 55% normalizaram colesterol e 33% regularam o triglicerídeos. Houve a regressão dos parâmetros laboratoriais que condiziam com a SM, mesmo que, após seis meses, alguns pacientes ainda não estivessem com os exames dentro dos parâmetros normais, confirmando a eficácia da técnica cirúrgica no combate à SM. Conclusão: Conclui-se que se bem indicada à cirurgia bariátrica do tipo Bypass em Y de Roux os resultados obtidos são satisfatórios levando os parâmetros laboratoriais à normalidade e assim melhorando a qualidade de vida do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Metabólica | Resistência Insulínica | Pós ? Operatório

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2398

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO LABORATORIAL DE PACIENTES DIABETES MELLITUS TIPO 2 SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA EM Y DE ROUX POR LAPAROSCOPIA NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS-CIRÚRGICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOANA THAYNE PINHEIRO DE FIGUEIREDO (UNL), GABRIEL MOREIRA FURTADO DE QUEIROZ (UNL), THIAGO GONÇALVES COELHO (UNL), JANIO JUNIOR MENDIZABAL NATTRODT (UNL), MARCIO VALLE CORTEZ (UNL), HUGO MARLON DE CASTRO NEGREIROS (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE FHAJ), ISABELLE NASCIMENTO COSTA (UEA)

RESUMO: O sobrepeso e a obesidade estão fortemente associados com o desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). O DM2 é causado pela combinação entre resistência à ação da insulina, deficiência relativa da secreção insulínica e aumento da produção hepática de glicose. O diabetes mellitus tipo 2 não controlado juntamente com a obesidade, a partir do grau 2, é indicativo de cirurgia bariátrica. Objetivos: Este estudo teve como objetivo estudar a evolução dos pacientes Diabetes Mellitus tipo 2 submetidos à cirurgia bariátrica em Y de Roux por laparoscopia. Metodologia: Este trabalho caracterizou-se por apresentar caráter retrospectivo e prospectivo observacional com acompanhamento de pacientes diabéticos que se submeteram à cirurgia bariátrica da Fundação Hospital Adriano Jorge e consultório particular, Manaus/AM, comparando parâmetros laboratoriais no pré e pós-cirúrgico como glicemia em jejum (valor normal Resultados: Foram avaliados 20 pacientes, todos reduziram gradativamente o grau de obesidade com a perda de peso, no pré-operatório apresentaram mais frequente obesidade grau 3 e 4, durante um ano no pós-cirúrgico da bariátrica, 87% estavam com o peso normal. Pode-se observar que os pacientes possuíam a glicemia em jejum no pré-operatório de 189,5-106mg/dl e hemoglobina glicosada de 10-7,4%, sendo normalizado com seis meses de cirurgia bariátrica, 98-85mg/dl e 6-6,3%, esse retorno aos valores normais foi mantido no decorrer do ano. Assim, com seis meses de pós-operatório, os pacientes não necessitavam mais de tratamento farmacológico para a DM2. Conclusão: Este trabalho confirma que a cirurgia bariátrica foi um procedimento eficaz para promover perda ponderal e sua manutenção assim como a melhora de parâmetros glicêmicos.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Metabolica | Diabetes Mellitus | Obesidade

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2662

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Revisão sistemática: controle glicêmico em pacientes com diabetes Mellitus tipo 2 pós cirurgia bariátrica mista.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIVÂNIA LEITE SANTOS (FAMENE), ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA (FAMENE), ANA CLARA OLIVEIRA DA SILVA (FAMENE), CAMILA DE ANDRADE MONTENEGRO FERNANDES (FAMENE), FRANCISCA ISABELA SAMPAIO MIRANDA (FAMENE), IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA (FAMENE), MARCELO GONÇALVES SOUSA (FAMENE)

RESUMO: OBJETIVO: A cirurgia bariátrica através de técnica desabsortiva e restritiva em pacientes com diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), visa melhora dos níveis glicêmicos por influenciar de maneira positiva a produção dos hormônios que atuam diretamente nas células β do pâncreas, aumentando os níveis de insulina e por provável diminuição da resistência periférica através da derivação intestinal. Dessa forma, por a DM2 ser uma doença de alta prevalência, esse trabalho objetiva analisar a eficácia da cirurgia bariátrica no controle da sua progressão, que é responsável por diversas consequências sistêmicas graves. METODOLOGIA: Revisão bibliográfica sistemática dos últimos cinco anos das bases de dados Google acadêmico, Pubmed e Scielo, através dos descritores ? cirurgia bariátrica? ?controle glicêmico? ?diabetes Mellitus tipo2?. RESULTADOS: A análise de 11 artigos, mostrou resultados significativos positivos quanto a resposta metabólica dos paciente pós derivação gástrica em Y de Roux (DGYR). Estudo feito com 17 pacientes apenas 11,8% continuaram com necessidade de medicamento e apresentaram perda de peso relevante em um mês, quando ocorreu redução significativa da glicemia de jejum, do índice HOMA-IR, HbA1c e percentual de neuropatia. Com resultado semelhante, em estudo com 70 pacientes, a remissão completa foi encontrada em 35 (50%), parcial em sete (10%) e não houve remissão em 28 (40%). Em trabalho feito com 31 pacientes obesos submetidos a DGYR e gastrectomia vertical, acompanhou-se o hemoglicoteste e observou-se que os pacientes diabéticos reduziram significativamente a glicemia após a operação independentemente do uso de insulina exógena ou drogas hipoglicemiantes orais. Pesquisa feita com 63 pacientes, uma média de 84% desses tiveram remissão do DM2. Em análise feita com 59 pacientes, Houve remissão do DM2 e da dislipidemia em 81% e 94% dos casos, respectivamente. Outros estudos apontam resposta dependente do IMC em que cirurgia metabólica vem apresentando adequado controle do diabetes em obesos grau I; todavia, o grupo não obeso ainda aguarda avaliação em longo prazo, considerando o risco de recidiva associado ao reganho de peso. Três estudos mostraram que o reganho de peso está associado à recidiva do diabetes, enquanto o terceiro não confirma este fato, na comparação entre o grupo com e sem reganho; CONCLUSÃO: A DGYR mostrou ser procedimento eficaz em longo prazo, com resultados persistentes na perda de peso, remissão do DM2 e da dislipidemia.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia bariátrica | controle glicêmico | diabetes Mellitus tipo2

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2676

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Obesidade como fator desencadeante da colecistite calculosa

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA GRAZIELLA BRILHANTE ANDRADE (FAMENE), GABRIELA NETO RODRIGUES (FAMENE), ISADORA BENEVIDES SILVA GONDIM NASCIMENTO (FAMENE), BRUNA BATISTA MESQUITA DE CARVALHO (FAMENE)

RESUMO: Introdução: A colelitíase constitui uma das alterações mais frequentes na árvore biliar e é um dos principais fatores desencadeantes da colecistite, inflamação da vesícula biliar. A inflamação ocorre quando a saída da vesícula ou o lúmen biliar é obstruído por cálculos de colesterol, os quais são formados devido a saturação da bile. Dessa forma o colesterol antes disperso, passa a precipitar-se na forma de cristais dentro da vesícula onde a bile é armazenada e concentrada. Essa doença biliar é comum nos obesos mórbidos, população que desenvolve de 25% a 45% de casos e tem a obesidade como maior fator de risco. Objetivo: O trabalho tem como objetivo relacionar casos de colecistite com quadros de obesidade, explanando seus tratamentos e complicações. Metodologia: Foi realizada uma pesquisa baseada na forma como o distúrbio alimentar da obesidade pode tornar-se um fator desencadeante para a doença colecistite calculosa, assim como também foi brevemente abordado o tratamento e algumas complicações da colecistite calculosa. Esse estudo consistiu na busca de informações em artigos científicos cujas referências são qualificadas e reconhecidas pela comunidade médica. Resultados: O índice de massa corpórea (IMC), quando elevado, indica o excesso de vários componentes da bile, os quais podem precipitar e cristalizar, originando cálculos biliares. A colecistite tem como tratamento a colecistectomia videolaparoscópica, a qual apresenta pós-operatório curto e menos doloroso. Alguns médicos retardam a intervenção cirúrgica, enquanto outros a realizam imediatamente, devido a novos estudos que apontam benefícios para tal conduta. Em obesos que realizam redução gástrica, também há probabilidade de desenvolvimento de cálculos biliares, devido ao rápido emagrecimento. Pesquisas mostram a redução dos mesmos através do uso de ácido ursodeoxicólico, durante seis meses após a cirurgia, ou até pela colecistectomia profilática. Conclusão: Concluiu-se que a obesidade contribui para o desenvolvimento da patologia, uma vez que o colesterol, principal integrante dos cálculos biliares, está presente em abundância. Além disso, esclareceu o tratamento adequado, baseado na sintomatologia e análise clínica.

PALAVRAS-CHAVES: Obesidade | Colecistite Calculosa | Colecistectomia

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2677

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Obesidade como fator desencadeante da colecistite calculosa

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA GRAZIELLA BRILHANTE ANDRADE (FAMENE), GABRIELA NETO RODRIGUES (FAMENE), ISADORA BENEVIDES SILVA GONDIM NASCIMENTO (FAMENE), BRUNA BATISTA MESQUITA DE CARVALHO (FAMENE)

RESUMO: Introdução: A colelitíase constitui uma das alterações mais frequentes na árvore biliar e é um dos principais fatores desencadeantes da colecistite, inflamação da vesícula biliar. A inflamação ocorre quando a saída da vesícula ou o lúmen biliar é obstruído por cálculos de colesterol, os quais são formados devido a saturação da bile. Dessa forma o colesterol antes disperso, passa a precipitar-se na forma de cristais dentro da vesícula onde a bile é armazenada e concentrada. Essa doença biliar é comum nos obesos mórbidos, população que desenvolve de 25% a 45% de casos e tem a obesidade como maior fator de risco. Objetivo: O trabalho tem como objetivo relacionar casos de colecistite com quadros de obesidade, explanando seus tratamentos e complicações. Metodologia: Foi realizada uma pesquisa baseada na forma como o distúrbio alimentar da obesidade pode tornar-se um fator desencadeante para a doença colecistite calculosa, assim como também foi brevemente abordado o tratamento e algumas complicações da colecistite calculosa. Esse estudo consistiu na busca de informações em artigos científicos cujas referências são qualificadas e reconhecidas pela comunidade médica. Resultados: O índice de massa corpórea (IMC), quando elevado, indica o excesso de vários componentes da bile, os quais podem precipitar e cristalizar, originando cálculos biliares. A colecistite tem como tratamento a colecistectomia videolaparoscópica, a qual apresenta pós-operatório curto e menos doloroso. Alguns médicos retardam a intervenção cirúrgica, enquanto outros a realizam imediatamente, devido a novos estudos que apontam benefícios para tal conduta. Em obesos que realizam redução gástrica, também há probabilidade de desenvolvimento de cálculos biliares, devido ao rápido emagrecimento. Pesquisas mostram a redução dos mesmos através do uso de ácido ursodeoxicólico, durante seis meses após a cirurgia, ou até pela colecistectomia profilática. Conclusão: Concluiu-se que a obesidade contribui para o desenvolvimento da patologia, uma vez que o colesterol, principal integrante dos cálculos biliares, está presente em abundância. Além disso, esclareceu o tratamento adequado, baseado na sintomatologia e análise clínica.

PALAVRAS-CHAVES: Obesidade | Colecistite Calculosa | Colecistectomia

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2701

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANASTOMOSE ÊNTERO-ÊNTERO TÉRMINO-LATERAL MANUAL NO BYPASS GÁSTRICO: ANÁLISE DE 450 CASOS.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO RÉGIS PAULO NETO DE ALMEIDA (HOSPITAL SAMARITANO), RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO (HOSPITAL SAMARITANO), AUGUSTO DE ALMEIDA JÚNIOR (HOSPITAL SAMARITANO), MARIA EDUARDA SERAFIM CRISPIM (HOSPITAL SAMARITANO), GUSTAVO LEITE URQUISA (HOSPITAL SAMARITANO), GUSTAVO GOMES MARQUES (HOSPITAL SAMARITANO)

RESUMO: INTRODUÇÃO O bypass gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas. Inicialmente é realizado um "pouch" gástrico, reduzindo o volume do estômago, associado a um bypass, promovendo o aumento da liberação de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome, além da redução absorptiva intestinal. A somatória entre menor ingestão de alimentos, diminuição absorptiva e o aumento da saciedade é o que leva ao emagrecimento. No procedimento são realizadas duas anastomoses: gastro-êntero e êntero-êntero. OBJETIVO Consiste em demonstrar as vantagens de realização da técnica término-lateral de forma manual na anastomose êntero-êntero com fio de sutura Caprofyl 3-0 sobre a técnica látero-lateral com grampeamento na anastomose êntero-êntero. MÉTODO Trata-se de um estudo de abordagem qualiquantitativa no qual são apresentadas informações referentes aos 450 pacientes submetidos ao Bypass Gástrico com anastomose êntero-êntero término-lateral manual. A coleta de dados foi realizada em Janeiro de 2017, uma busca ativa em prontuários hospitalares, o estudo engloba todos os procedimentos realizados de Janeiro de 2015 a Janeiro de 2017. Todos os pacientes foram operados pela equipe do Centro de Tratamento Multidisciplinar da Obesidade (CTMO) no Complexo Hospitalar Samaritano na cidade de João Pessoa, Paraíba. RESULTADOS Nestes casos perceberam-se a ausência de formação de hérnia interna, de êntero-hemorragias e intussuscepção, representando um percentual de 0% nos 450 casos analisados. CONCLUSÃO Sendo assim, a título de análise inicial, percebeu-se uma vantagem relevante desta técnica sobre a técnica mais utilizada atualmente (látero-lateral com grampeamento na anastomose êntero-êntero), visto que a literatura mostra uma incidência de hérnia interna nessa técnica de 3% - 4,5% e de êntero- hemorragia 1,9% - 4,4%. BIBLIOGRAFIA ACQUAFRESCA, Pablo A. et al . Complicações cirúrgicas precoces após bypass gástrico: revisão da literatura. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 28, n. 1, p. 74-80, 2015 . BANKA, Gaurav et al. Laparoscopic vs open gastric bypass surgery: differences in patient demographics, safety, and outcomes. Archives of Surgery, v. 147, n. 6, p. 550-556, 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Bypass Gástrico | Laparoscopia | Obesidade

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2708

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA PÓS GASTROPLASTIA Y-ROUX TARDIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), LEONARDO EMILIO DA SILVA (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), FELIPE ARAÚJO LACERDA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), LUDMILLA DA SILVA BATISTA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), ALEX BESSA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), PHELPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), GUILHERME SERONNI (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS)

RESUMO: V.E.S., 30 anos, 26 de janeiro de 2016. AP: Gastroplastia com by-pass intestinal em Y-Roux em 2014, com perda de 40 Kg. Realizado implante de próteses mamárias de silicone há 07 dias, com uso de AINES e analgésicos em altas doses. Evoluiu com dor abdominal forte e súbita na madrugada do 6 PO, sendo encaminhada a pronto socorro e realizado hipótese de colecistite aguda pelo plantonista. Internada e solicitado avaliação cirúrgica. Durante a avaliação no dia posterior apresenta quadro de dor abdominal de forte intensidade na região hipocôndrio direito, mas dor pélvica associada. PCR elevado, mas leucograma sem alterações. Solicitado USG e TC abdominal. Vesícula biliar distendida mas sem presença de cálculos com parede pouco espessada. TC evidência líquido pélvico, mas SEM pneumoperitônio. Devido quadro de dor, discutido e optado com paciente e familiares de realizar laparoscopia no mesmo dia. Achado cirúrgico de líquido de aspecto esverdeado bíleo-pancreático e suco gástrico na cavidade. Bloqueio omental sobre região duodenal. Após aspiração de todo conteúdo e irrigação copiosa da cavidade com 16 litros de SF0,9% pré aquecido, encontrado úlcera duodenal pós pilórica, com bordos inflamados mas vivificados, sendo realizado rafia em pontos separados com Vicryl 3,0, em um único plano devido friabilidade da região, posicionado dreno tubular. Mantida em dieta parenteral por 07 dias, devido hipoalbuminemia, albumina pré operatória 1,8. E liberado dieta oral no 2 PO, pois apresentava by-pass em Y-Roux. Permaneceu internada até 8 PO com antibioticoterapia, sendo liberada com dieta oral e dreno. Este último retirado no 10 PO ambulatorialmente. Evolução pós operatória sem intercorrências, histopatológico de biópsia sem lesões malignas, e mantida com doses altas de IBP por 6 meses. Sem evidência de H. pylori. Até momento, 1 ano de seguimento, sem intercorrências.

PALAVRAS-CHAVES: ABDOME AGUDO EM CIRURGIA BARIÁTRICA|ABDOME AGUDO PERFURATIVO|ÚLCERA DUODENAL POS BY PASS INTESTINAL

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2722

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Depressão e ansiedade em obesos mórbidos: é importante avaliar?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA MARIA NEDER DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), LUCIANA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), ELAINE CRISTINA CANDIDO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), LUCIANA DA SILVEIRA BUENO JAROSLAVSKY (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), DÉBORA MODENA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), LETICIA BALTIERI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), RENATA GOBATTO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), CAMILA BACAN (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MARTINHO ANTONIO GESTIC (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MURILLO PIMENTEL UTRINI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), EVERTON CAZZO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), FELIPE DAVID MENDONCA CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), ELINTON ADAMI CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: A obesidade tem elevada prevalência na população, é de difícil controle e elevado índice de morbidades. O ambulatório de obesidade mórbida do HC-UNICAMP, o qual realiza tratamento de pacientes com obesidade grau I, II e III, tem uma equipe multidisciplinar, de médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, imprescindíveis no preparo pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica (CB), com o objetivo de orientar a perda de peso semanalmente, a educação alimentar e seus aspectos de forma saudável. A ansiedade e a depressão são doenças importantes de serem identificadas no pré-operatório, e do mesmo modo, tratados de forma adequada, pois podem interferir nos resultados do tratamento. Objetivos: Os objetivos deste trabalho são de avaliar os níveis de depressão e ansiedade nos obesos mórbidos que participam do Programa de Cirurgia Bariátrica, para caracterizar o seu estado emocional. Métodos: Foram aplicados os questionários BDI (Beck Depression Inventory) e BAI (Beck Anxiety Inventory) a um total de 80 obesos mórbidos (64 femininos e 16 masculinos), cujas respostas permitem obter scores, os quais foram empregados para quantificar a intensidade destas doenças, relacionando-os com idade, sexo, I.M.C. e tempo de permanência no Programa. Resultados: Os scores de depressão quantificados como mínimo/leve, moderado e grave foram respectivamente: 66,2%, 20,8% e 13% e os de ansiedade foram respectivamente: 56,8%, 16,8% e 12,7%, sendo a maioria dos graves no sexo feminino, sem relação com o I.M.C. e tempo de permanência no Programa. Conclusões: A ansiedade e a depressão são doenças que devem ser bem avaliadas no pré-operatório de obesos mórbidos, pela equipe da psicologia e tratados de forma adequada. Espera-se que as informações descritas neste estudo possam contribuir com novos questionamentos e motivar novas investigações, ampliando os conhecimentos e a compreensão dos aspectos psicológicos desta doença, sobretudo, do ponto de vista médico e nutricional.

PALAVRAS-CHAVES: Obesidade | Depressão | Ansiedade

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2725

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cirurgia Revisional: Conversão de Gastroplastia redutora By Pass jejuno-Ileal com Anel em Gastrectomia Vertical

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA (INSTITUTO VIGOR), THIAGO PATTA DA SILVA (INSTITUTO VIGOR), ALBER PESSOA FIGUEIREDO (INSTITUTO VIGOR), JAYME DANIEL SILVA MORHEB (INSTITUTO VIGOR)

RESUMO: Introdução A obesidade é uma doença crônica, multifatorial reconhecida como um problema de saúde pública. Está associada com o aumento da incidência de uma variedade de afecções e uma menor expectativa de vida. Os tratamentos clínicos não têm mostrado resultados efetivos a longo prazo e a cirurgia bariátrica é reconhecida como a melhor opção de tratamento, já que é mais eficaz tanto na redução como na manutenção da perda de peso e na remissão e controle de diversas doenças associadas. Dado o elevado número de técnicas cirúrgicas de obesidade que se realizam em todo o mundo, tornou-se relativamente comum os pacientes terem de ser submetidos a uma segunda operação, chamada de cirurgia revisional. A técnica By Pass jejuno-Ileal (BPJI) consiste numa cirurgia disabsortiva, que promove o desvio intestinal do jejuno até o íleo com a colocação de um anel restritivo. Restando apenas cerca de 1 metro de alça comum, porém bem disabsortivo. Muitos pacientes não se adaptam a técnica ou não apresentam a perda de peso necessária então é possível revisá-la por videolaparoscopia e, caso haja necessidade, pode-se utilizar uma nova técnica, como a gastrectomia vertical, uma vez que ela já provou ser efetiva em perda de peso associada à baixa morbimortalidade e bons resultados pós-operatórios. Relato de Caso G.G, sexo feminino, 40 anos, 1,68m de altura, peso de 84,6Kg, submetida a técnica BPJI há 9 anos, com perda ponderal de 16Kg e após 2 anos teve ganho ponderal de peso chegando a 86,9Kg e índice de massa corpórea de 30 kg/m². Vêm evoluindo com ritmo intestinal irregular (oscilando diarreia e constipação), intolerância a carne vermelha, dor epigástrica e sintomas depressivos. Faz uso diário de pantoprazol, citalopran e amitriptilina. Dos exames pré operatórios, a endoscopia digestiva alta mostrou pangastrite leve com teste de urease positiva e ultrassom de abdome demonstrando colelitíase e esteatose hepática. A paciente foi acompanhada por equipe multidisciplinar sendo reabilitada para o procedimento. A cirurgia de Revisional foi feita juntamente com a colecistectomia, por videolaparoscopia, e não houve intercorrências e no 4º dia do pós cirúrgico a mesma recebeu alta. Conclusão Para um número restrito de pacientes que não apresentou perda de peso satisfatória após tratamento imposto, a cirurgia revisional tem efeito permanente sobre a obesidade, mas os riscos associados são maiores exigindo um cirurgião bariátrico experiente.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Revisional | By Pass Jejuno-Ileal | Gastrectomia Vertical

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2955

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SENSIBILIDADE DA ULTRASSONOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DE ESTEATOSE HEPÁTICA EM OBESOS MÓRBIDOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO PICOLLI MORSCH (PUCRS), ALEXANDRE VONTOBEL PADOIN (PUCRS), CLAUDIO CORA MOTTIN (PUCRS), ALINE GRIMALDI LERIAS (PUCRS), LETICIA BISCAINO ALVES (PUCRS), RAFAEL JACQUES RAMOS (PUCRS), DANIELE DOS SANTOS ROSSI (PUCRS), RODRIGO PETERSEN SAADI (PUCRS)

RESUMO: Objetivo: Avaliar a sensibilidade da ultrassonografia de rotina na avaliação do grau de esteatose hepática. Método: Foram avaliados todos os laudos de ultrassonografia abdominal realizados rotineiramente na avaliação pré-operatória de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. Todos os pacientes foram submetidos a biópsia hepática com uso de agulha fina no início do procedimento cirúrgico. Nenhum tipo de dieta especial foi utilizado no preparo destes pacientes. Resultados: Foram avaliados 1479 pacientes, sendo 1142 (77,2%) mulheres, idade de $38,1 \pm 10,4$ anos, IMC 46 ± 7 Kg/m², cintura 130 ± 15 cm. Entre as comorbidades destacamos DM2 354 (23,9%), HAS 807 (54,6%) e dislipidemia 742 (50,2%). Os laudos da ultrassonografia indicaram presença de esteatose hepática em 69% dos casos. Foi utilizada a classificação descrita por Burt para avaliar as biópsias hepáticas. Todos os pacientes avaliados apresentaram algum grau de esteatose hepática na avaliação histológica, sendo 25,7% grau leve, 30,6% moderado e 43,7% severa. Quanto a sensibilidade na ultrassonografia observamos um aumento da sensibilidade diretamente proporcional ao grau de esteatose sendo de 50% na esteatose leve, 67% na moderada e 80% na severa, $p,0,001$. Conclusões: A sensibilidade da ultrassonografia de rotina tem relação direta ao grau de doença. Bibliografias: 1: Ali Khan R, Kapur P, Jain A, Farah F, Bhandari U. Effect of orlistat on periostin, adiponectin, inflammatory markers and ultrasound grades of fatty liver in obese NAFLD patients. *Ther Clin Risk Manag.* 2017 Feb 20;13:139-149. doi: 10.2147/TCRM.S124621. 2: Popescu M, Popescu IA, Stanciu M, Cazacu SM, Ianoși NG, Comănescu MV, Singer CE, Neagoe CD. Non-alcoholic fatty liver disease - clinical and histopathological aspects. *Rom J Morphol Embryol.* 2016;57(4):1295-1302. 3: Barros F, Setúbal S, Martinho JM, Ferraz L, Gaudêncio A. CORRELATION OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND FEATURES OF METABOLIC SYNDROME IN MORBIDLY OBESE PATIENTS IN THE PREOPERATIVE ASSESSMENT FOR BARIATRIC SURGERY. *Arq Bras Cir Dig.* 2016 Nov-Dec;29(4):260-263. doi: 10.1590/0102-6720201600040011.

PALAVRAS-CHAVES: ULTRASSONOGRAFIA|OBESIDADE MORBIDA|ESTATOSE

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 3005

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TERAPIA DE ASPIRAÇÃO: UMA NOVA ABORDAGEM CIRÚRGICA PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCOS VINÍCIUS MENDES DE OLIVEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), CARLOS ROMERO FRANCO DE ALMEIDA LEMOS (HOSPITAL VILA DA SERRA; HOSPITAL BELO HORIZONTE; SOCOR), CARLOS FREDERICO DUAYER PICARDI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), FELIPE XAVIER CLÓ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), LEONARDO MOURÃO LACERDA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), MARLON HEBERT DE AQUINO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), MATHEUS TAVARES TÔRRES MIRANDA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), RICCARDO CASAROTTI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Com elevada prevalência, a obesidade é hoje um dos grandes problemas de saúde pública no mundo. Indivíduos obesos possuem risco aumentado de desenvolver patologias cardiovasculares, cerebrovasculares e endócrino-metabólicas. A cirurgia bariátrica é hoje o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da obesidade, porém conta com um número significativo de adversidades. OBJETIVO: Descrever e disseminar informações a respeito da nova técnica desenvolvida no campo da cirurgia bariátrica e metabólica - AspireAssist®/Terapia Aspirativa. MATERIAIS E MÉTODOS: Busca por periódicos indexados nas bases de dados Lilacs, Medline, PubMed e SciELO. Foram selecionados 17 artigos, sendo 9 utilizados para elaboração do resumo. RESULTADOS/DISCUSSÃO: Apesar de ser amplamente utilizada e apresentar bons resultados, as cirurgias bariátricas convencionais demandam uma intervenção invasiva, irreversível, passível de importantes complicações intraoperatórias e pós-operatórias e elevados custos. A terapia endoscópica por aspiração para a obesidade (AspireAssist®) surge então como um procedimento rápido, não-invasivo e reversível. Realiza-se uma gastrostomia endoscópica percutânea, com a colocação de um tubo de politetrafluoroetileno expandido (A-Tube) no quadrante superior esquerdo do abdome disposto ao fundo do estômago do paciente. À pele do indivíduo acopla-se uma válvula que permite a conexão de um dispositivo especializado para aspirar parte do conteúdo gástrico 20 minutos após a alimentação. De acordo com o estudo piloto de Sullivan et al. e outros ensaios, o aparelho elimina cerca de 30% do conteúdo de uma refeição que varie de 450 a 800 kcal e, a longo prazo, demonstra resultados satisfatórios, com perda de cerca de 50% do excesso de peso em um ano, quando associada a mudanças no estilo de vida. CONCLUSÃO: Aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos e já disponível no mercado, a terapia por aspiração para obesidade é uma nova opção acessível, porém carece de estudos de maior seguimento, amostragem, populações distintas e com comorbidades associadas.

PALAVRAS-CHAVES: Obesidade | Cirurgia bariátrica | Terapia Aspirativa

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 3015

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hipoacusia unilateral no pós-operatório imediato de cirurgia redutora

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE ALVES PIMMEL (UNISUL - UNIDADE TUBARÃO/SC), DANIELA GHIZONI DACOREGIO (UNISUL - UNIDADE TUBARÃO/SC), RICARDO REIS DO NASCIMENTO (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), JÉSSICA THAYNARA DUARTE BARROS (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), FLÁVIA COAN ANTUNES (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), FRANCISCO HENRIQUE CAVALLI MARCONATO (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), FLAVIA SALVAN (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), THAINA PAOLA WARPECHOWSKI (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), EDUARDO GUAREZI CALEGARI (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO)

RESUMO: Introdução: O tratamento mais efetivo diante da obesidade mórbida é a cirurgia redutora e a técnica operatória, considerada padrão-ouro, é o bypass gástrico em Y-de-Roux. Mesmo com segurança bem documentada, esta técnica possui complicações do ato operatório. Porém, o relato a ser apresentado demonstra um caso incomum no pós-operatório de cirurgias bariátricas: hipoacusia. A hipoacusia por definição é a perda parcial ou total da audição podendo ser passageira ou definitiva. Na literatura, existem estudos que correlacionam deficiências da tuba auditiva com a perda aguda de peso pós-cirurgias bariátricas, porém há uma escassez de estudos que correlacionam sintomas auditivos com o pós-operatório imediato nas cirurgias redutoras. Relato do Caso: Paciente feminina, 27 anos, apresentou no pós-operatório imediato de uma cirurgia bariátrica de bypass gástrico em Y-de-Roux quadro de hipoacusia em ouvido direito associado à sensação de pressão em ouvido ipsilateral e vertigem. Nega quaisquer outros sintomas e comorbidades. Descartado causas neurológicas através de exames de imagem a paciente foi encaminhada para o serviço de otorrinolaringologia. Realizou audiometria que demonstrou hipoacusia por distúrbio neurossensorial moderado à direita. Prescrito tratamento com corticoide e pentoxifilina durante 10 dias demonstrando melhora do quadro. Solicitada nova audiometria, porém a paciente não retornou em consulta de acompanhamento. Conclusão: A hipoacusia unilateral é um evento inesperado no pós-operatório imediato de cirurgias bariátricas. Há escassez de relatos semelhantes ao exposto. O que se evidencia na literatura é que pacientes obesos com sintomas auditivos prévios tendem a melhorar após cirurgias redutoras e também há relatos de casos de pacientes obesos que tinham normalidade auditiva pré-operatória e que apresentam complicações auditivas no pós-operatório tardio devido à perda aguda de peso e, por conseguinte, perda de gordura peritubária. Não é possível afirmar que a hipoacusia no pós-operatório imediato seja decorrente de uma complicação do ato operatório ou das novas condições fisiológicas/metabólicas criadas com o procedimento.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia bariátrica | hipoacusia | complicação pós-operatória

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 3086

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CONVERSÃO DE BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL EM MINIGASTRIC BYPASS COMO CIRURGIA REVISIONAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), LARA SILVA PAIXÃO (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), MAXLEY MARTINS ALVES (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), PHELPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), LUDMILLA DA SILVA BATISTA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), ISABELA SUAVINHA JAYME (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), GABRIEL ALVES CARRIÃO (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS)

RESUMO: Objetivo - avaliar pacientes submetidos previamente a banda gástrica ajustável e que não obtiveram sucesso terapêutico e então foram submetidos à conversão para "minigastric bypass" (MGB). Método - os critérios de inclusão foram pacientes submetidos ao implante de banda gástrica ajustável que não obtiveram sucesso na perda ponderal; e/ou melhora ou remissão do T2DM tipo 2 e/ou melhora ou remissão na hipertensão arterial e/ou apresentaram DRGE de novo e/ou recidivam e/ou tiveram piora clínica DRGE e/ou apresentaram migração da banda. Em todos os portadores de DRGE foi realizada a crurorafia sistemática junto com o MGB. Foram excluídos pacientes que estavam em uso de bebida alcoólica e/ou tabagistas; usuários de drogas ilícitas; pacientes que não aceitaram se submeter ao acompanhamento nutricional e psicológico pré-operatório por um período mínimo de 6 meses. Os pacientes foram acompanhados até 10 anos de pós-operatório com avaliação de IMC; %EWL; HbA1c; Glicemia de jejum e níveis pressóricos de pressão arterial. Foram considerados como completa remissão do T2DM aqueles com HbA1c Resultados - 38 doentes foram submetidos à conversão entre Janeiro/2001 a Janeiro/2017 sendo 34/90% do sexo feminino. Todos os pacientes foram incluídos por falha na perda ponderal. Destes doentes 83% (5/6) não melhoraram T2DM e 17% (1/6) recidivaram T2DM após reganho de peso. 100% dos doentes reoperados apresentavam algum grau de DRGE na reoperação. Destes, 12/32% apresentavam DRGE de novo; 100% estavam em uso de IBP; 21/55% apresentaram hérnia hiatal. Dos 38 que foram operados por insucesso na perda ponderal apenas 3 doentes não atingiram a perda ponderal completa. Quanto ao T2DM dos 6 doentes incluídos todos curaram a doença. A DRGE foi curada em 100% dos pacientes. Na análise da HAS apenas 5 não curaram a HAS. A mortalidade foi zero. Conclusão - a conversão de banda gástrica ajustável em MGB em pacientes que não obtiveram sucesso no tratamento da obesidade; T2DM; DRGE e HAS é um método factível, eficaz e seguro.

PALAVRAS-CHAVES: BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL|MINIGASTRIC BYPASS|CIRURGIA REVISIONAL

CIRURGIA PEDIÁTRICA

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 322

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: YOLK SAC TUMOR : RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA (FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SAÚDE DE SINOP ? HOSPITAL SANTO ANTONIO), AIRTON ROSSINI (FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SAÚDE DE SINOP ? HOSPITAL SANTO ANTONIO), NEIVA PEREIRA PAIM (FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SAÚDE DE SINOP ? HOSPITAL SANTO ANTONIO)

RESUMO: OBJETIVO: Também conhecido como tumor do saco vitelínico, ou do seio endodérmico, é raro na prática clínica, porém é o mais comum tumor maligno testicular na infância, cerca de 70 % do total. O objetivo é de apresentar um caso de yolk sac tumor, em criança de 6 meses de idade. RELATO DE CASO: Família de menino de 6 meses de idade, oriundo de Alta Floresta ? MT, apresenta aumento insidioso de testículo direito, iniciado há cerca de 60 dias. Em sua cidade de origem, realizou ultrassonografia que mostrou uma importante massa de testículo direito, com aumento da vascularização local, sem calcificações, o que sugeria tratar-se de um tumor. Ao exame físico, o mesmo apresentava massa volumosa, pétreo e indolor em hemiescroto direito, sem outros sinais ou sintomas associados. Solicitado alfafetoproteína (AFP) com nível acima de 188 mil ng/ml, que condizia com tumor testicular, em especial de origem germinativa, conforme relatado na literatura mundial. O paciente foi submetido a orquiectomia radical com abordagem inguinal, e ótima evolução pós operatória. Anatomopatológico confirmou tumor de seio endodérmico, com 6,5 cm no seu maior diâmetro, com infiltração de albugínea, mas cordão espermático, epidídimo, e rede testis sem sinais de infiltração. Criança retorna após sete dias, sem queixas e com ótima evolução. Após a cirurgia, a família optou realizar seguimento em centro de referência em oncologia infantil, na cidade de Barretos - SP. Durante o follow up naquele serviço, o menor apresentou um nódulo pulmonar isolado, que foi monitorado por 2 meses. No seu retorno e controle radiológico, o nódulo dobrou de tamanho e com aumento concomitante de alfafetoproteína, foi iniciado tratamento quimioterápico, com melhora significativa dos níveis de alfafetoproteína e da lesão radiológica. CONCLUSÃO: De fato, com o diagnóstico precoce do yolk sac tumor, a orquiectomia se faz necessária, sendo curativa na grande maioria das vezes, com a quimioterapia reservada a estágios mais avançados da doença. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS Wei, YiWu, et al. Testicular yolk sac tumors in children: a review of 61 patients over 19 years. World J Surg Oncol; 12: 400, 2014. Durand, X; et al. CCAFU Recommendations 2013: Testicular germ cell cancer. Prog Urol; 23 Suppl 2: S145-60, 2013 Nov.

Zhou, X-J; Zhou, R-S; Fan, T; Han, C-H. Experience with the treatment of testicular yolk sac tumor in children: a report of 14 cases. Eur Rev Med Pharmacol Sci; 18(24): 3831-3, 2014

PALAVRAS-CHAVES: yolk sac tumor | testicular | infantil

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 323

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO INFANTIL OCACIONADO POR TORÇÃO DE TERATOMA OVARIANO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/ FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP), JULIANA FERREIRA LOBO DOS SANTOS (HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/ FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP)

RESUMO: OBJETIVO: Conforme a literatura, a torção ovariana no paciente pediátrico é um evento incomum e um diagnóstico desafiador. Os pediatras devem estar cientes dos sintomas e dos achados diagnósticos de torção, para uma abordagem rápida e eficaz, e menos comum ainda, é esta mesma situação, porém com a presença de um teratoma cístico, torcido e manifestando abdome agudo inflamatório, como será relatado abaixo. RELATO DE CASO: Menina de 4 anos dá entrada na emergência do Hospital regional de Sinop, proveniente da Unidade de Pronto Atendimento local, apresenta-se com dor pélvica, sem febre e/ou vômitos há 3 dias. Solicitado exames laboratoriais sem alterações, no entanto, a tomografia, mostra massa complexa, cística em pelve, com calcificação e pequena área de atenuação adiposa, medindo cerca de 42,6 cm³. Criança foi submetida a laparotomia exploradora, com evidência de massa ovariana esquerda, não aderida a planos profundos, porém torcida no eixo de sua trompa correspondente, com necrose de toda a tumoração. Realizada ooforectomia esquerda, sem intercorrências, obtendo alta no 2^o PO, com excelente evolução clínica no pós-operatório. O exame anatomopatológico mostrou tratar-se de um teratoma ovariano cístico maduro, com necrose em toda sua extensão, sendo a cirurgia curativa, após avaliação da oncologia pediátrica. CONCLUSÃO: É fato que se faz necessário, o diagnóstico precoce do abdome agudo na criança, independente de sua idade e causa, mas esta afirmativa é inalterada, quando nos deparamos com uma torção ovariana, onde o tempo é o principal fator prognóstico, no que desrespeito a preservação ou não do anexo acometido; no entanto, nesta situação apresentada, pelo fato da presença de uma grande lesão tumoral germinativa, a preservação ovariana seria praticamente impraticável. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Geimanaite, Lina; Trainavicius, Kestutis. Ovarian torsion in children: management and outcomes. *J Pediatr Surg*; 48(9): 1946-53, 2013. Schmitt, Eric R; et al. Twist and shout! Pediatric ovarian torsion clinical update and case discussion. *Pediatr Emerg Care*; 29(4): 518-23; quiz 524-6, 2013. Poonai, Naveen; Poonai, Caroline; Lim, Rodrick; Lynch, Tim. Pediatric ovarian torsion: case series and review of the literature. *Can J Surg*; 56(2): 103-8, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: torção ovariana | teratoma | infância

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 325

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia de Amyand : um relato de caso cirúrgico pediátrico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES (CENTRO UNIVERSITARIO UNIEVANGELICA), ISABELA BARBOSA MENDONÇA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEVANGÉLICA)

RESUMO: Introdução: A presença do apêndice cecal dentro do saco herniário inguinal se denomina Hérnia de Amyand .O termo se refere a um apêndice inflamado, perfurado ou simplesmente não inflamado dentro de uma hérnia inguinal irreduzível.É considerada uma entidade rara, a incidência reportada na literatura está em torno de 1% de todas as hérnias. Tal hérnia é mais frequente no sexo masculino e o diagnóstico pré-operatório é incomum, sendo realizado de forma prevalente no intra-operatório. Relato do caso: Criança, 2 anos de idade, sexo masculino , previamente hígida, foi levada pela mãe ao serviço de cirurgia pediátrica da Santa Casa de Anápolis para avaliação de uma massa na região inguinal direita notada há cerca de 5 meses ,sem dor e ausência de associação com qualquer outro sintoma, que culminou com indicação de tratamento cirúrgico para correção de hérnia inguinal indireta à direita . O paciente permaneceu plenamente assintomático e foi então admitido no dia 15/02/2016 para realização de uma herniorrafia inguinal direita de caráter eletivo. Foi realizada uma inguinotomia à direita, com abertura da região inguinal por planos, abertura do canal inguinal e dissecação do saco herniário. Foi visualizado o apêndice cecal no interior do saco herniário, prosseguiu-se com a abertura do mesmo e a redução do apêndice herniado para a cavidade abdominal seguido de ligadura alta do saco herniário. O apêndice não apresentava quaisquer sinais de inflamação, portanto não foi realizada a apendicectomia. A criança seguiu o pós operatório com adequada evolução , sem intercorrências e recebeu alta 24 horas após a realização do ato operatório, com as devidas orientações . Na consulta de revisão para retirada de pontos realizada sete dias após a alta hospitalar o paciente se apresentava em ótimo estado.Conclusão: O presente relato se enquadra na categoria I da classificação de Losanoff e Basson. Não se recomenda apendicectomia nos casos com apêndice normal, apenas a redução da víscera e tratamento do saco herniário como realizado no caso descrito.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia |Hérnia de amyand |cirurgia

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 328

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO DE GRANDE HEMANGIOMA DE PARÓTIDA COM USO DE PROPRANOLOL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA (SINOP CLÍNICA), JULIANA FERREIRA LOBO DOS SANTOS (HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SAÚDE DE SINOP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os hemangiomas são os tumores benignos mais comuns na infância. Geralmente, apresentam uma involução espontânea depois de um ano, no entanto uma pequena porcentagem requer tratamento, devido complicações, e entre as opções terapêuticas, o propranolol vem apresentando ótimos resultados. O presente trabalho tem a finalidade de apresentar um relato de caso de grande hemangioma de parótida, e que, após um ano de uso de propranolol, houve regressão quase que total da massa. RELATO DE CASO: Criança, sexo masculino, oriunda de Peixoto de Azevedo ? MT, procura nosso serviço, com 3 meses de vida, hígido, porém apresentando assimetria facial, caracterizado por grande massa em região pré auricular esquerda. Ao exame físico, massa sólida, aderida à planos profundos, com cerca de 10 cm no seu maior diâmetro. Solicitado uma tomografia de face que mostrou grande lesão hemangiomatosa de parótida esquerda com cerca de 40 cm?. Assim, optamos por realizar o tratamento com propranolol, na dose de 2mg/Kg/dia, por um período de 12 meses, alertando os familiares sobre eventuais complicações que a medicação poderia gerar como hipoglicemia e broncoespasmo. Após 6 meses, no retorno a criança apresenta uma diminuição significativa, praticamente a metade do volume inicial. Mantivemos o seguimento por mais 6 meses, e nesta ocasião a lesão, pelo exame físico e controle ultrassonográfico (6,5cm?) praticamente involuiu. Como para outros hemangiomas infantis, o propranolol, através de seu efeito inibidor de angiogênese, provou ser um tratamento eficaz, seguro e bem tolerado. CONCLUSÃO: O propranolol, de fato é uma droga que mostra eficácia na involução destas lesões hemangiomas, desde que tenha sua indicação feita em crianças menores de 2 anos, faixa etária de melhor resposta e que não seja empregada em crianças que apresentem alguma contra indicação do seu uso. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Oksiuta, Marzanna; et al. Treatment of problematic infantile hemangiomas with propranolol: a series of 40 cases and review of the literature. Postepy Hig Med Dosw (Online); 68: 1138-44, 2014. Janmohamed, Sherief R; et al. Scoring the therapeutic effects of oral propranolol for infantile hemangioma: A prospective study comparing the Hemangioma Activity Score (HAS) with the Hemangioma Severity Scale (HSS). J Am Acad Dermatol; 73(2): 258-63, 2015. Salvo, Fernanda; et al. Propranolol en el tratamiento de los hemangiomas: una alternative terapêutica. Arch Pediatr Urug; 85(2), 2014.

PALAVRAS-CHAVES: HEMANGIOMA | PARÓTIDA | PROPRANOLOL

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 340

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTO DE DUPLICAÇÃO GÁSTRICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP), JULIANA FERREIRA LOBO DOS SANTOS (HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP), DANIEL PARIZE FERNANDES (HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP)

RESUMO: OBJETIVO: As duplicações do trato gastrointestinal são raras anomalias congênitas que podem ocorrer em qualquer lugar, ao longo do trato gastrointestinal. Estas anomalias podem apresentar-se como patologias únicas ou múltiplas. Diagnosticar e tratar estas doenças, podem ser difíceis em alguns pacientes. Neste trabalho apresentamos o relato de uma criança com cisto de duplicação gástrico. RELATO DE CASO: Criança do sexo feminino, com 7 anos de idade. Chega ao serviço com quadro de dor abdominal e vômitos há cerca de 60 dias, interna para investigação, e durante a mesma, realizou ultrassonografia e posterior tomografia de abdome que evidenciou massa cística complexa em hipocondrio direito, com íntima relação a grande curvatura gastrica duodeno e pancreas, com volume estimado de 230 cm³. Foi submetida a laparotomia com evidencia de grande massa cística com conteúdo purulento em seu interior, sendo realizado o desbridamento da mesma e drenagem percutanea. Criança apresentou boa evolução clinica no pos operatorio com alta para ambulatório. Após 40 dias, a criança retorna com os mesmos sintomas de antes, dor abdominal e vomitos, sendo realizado nova TC e recidiva da lesão cística. Novamente a menor foi submetida a laparotomia , agora com toda dissecação da lesão, sem plano de clivagem com a grande curvatura gastrica, realizado hemigastrectomia, com preservação do fundo, pequena curvatura e antro gástrico. Criança apresentou excelente evolução clínica, com anatomopatologico confirmando cisto de duplicação gástrico e alta ambulatorial. CONCLUSÃO: Apesar de sua raridade em nosso meio, o cisto de duplicação gastrico sempre deve ser considerado como hipotese diagnóstica em dores abdominais, ainda mais na observância de lesões císticas em topografia de andar superior do abdome, o qual, deve ser tratado cirurgicamente, de preferencia com sua excisão completa. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Okur, M H; et al. Gastrointestinal tract duplications in children. Eur Rev Med Pharmacol Sci; 18(10): 1507-12, 2014. Lopez-Fernandez, Sergio; et al. Pyloroduodenal duplication cysts: treatment of 11 cases. Eur J Pediatr Surg; 23(4): 312-6, 2013. Takazawa, Shinya; et al. Laparoscopic partial gastrectomy of a huge gastric duplication cyst in an infant. Nagoya J Med Sci; 77(1-2): 291-6, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: DUPLICAÇÃO GÁSTRICA | INFANTIL | CIRURGIA

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 341

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EXTROFIA DE CLOACA: UM COMPLEXO E RARO DEFEITO DE PAREDE ABDOMINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA (FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP / HOSPITAL SANTO ANTONIO), OSVALDO CESAR PINTO MENDES (HOSPITAL SANTA ROSA), ANDRÉ VIEIRA DA CRUZ (FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP / HOSPITAL SANTO ANTONIO)

RESUMO: OBJETIVO: Também conhecida como fissura vésico intestinal, extrofia esplâncnica ou fissura ileovesical, a extrofia cloacal é uma anomalia congênita complexa, rara, com uma incidência de 1: 200.000 a 1: 400.000 nascidos vivos, envolvendo os sistemas genito ? urinários e intestinal, sendo a forma mais grave dos defeitos ventrais de parede abdominal. Neste relato apresentamos esta enfermidade, abordagem adotada e desfecho.RELATO DE CASO: Primigesta, de 29 semanas procura serviço de cirurgia pediátrica, por indicação do obstetra, devido há uma alteração da ultrassonografia mostrando alteração condizente com onfalocele, e uma alteração na parte final da coluna vertebral , sugerindo mielomenigocele ou teratoma. Foi realizado uma ressonância magnética gestacional, que de fato, mantiveram as mesmas hipóteses. Aguardado até em torno das 36 semanas, onde a mãe entrou em trabalho de parto, e submetida a cesariana, e ao nascimento, observou, uma criança do sexo feminino com onfalocele associada à uma placa vesical totalmente aberta,?bipartida? pela linha média corporal, uma protrusão intestinal (íleo), ânus imperfurado e diástase púbica, o que mostrava ser um caso raro de extrofia de cloaca. Diante de uma patologia , com tamanha complexidade, encaminhamos o caso para referência de uropediatria, onde foi submetida à confecção de bexiga ileal, colostomia e fechamento da parede(onfalocele). Pelo fato de ter sido encaminhada após 5 dias de vida, a aproximação da sínfise púbica ficou prejudicada. A menor oscilava com períodos de melhora e piora clínica, mantendo-se em regime de UTI por todo o tempo. Com aproximadamente 70 dias a menor desenvolveu um quadro séptico grave, vindo a óbito.CONCLUSÃO: Um aconselhamento familiar rigoroso,com estudo de imagem minucioso, durante o pré natal se faz necessário, quando se há, a hipótese diagnóstica de extrofia de cloaca, referenciando estas gestantes para centros de referência em urologia pediátrica, com uma abordagem adequada e imediatista, melhorando o fator prognóstico destes pacientes.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:Macedo Jr,A., et al. Cloacal Exstrophy: a complex disease. Int. braz j urol. 39 (6), 2013. Allam ES, Shetty VS, Farmakis SG. Fetal and neonatal presentation of OEIS complex. J Pediatr Surg. 50(12):2155-8, 2015. Pakdaman R, Woodward PJ, Kennedy A. Complex abdominal wall defects: appearances at prenatal imaging. Radiographics. 35(2):636-49, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: extrofia | cloaca | cirurgia

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 342

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOMA VIRILIZANTE DE SUPRARENAL EM MENINA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/ FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP), EVANDRO GARCIA (HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/ FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP)

RESUMO: OBJETIVO: Os tumores do córtex de supra renal são mais raros em crianças e adolescentes do que em adultos, e o objetivo deste trabalho, é o de apresentar o relato de um caso, de uma menina com tumor benigno virilizante de córtex supra renal, evoluindo de forma satisfatória no pós operatório. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, com 3 anos de idade, oriunda da cidade de Lucas do Rio Verde ? MT, vem ao serviço com historia de pilificação e hipertrofia clitoriana há cerca de 3 meses, realizando em sua cidade de origem exames laboratoriais, com alteração hormonal significativa (testosterona e androstenediona) e tomografia de abdome mostrando nódulo em supra renal esquerda, bem delimitado, com contornos regulares, e medindo 15mmX19mm. Programado uma laparotomia exploradora, com identificação de nódulo de aproximadamente 1,6 cm em topografia de adrenal esquerda, com disseção e exérese sem intercorrências, com alta no segundo pós operatório. O resultado do anatomopatológico mostra características de benignidade compatível com adenoma de supra renal. A criança manteve acompanhamento com a oncologia pediátrica com excelente evolução clínica. CONCLUSÃO: Diante da situação atípica da virilização da genitália ou exacerbações de características sexuais secundárias, se faz necessário o diagnóstico de forma precoce de tumores secretores de supra renal, para melhor abordagem cirúrgica, seguimento pós operatório adequado e resultados satisfatórios. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Flynt, Kelsey A; et al. Pediatric adrenocortical neoplasms: can imaging reliably discriminate adenomas from carcinomas? *Pediatr Radiol*; 45(8): 1160-8, 2015. Wang, Cuiping; et al. Distinguishing adrenal cortical carcinomas and adenomas: a study of clinicopathological features and biomarkers. *Histopathology*; 64(4): 567-76, 2014. Chatterjee, Gaurav; et al. Myxoid adrenal cortical adenoma in an infant: An unusual morphology. *J Cancer Res Ther*; 11(4): 1040, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: adenoma|supra renal|criança

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 344

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EXTROFIA CLOACAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA DE OLIVEIRA FIGUEIRÓ (ULBRA), PATRÍCIA MACHADO VICENZI (ULBRA), KAUANA LINDEMANN WALLAUER (ULBRA), EDSON DE PIERI (ULBRA), RAFAEL MIRANDA LIMA (HOSPITAL JOANA DE GUSMÃO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os distúrbios de diferenciação sexual (DDS) englobam heterogêneas manifestações fenotípicas com diferentes causas, em que defeitos genéticos semelhantes podem resultar em apresentações clínicas completamente diferentes, enquanto manifestações clínicas semelhantes podem ser causadas por mutações genéticas distintas. RELATO DE CASO: T.D.G., 16 anos, criada no sexo feminino, acompanhada em ambulatório de urologia pediátrica desde os 13 anos de idade. Nasceu com extrofia de cloaca, submetida, no período neonatal, à ileostomia terminal, cistoplastia e colectomia total. Queixava-se de seu genital e do uso de fralda. Ao exame físico: sem telarca, abdome com ileostomia terminal, sem ânus, gônadas impalpáveis, 2 pênis, à direita com uretra pérvia até 5cm e à esquerda pérvia 2,5cm; colo vesical aberto. Possuía ultrassom de abdome com rim esquerdo normal e direito atrofiado, sem estruturas müllerianas; cintografia renal DMSA com exclusão à direita; uretrocistografia com refluxo vesico-ureteral grau II bilateral; testosterona basal CONCLUSÃO: A paciente é considerada um DDS 46, XY - extrofia de cloaca (1:400.000 nascidos-vivos). Os DDS são uma urgência, seja biológica ou social, sendo fundamental uma equipe multidisciplinar no acompanhamento, devendo-se liberar para registro somente após elucidação do caso e entendimento familiar. A definição de gênero deve ser realizada após avaliação do genital externo, do genital interno, da função gonadal e adrenal, da genética e da avaliação psicossocial do paciente e dos familiares. O momento em que deve ser feita a operação é motivo de discussão na literatura atualmente, alguns defendendo que seja mais precoce possível e outros mais tardiamente, com críticas e benefícios em ambas as correntes.

PALAVRAS-CHAVES: EXTROFIA|CLOACAL|DDS

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 362

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MASSA ABDOMINAL CÍSTICA GIGANTE EM RECÉM-NASCIDO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: STEFANIA PINTO MOTA (UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), THIAGO TEIXEIRA DO NASCIMENTO (UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), LORENA DE AMORIM GRANDO (UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), FLORENCE DE CARVALHO KERBER (UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), VANESSA BONICONTRO DO NASCIMENTO (UNEMAT - UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO), REGINALDO PEREIRA DE SOUZA (UNEMAT - UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO)

RESUMO: Introdução: Massas abdominais representam diversas etiologias. Como, hidronefrose, rim policístico, malformação intestinal ou cistos, quanto malignas, de tumores de células germinativas, a maior parte composta por teratomas maduros, de conteúdo cístico ou sólido, seguido de disgerminoma. Em pacientes do sexo feminino, muitos cistos abdominais são cistos ovarianos, reforçando a hipótese diagnóstica principalmente quando localizada no lado inferior e lateral do abdome com sistemas urinário e gastrointestinal íntegros. As anormalidades ovarianas e região genital correspondem a 20% de todas as massas abdominais, e o cisto de ovário, apesar incidência discreta, é a causa mais frequente de massa abdominal cística em feto ou recém-nascida. Relato de Caso: Recém-nascido de 23 dias apresentando massa cística intra-abdominal, evidenciada por USG Morfológico com 38 semanas, com massa cística de paredes finas, anecóico em seu interior, medindo 6,9x7,0x7,6 cm e 190 mL, localizada em hemiabdomen esquerdo, sem outras alterações ecográficas aparente. Ao nascimento com importante distensão abdominal e icterícia fisiológica. No 7º dia pós-natal realizou novo USG confirmando massa cística intra-abdominal. Resultado de Hemograma, Proteína C reativa, alfa-fetoproteína e beta-HCG normais. Aos 23 dias de vida submetido a laparotomia exploradora, encontrado volumoso cisto ovariano esquerdo e menor em ovário direito. Realizado salpingo-ooforectomia à esquerda, com exérese completa do cisto. Alta no 8º dia pós-operatório sem complicações, encaminhada para o ambulatório de especialidades para acompanhamento subsequente. Conclusão: Ainda que cistos ovarianos possuam baixa incidência, sintomatologia discreta ou mesmo ausente, é um dos diagnósticos diferenciais necessários a ser considerado na presença de massa abdominal em recém-nascidos. A natureza maligna dos tumores também apresenta-se reduzida, ao considerar a faixa etária neonatal. No entanto, mesmo que cistos possuam características benignas, há risco de complicações, seja de torção ou mesmo perda do ovário, e em situações extremas choque hemorrágico. Em virtude disso, é fundamental a utilização de meios subsidiários, em especial a ultrassonografia, tanto para o diagnóstico precoce, quanto para acompanhar a resposta ao tratamento de escolha ? conduta expectante, punção aspirativa ou intervenção cirúrgica - considerando caso a caso e fatores de risco existentes.

PALAVRAS-CHAVES: Recém-nascido | Massas abdominais | Cistos ovarianos

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 462

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE MEIGS: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SEBASTIÃO DUARTE XAVIER JUNIOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), KARINA NUNES SANTOS AMORIM (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), MARIA TAINAR BARBOSA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SÉRGIO LUIZ MACHADO NASCIMENTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), BEATRIZ CALAZANS DE ANDRADE (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LETÍCIA GOES SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SIMONE BEATRIZ DOS SANTOS SANTANA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), PROF. DR. JOÃO FERNANDES BRITTO ARAGÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE / UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A síndrome de Meigs é uma doença rara. Foi relatada pela primeira vez em 1866 por Spiegelberg, porém a sua descrição mais completa foi realizada por Meigs em 1937. É caracterizada pela presença de ascite e derrame pleural associado a uma neoplasia benigna do ovário, sendo, do ponto de vista histológico, o fibroma e o tecoma os tumores mais frequentes. Acredita-se que a ascite seja ocasionada por irritação peritoneal motivada pela compressão do tumor ovariano estimulando a produção de líquido peritoneal, ou, devido a secreção de líquido pelo tumor. Considera-se a que o aumento da permeabilidade capilar promovida por um fator vascular endotelial, ou a uma transferência via transdiafragmática de líquido ascítico por vasos linfáticos origine o derrame pleural. A ressecção da tumoração ovárica, tão somente, é suficiente para resolução espontânea da síndrome. RELATO DO CASO: Criança de 9 meses de idade, gênero feminino, procurou assistência médica por apresentar quadro súbito de distensão abdominal progressiva. Exame de ultrassonografia (US) abdominal, realizado no Serviço de Urgência, mostrou ascite volumosa e uma tumoração pélvica. Exame de ressonância magnética (RNM) detectou tumor no ovário esquerdo, medindo 8,4 x 5,4 x 5,9 cm, associado a ascite volumosa e pequeno derrame pleural bilateral. Com o progredir da ascite, a paciente apresentou insuficiência respiratória e foi transferida para unidade de terapia intensiva, onde, por conta do desconforto e alterações gasométricas, foi realizado paracentese de alívio, procedimento que foi repetido mais duas vezes nas 48 horas que antecederam a intervenção cirúrgica. Foi realizado ooforectomia esquerda, biopsia do ovário direito e coleta de líquido ascítico. O anatomopatológico revelou tumor estromal esclerosante de ovário esquerdo, normalidade do direito e negatividade para células neoplásicas do líquido ascítico. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, havendo regressão da ascite e do derrame pleural. A criança recebeu alta sem intercorrências. CONCLUSÃO: A síndrome de Meigs é extremamente rara em indivíduos com menos de 1 ano de idade, sendo este, provavelmente o primeiro relatado de caso da literatura, em criança com 9 meses de idade. A ooforectomia para retirada do tumor ovariano é o tratamento curativo da Síndrome de Meigs. A paciente relatada foi submetida a este tratamento, não apresenta recidiva tumoral até o momento, havendo regressão completa da ascite e do derrame pleural.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Meigs | Criança | Relato

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 504

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM DISPLASIA CORTICAL FOCAL PARA CONTROLE DE CRISES EPILÉPTICAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO GUIMARÃES MIRANDA (UNOESTE), THALITA JUAREZ GOMES (UNOESTE), ANY CAROLINE ALJONAS PIVA (UNOESTE), FLÁVIO MESQUITA SAMPAIO GIOVANNINI (UNOESTE), KARINA GALLI CARDOSO MELLO (UNOESTE)

RESUMO: Objetivo: Descrever um caso de displasia cortical focal submetido a tratamento cirúrgico para controle das crises epiléticas. Método: Relato de caso qualitativo, observacional e descritivo, elaborado por revisão do prontuário de paciente atendido em hospital de alta complexidade de Presidente Prudente e acompanhamento direto do caso, considerando preceitos bioéticos de sigilo profissional com embasamento em 12 trabalhos indexados a partir de 2002. Resultados: Paciente masculino, nascido de parto normal sem intercorrências peri e pós-natais, a termo adequado para idade gestacional. Pré-natal revelou mãe com citomegalovírus não tratado. Aos 2 anos de idade desenvolveu crises convulsivas focais com generalização secundária e evolução para movimentos tônicos em membro superior esquerdo e crises generalizadas sem liberação de esfíncter, com período pós ictal breve pós crise. Ácido valpróico, clobazam, carbamazepina, fenobarbital e oxacarbamazepina, foram sistematicamente administrados sem sucesso terapêutico e manutenção de 5 a 6 crises diárias. Aos 3 anos de idade foi referenciado ao serviço de Neuropediatria para investigação dos episódios epiléticos resistentes a terapia farmacológica. Tomografia de crânio revelou calcificações ovaladas que não sofrem realce pelo meio de contraste na região subependimária nos ventrículos laterais bilateralmente compatíveis com infecção congênita por citomegalovírus. A sorologia para citomegalovírus para o paciente e mãe obteve resultado positivo. Aos 6 anos o exame por ressonância nuclear magnética de encéfalo identificou áreas com alteração de sinal acometendo o parênquima cortical fronto-temporo-parietal bilateralmente com apagamento de alguns sulcos intergiros. A clínica e os achados de imagem sugerem necessidade de procedimento cirúrgico para controle das crises. O paciente evoluiu em bom estado geral em ausência de crises pós-cirúrgicas com ressonância magnética demonstrando controle evolutivo satisfatório. Conclusão: O paciente apresenta crise epilética refratária à tratamento farmacológico denominada Displasia Cortical Focal (DCF). O citomegalovírus congênito é a provável etiologia para a DCF deste caso. A anamnese associada a clínica refratária à tratamento farmacológico, eletroencefalograma e ressonância magnética constituem o diagnóstico. A abordagem cirúrgica com ressecção completa da área acometida é a melhor conduta frente a um caso de epilepsia refratária por DCF.

PALAVRAS-CHAVES: Displasia cortical focal | Epilepsia | Displasia Cortical

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 517

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Refluxo vesicoureteral consequente a ganglioneuroma

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATALIA MAXIMIANO SILVESTRE (UNESC), RODRIGO DEMÉTRIO (UNESC), CHRISTIAN PRADO (UNESC)

RESUMO: Introdução: O refluxo vesicoureteral (RVU) é o fluxo anormal de urina que retorna da bexiga ao trato urinário superior, sendo geralmente congênito ou consequente de uma situação secundária. O RVU facilita a ascensão de bactérias aos rins, predispondo infecção recorrente, causando cicatrizes renais. Relato de Caso: LBS, feminino, 6 anos, branca, pré-escolar, pesando 18,5 Kg, medindo 1,08 cm, previamente hígida. Consulta em ambulatório da CIPE com queixa de infecção do trato urinário (ITU) de repetição há 6 meses, uso profilático há 10 dias de cefalexina 5mg ao dia. Esteve internada em hospital por duas vezes nos últimos dois meses com quadro de hematúria franca, dor lombar e febre. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, afebril, sem massas e vísceras palpáveis em abdome. Solicitou-se uretrocistografia miccional constatando-se RVU a esquerda grau 2. Ao USG do trato urinário, verificou-se massa retroperitoneal esquerda. Realizou-se cirurgia para ressecção tumoral retroperitoneal paravertebral, com adrenalectomia esquerda e linfadenectomia retroperitoneal. Identificou-se no anatomopatológico ganglioneuroma, não sendo necessário quimioterapia. Conclusão: Este caso chama a atenção, pois o diagnóstico de RVU, importante para prevenir lesões pielonefriticas irreversíveis, evidenciou patologia secundária, neste caso o ganglioneuroma. Baseando-se nos dados da literatura, RVU associado a ganglioneuroma é muito raro, deixando em alerta a necessidade da investigação de outras patologias associadas ao refluxo vesicoureteral.

PALAVRAS-CHAVES: Refluxo vesicoureteral | Ganglioneuroma | Cirurgia

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 548

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Síndrome de Rapunzel - rara apresentação de tricobezoar.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO LUCAS BODEVAN (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), ANDRÉ FAINSTEIN (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), KEVIN LIMA TAVARES (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), RICARDO SILVA GUIMARAES (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), MARCELLA PIMENTEL DE ALVARENGA (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS)

RESUMO: Introdução: Bezoares são definidos como o acúmulo de material ingerido na luz do trato digestivo, formado a partir da ingestão de várias substâncias, como fitobezoar (fibras vegetais), tricobezoar (cabelos), medicamentos, unhas e outros. Os tricobezoares (TBZ) podem se apresentar de uma forma rara, se estendendo do estômago ao intestino delgado, caracterizando a Síndrome de Rapunzel (SdR)^{1,2}. Relato de Caso: paciente feminino, 4 anos, natural do Rio de Janeiro. Apresentava tricotilomania desde o falecimento do pai há 3 anos, quando passou a apresentar comportamento errático e agitado, acompanhado por ingestão de cabelo, unhas e outros objetos. Em atendimento ambulatorial, foi relatado dor abdominal progressiva há 4 semanas, que passou a ser constante nos últimos 5 dias, acompanhada de distensão abdominal, constipação, hiporexia e náuseas. A propedêutica foi complementada com a endoscopia digestiva alta (EDA), sendo visualizado volumoso TBZ que se estendia do estômago a segunda porção do duodeno. Foi realizada videolaparoscopia, evidenciando estômago aumentado, sem perfuração, líquido livre, seguida da gastrotomia e retirado TBZ, que se estendia do estômago ao duodeno, medindo 24x9x6cm. A paciente ficou internada por 15 dias em UTIP, recedendo alta hospitalar após 31 dias de internação. Conclusão: Os TBZ são o tipo mais comum de bezoar no período infantil, sendo a SdR uma forma rara de apresentação, mais comum no sexo feminino e geralmente associada a algum transtorno psicológico. Em geral, os sintomas são inespecíficos, sendo mais comum a dor abdominal, náuseas e a presença de massa abdominal. Várias complicações foram descritas, sendo a mais comum a obstrução intestinal². O diagnóstico é suspeitado pelo quadro clínico sugestivo associado à tricofagia e auxiliado por exames de imagem como USG, radiografia de abdome e EDA². Já o tratamento da SdR depende da apresentação, sendo indicada na obstrução intestinal a gastrotomia ou enterotomia, ou a ressecção extensa do intestino associada a gastrotomia e enterotomia quando presente necrose, perfuração ou peritonite. Referências Bibliográficas: Altonbary AY, Bahgat MH. Rapunzel syndrome. Journal of Translational Internal Medicine. 2015 Czerwińska K et al. Trichobezoar, Rapunzel Syndrome, Trichoplaster Bezoar ? A Report of Three Cases. Polish Journal of Radiology. 2015 CAIAZZO P, DI LASCIO P, CROCOLI A, DEL PRETE I. The Rapunzel syndrome. Report of a case. Il Giornale di Chirurgia. 2016

PALAVRAS-CHAVES: Tricobezoar | síndrome de rapunzel | tricotilomania

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 607

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Intussuscepção intestinal pós gastroplastia em "Y de Roux"

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL FAVERSANI DE ARAUJO (UEM HU MARINGA), ADRIELLE DE LIMA MUNHÓZ (UEM HU MARINGA)

RESUMO: No mundo todo, há 2,1 bilhões de pessoas acima do peso. Diante disso, muitos são os tratamentos buscados pelos que se encontram nessa condição e dentre eles está o tratamento cirúrgico, por meio da cirurgia bariátrica. As cirurgias de gastroplastia redutora com gastroenteroanastomose em Y de Roux são as mais utilizadas, pois partem de uma técnica combinada, com a associação de dois mecanismos para a perda ponderal. As alterações anatômicas decorrentes dessa técnica cirúrgica podem trazer complicações precoces ou tardias ao paciente submetido ao tratamento. Dentre elas, podemos destacar a obstrução do intestino delgado, que ocorre em cerca de 1,3 a 5% dos casos, notadamente nos pacientes submetidos à videolaparoscopia. As principais causas são hérnia interna, brida e estenose da anastomose enteroentérica, podendo ocorrer também secundária à hérnia de parede abdominal encarcerada ou mesmo à intussuscepção no local da enteroanastomose, podendo levar à necrose de segmento intestinal e/ou distensão da alça biliopancreática e consequente dilatação retrógrada do estômago excluído, com ruptura da linha de grampos e peritonite, sendo estas a causa de morte em alguns pacientes. Este relato de caso descreve um desses casos de complicação tardia, com intussuscepção, resultando em óbito de uma paciente atendida no Hospital Universitário Regional de Maringá.

PALAVRAS-CHAVES: obesidade | gastroplastia | complicações pós operatórias

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 715

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: abscesso esplênico em criança numa cidade de Santa Catarina

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VANESSA CARVALHO LUCAS (UNIVILLE), DERCÍLIA CORDEIRO DOS SANTOS (UNIVILLE), ANA BEATRIZ BONCHOSKI (UNIVILLE), ALINE DENISE HANAUER (HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE FARIA), ANA LAVRATTI BORGA (UNIVILLE), TAINÁ JURITI FEIJÓ PINTO (UNIVILLE), ARMANDO VIEIRA IORGA (HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE FARIA), JOAQUIM LEITE NETO (HOSPITAL INFANTIL JESER AMARANTE FARIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO:Abscesso esplênico envolve parênquima e/ou espaço subcapsular. Cerca de 800 casos foram descritos até o momento. As causas mais comuns são por disseminação hematogênica e por contiguidade. Diagnóstico é difícil, pois os sintomas são inespecíficos. Realiza-se exame de imagem e antibioticoterapia. Há, também, opção de drenagem e, alguns casos, esplenectomia.RELATO DE CASO:R.V.M, masculino, 4 anos, admitido na emergência com queixa de febre intermitente, dor abdominal e cervical há 8 dias.Referia asma, intolerância à lactose, alergia à amoxicilina e orquidopexia esquerda sem intercorrências há 14 dias.Estava hipocorado, prostado e com dor à palpação da região periumbilical. A ultrassonografia (USG) de abdome mostrou líquido livre na cavidade e linfonodos mesentéricos aumentados.Dois dias depois, a dor se agravou e nova USG de abdome evidenciou distensão em hipocôndros e epigástrico, pequeno derrame pleural bilateral e líquido livre na cavidade. Inicia-se piperacilina-tazobactam.Tomografia computadorizada (TC) do quarto dia de internação revelou hepatoesplenomegalia leve, manteve-se derrame pleural e baço aumentado com irregularidade de contorno no terço superior com duas coleções subcapsulares e outra maior no terço inferior, sugerindo abscesso esplênico.Piorou o quadro geral com taquicardia e queda de saturação. Pipe-tazo foram substituídos por vancomicina e meropenem, feito protocolo de sepsis e foi levado à UTI. Ecocardiograma não mostrou alteração.A Alta da UTI após 3 dias por melhora do estado geral.Nova TC revelou leve redução do tamanho dos abscessos, entretanto optou-se por puncionar com saída de 25ml de secreção purulenta, que mostrou Enterococcus fecalis.USG feita após cinco dias não mostrava coleções e, com isso, o dreno foi retirado.USG, quinze dias depois, não mostrou alterações. A antibioticoterapia foi realizada até completar 28 dias e paciente recebeu alta.DISSCUSSÃO:Abscesso esplênico é frequente em adulto do sexo masculino. As causas mais comuns são por disseminação hematogênica, comum a partir de endocardite bacteriana, e por contiguidade. A literatura mostrou que o tratamento é a esplenectomia ou drenagem, associada à antibioticoterapia.Este relato foi atípico, pois era uma criança com múltiplos abscessos; sendo que geralmente são únicos nesta idade. Além disso, a provável causa foi a orquidopexia. E, apesar da esplenectomia ser uma opção, em criança se tenta preservar esse órgão, então a punção deve ser realizada preferencialmente.

PALAVRAS-CHAVES: Abscesso | Baço | Infecção

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 863

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome do olho do gato e sua associação com imperfuração anal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), WAGNER FERNANDO PERIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), AMANDA THUM WELTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), GABRIELA RANGEL BRANDÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), THIAGO KENJI KUROGI GAMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), ROSANA CARDOSO MANIQUE ROSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA)

RESUMO: Introdução: a síndrome do olho do gato (SOG) é uma doença genética rara decorrente de uma tetrassomia parcial do cromossomo 22. Nosso objetivo foi relatar um caso de SOG apresentando imperfuração anal, salientando a associação entre ambas as condições. Relato do Caso: a paciente é o quarto filho de um casal sem história de casos similares na família. A criança era gemelar não idêntica e nasceu de parto cesáreo, prematura, pesando 2240 gramas, medindo 46 cm e com escores de Apgar de 6/8. Necessitou de oxigenioterapia com ventilação mecânica ao nascimento, época em que se identificou um sopro cardíaco. Devido à imperfuração anal com fístula retovaginal, foi submetida à cirurgia de colostomia. A ecocardiografia mostrou a presença de uma DVPAT (drenagem venosa pulmonar anômala total) não obstrutiva. A criança foi submetida à cirurgia cardíaca com 15 dias de vida. Permaneceu no pós-operatório com esterno aberto. Na sua avaliação observou-se também um coloboma de íris à direita, apêndices e fossetas pré-auriculares bilateralmente, micrognatia e apêndice cutâneo na topologia do ânus. O cariótipo evidenciou uma tetrassomia parcial do cromossomo 22, resultante de um cromossomo marcador supranumerário dicêntrico: inv dup(22)(pter->q11.2::q11.2->pter). A criança evoluiu com quilotórax persistente, necessitando de drenagem e de pleurodese, e foi ao óbito com 2 meses de vida. Conclusão: a imperfuração anal é descrita em até 83% dos pacientes com a SOG. Muitos dos casos acompanham-se da presença de uma fístula retal. Em casos de pacientes com imperfuração anal apresentando anormalidades extracardíacas, em especial coloboma de íris e apêndices/fossetas pré-auriculares, a SOG deveria ser sempre lembrada. Bibliografia: 1. Sharma D, Murki S, Pratap T, Vasikarla M. Cat eye syndrome. BMJ Case Rep. 2014 May 19;2014. 2. Belangero SI, Pacanaro AN, Bellucco FT, Christofolini DM, Kulikowski LD, Guilherme RS, Bortolai A, Dutra AR, Piazzon FB, Cernach MC, Melaragno MI. Wide clinical variability in cat eye syndrome patients: four non-related patients and three patients from the same family. Cytogenet Genome Res. 2012;138(1):5-10. 3. Hofmann AD, Puri P. Association of Hirschsprung's disease and anorectal malformation: a systematic review. Pediatr Surg Int. 2013 Sep;29(9):913-7.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome do olho do gato | Imperfuração anal | Fístula retal

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 869

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Risco de malignização gonadal em pacientes com displasia campomélica e sexo reverso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RAQUEL POTRICH ZEN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), ERYN DALL` AGNOL WILKE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), FABIANA TABEGNA PIRES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), MATHEUS HENRIQUE PASCHOALONI DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), JÔNIO VIEIRA FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA)

RESUMO: Introdução: a displasia campomélica é uma doença genética associada a mutações no gene SOX9, geralmente letal no período neonatal. Nosso objetivo é relatar o caso de um paciente com displasia campomélica, salientando o risco de malignização gonadal em casos de sexo reverso. Relato do Caso: LSJ é a primeira filha de pais não consanguíneos e nasceu a termo por cesariana devido à evidência gestacional de membros curtos e hidronefrose bilateral. Ao nascimento, seu peso era 2.780 kg, o comprimento 41 cm, e os escores de Apgar 5 e 8. Logo após necessitou de entubação orotraqueal e ventilação mecânica. A criança era fenotipicamente feminina, apresentando dolicocefalia, fenda palatina, micrognatia, dedos curtos com clinodactilia dos quintos dedos das mãos, fossetas pré-tibiais e pé torto congênito bilateral. As radiografias mostraram 11 pares de costelas, cifoescoliose, hipoplasia de ossos pélvicos e de fíbulas, luxação de quadris e encurvamento de fêmures e de tíbias. A ecografia pélvica revelou presença de útero; contudo, as gônadas não foram identificadas. O estudo cromossômico mostrou cariótipo 46,XY, constituição cromossômica masculina. Ao diagnóstico de displasia campomélica, indicou-se realizar gonadectomia profilática, devido ao risco aumentado de malignização gonadal. Contudo, a paciente evoluiu com piora do quadro respiratório e foi ao óbito no quarto mês de vida, antes da realização do procedimento. Conclusão: a displasia campomélica caracteriza-se por alterações importantes do desenvolvimento esquelético, em especial encurtamento e arqueamento de ossos longos. Em casos de pacientes com constituição 46,XY e falta de masculinização da genitália (sexo reverso), as gônadas devem ser profilaticamente removidas cirurgicamente devido ao risco aumentado de gonadoblastoma. Bibliografia: 1. Mattos EP, Sanseverino MT, Magalhães JA, Leite JC, Félix TM, Todeschini LA, Cavalcanti DP, Schüler-Faccini L. Clinical and molecular characterization of a Brazilian cohort of campomelic dysplasia patients, and identification of seven new SOX9 mutations. *Genet Mol Biol.* 2015 Mar;38(1):14-20. 2. Jain V, Sen B. Campomelic dysplasia. *J Pediatr Orthop B.* 2014 Sep;23(5):485-8. 3. Unger S, Scherer G, Superti-Furga A. Campomelic Dysplasia. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH, Wallace SE, Amemiya A, Bean LJH, Bird TD, Ledbetter N, Mefford HC, Smith RJH, Stephens K, editors. *GeneReviews*® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2017. 2008 Jul 31 [updated 2013 May 9].

PALAVRAS-CHAVES: Displasia campomélica | Risco de malignização gonadal | Gonadectomia profilática

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 878

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relação entre a mensuração pré-natal do volume tumoral de fetos com teratoma sacrococcígeo e o prognóstico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), CARLA ALMEIDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), ROGER KLAUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), JORGE ALBERTO BIANCHI TELLES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS), ANDRÉ CAMPOS DA CUNHA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS), ROSILENE DA SILVEIRA BETAT (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA)

RESUMO: Introdução: o teratoma sacrococcígeo é considerado o tumor congênito mais comumente observado em recém-nascidos. A evolução de fetos com este tumor é bastante variável: enquanto alguns apresentam curso pré-natal sem complicações, cerca de um quarto dos casos diagnosticados durante o segundo trimestre de gestação vão a óbito antes do nascimento devido a complicações decorrentes do tumor. Nosso objetivo é relatar os achados ultra-sonográficos de um feto com teratoma sacrococcígeo, salientando a importância da mensuração do volume tumoral para a determinação do seu prognóstico. Relato do Caso: gestante de 24 anos em sua segunda gestação vem encaminhada devido a ultrassom fetal, realizado com 22 semanas de gravidez, evidenciando volumosa lesão expansiva localizada na região sacrococcígea, protuindo externamente, medindo 12,6cmX8,8cm, com margens lobuladas e contornos definidos. O ultrassom realizado com 23 semanas de gestação mostrou a presença de polidrâmnio e de lesão expansiva mista (sólida e cística), caudal ao sacro, medindo 16,3cmX12,3cmX10,2cm (volume de 1080cm³), compatível com teratoma sacrococcígeo. O peso fetal estimado era de 746g. A paciente evoluiu com trabalho de parto prematuro, realizando-se parto cesáreo com 24 semanas de gravidez. O recém-nascido foi a óbito logo após o nascimento. Conclusão: alguns autores colocam que o índice calculado entre o volume tumoral e o peso fetal estimado antes das 24 semanas de gestação nos casos de teratoma sacrococcígeo poderia se correlacionar com o prognóstico. Fetos com um índice maior ou igual a 0,12 apresentariam maiores riscos, incluindo o desenvolvimento de hidropsia fetal. Em nosso caso, este índice foi alto, de 1,4, o que se correlacionaria com um prognóstico pobre, tal como observado na evolução da gestação da criança. Bibliografia: 1. Akinkuotu AC, Coleman A, Shue E, Sheikh F, Hirose S, Lim FY, Olutoye OO. Predictors of poor prognosis in prenatally diagnosed sacrococcygeal teratoma: A multiinstitutional review. J Pediatr Surg. 2015 May;50(5):771-4. 2. Coleman A, Kline-Fath B, Keswani S, Lim FY. Prenatal solid tumor volume index: novel prenatal predictor of adverse outcome in sacrococcygeal teratoma. J Surg Res. 2013 Sep;184(1):330-6. 3. Rodriguez MA, Cass DL, Lazar DA, Cassady CI, Moise KJ, Johnson A, Mushin OP, Hassan SF, Belleza-Bascon B, Olutoye OO. Tumor volume to fetal weight ratio as an early prognostic classification for fetal sacrococcygeal teratoma. J Pediatr Surg. 2011 Jun;46(6):1182-5.

PALAVRAS-CHAVES: Teratoma sacrococcígeo | Achados ultra-sonográficos fetais | Mensuração pré-natal do volume tumoral

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 904

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem Cirúrgica da Síndrome Compartimental Abdominal em Neonato com Neuroblastoma 4S

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL LUNARDI ARANHA (FCMS/JF), MATHEUS OLIVEIRA CARLOTA (PUC CAMPINAS), LUÍS AUGUSTO PRAZIM BEZERRA (UESB), HEMELI GEANINE BERTOLDI (FCMS/JF), JULIANA COELHO XAVIER (UNINASSAU), FELIPE AUGUSTO FERREIRA SIQUELLI (FACISB), TATYANE RIBEIRO DE CASTRO PALITOT (UFRN), VILANI KREMER (FACISB)

RESUMO: Introdução: O neuroblastoma é o tumor sólido extracraniano mais comum da infância, origina-se de células da crista neural que formam a medula da glândula adrenal e os gânglios simpáticos. O espectro de sua diferenciação e a validade de sua localização resultam em uma grande diversidade de manifestações e complicações, como a Síndrome Compartimental Abdominal (SCA). Relato de caso: Paciente S.A.M.V., pré-termo, com 4 dias de vida, encaminhada ao HCB infanto-juvenil devido a massa abdominal palpável, com presença de circulação colateral e fígado palpável do rebordo costal direito até fossa ilíaca direita. Realizado ultrassonografia e TC abdominal que evidenciaram tumor sólido, com áreas calcificadas em adrenal direita e fígado com aumento de volume, heterogêneo por infiltração neoplásica. Neonato foi internado em unidade de terapia intensiva, submetido à radioterapia e posteriormente apresentou Síndrome de Lise Tumoral, cursando com hipercalemia, hiperpotassemia, anúria, instabilidade hemodinâmica, ventilação mecânica ineficaz devido à alta pressão abdominal sendo diagnosticado SCA. Encaminhado ao Centro Cirúrgico para realização de peritoneostomia com tela de Gore®. Paciente apresentou melhora hemodinâmica, extubação e redução da lesão com tratamento quimioterápico e radioterápico. Após 30 dias em peritonostomia, foi realizada adrenalectomia direita, biópsia hepática e fechamento da cavidade abdominal. O paciente exibiu melhora progressiva do estado geral, com regressão das lesões hepáticas. Teve alta hospitalar e permanece em acompanhamento ambulatorial, estando fora de terapia oncológica há 22 meses. Conclusão: Os tumores retroperitoneais representam a maioria das neoplasias sólidas extracranianas em crianças. O tratamento padronizado por protocolos recentes cria um cenário com uma relação balanceada entre baixa morbidade e alta possibilidade de cura.

PALAVRAS-CHAVES: Neuroblastoma | Síndrome compartimental abdominal | cirurgia pediátrica

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 917

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Espectro óculo-aurículo-vertebral (síndrome de Goldenhar) e sua associação com anormalidades gastrointestinais

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), LUIZ HENRIQUE SANTANA DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), HENRIQUE OLIVEIRA PIRES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), THOMAS KELM (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), ROSANA CARDOSO MANIQUE ROSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA)

RESUMO: Objetivo: verificar a frequência e os tipos de anormalidades gastrointestinais em uma amostra de pacientes portadores de espectro óculo-aurículo-vertebral (EOAV), dando-se ênfase àquelas com necessidade de abordagem cirúrgica. Método: a amostra foi composta por 34 indivíduos, todos atendidos em um mesmo centro, no período de janeiro de 1975 a dezembro de 2007. 22 deles eram do sexo masculino e 12 do feminino e suas idades variaram de 1 dia a 17 anos. Todos apresentavam avaliação cariotípica normal por bandas GTG e preenchiam os critérios clínicos de Strömland e cols. (2007), ou seja, envolvimento de pelo menos duas das seguintes regiões: oro-crânio-facial, ocular, auricular e vertebral. Realizou-se uma coleta dos seus dados clínicos, dando-se ênfase aos achados gastrointestinais. Resultados: metade dos pacientes (n= 17) apresentava pelo menos uma anormalidade gastrointestinal. As principais alterações observadas foram o distúrbio da deglutição (32%) e o refluxo gastroesofágico (26%). Anormalidades verificadas com envolvimento cirúrgico consistiram de atresia de esôfago (12%), fístula traqueoesofágica (9%), estenose hipertrófica de piloro (3%) e imperfuração anal (3%). Conclusões: o EOAV, ou síndrome de Goldenhar, é uma condição heterogênea caracterizada por anormalidades dos primeiros arcos branquiais e um espectro clínico amplo e variável. Como observado em nosso estudo, alterações gastrointestinais com necessidade cirúrgica são frequentes entre pacientes com EOAV. Portanto, uma avaliação precoce à procura por achados relacionados a estas alterações seria importante para o adequado manejo dos pacientes. Referências bibliográficas 1. Beleza-Meireles A, Clayton-Smith J, Saraiva JM, Tassabehji M. Oculo-aurículo-vertebral spectrum: a review of the literature and genetic update. J Med Genet. 2014 Oct;51(10):635-45. 2. Beleza-Meireles A, Hart R, Clayton-Smith J, Oliveira R, Reis CF, Venâncio M, Ramos F, Sá J, Ramos L, Cunha E, Pires LM, Carreira IM, Scholey R, Wright R, Urquhart JE, Briggs TA, Kerr B, Kingston H, Metcalfe K, Donnai D, Newman WG, Saraiva JM, Tassabehji M. Oculo-aurículo-vertebral spectrum: clinical and molecular analysis of 51 patients. Eur J Med Genet. 2015 Sep;58(9):455-65. 3. Silva AP, Rosa RF, Trevisan P, Dorneles JC, Mesquita CS, Mattos VF, Paskulin GA, Zen PR. Clinical and cytogenetic features of a Brazilian sample of patients with phenotype of oculo-aurículo-vertebral spectrum: a cross-sectional study. Sao Paulo Med J. 2015 May-Jun;133(3):191-8.

PALAVRAS-CHAVES: Espectro óculo-aurículo-vertebral|Anormalidades intestinais|Manejo cirúrgico de pacientes com EOAV

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 957

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PNEUMOPERITÔNIO COMO COMPLICAÇÃO RARA DA TRAQUEOSTOIA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO IZZO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CIBELE MARIA FERREIRA DA SILVA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), BEATRICE SOARES BARTASEVICIUS (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MONIQUE RAQUEL BARBOSA DE QUEIROZ FONSECA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), WILLIAM MARCHELLI VILELA COSTA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ISABELLA PEIXOTO FERREIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: Pneumoperitônio se define como a existência de ar extraluminal na cavidade peritoneal. A primeira causa a ser investigada é a perfuração de víscera oca, já que implica em intervenção cirúrgica em caráter de urgência. Quando o pneumoperitônio não é causado por lesões intrabdominais pode-se adotar uma conduta expectante, com tratamento conservador. Nosso trabalho, através de pesquisa nos sites pubmed e scielo e de um relato de caso, visa mostrar o pneumoperitônio como complicação rara da traqueostomia. Relato de caso: Trata-se de lactente do sexo masculino, com 5 meses de idade, internado em UTI pediátrica de nosso serviço devido quadro de pneumonia e pulmão SARA (Síndrome da Angústia Respiratória Aguda), sendo necessária realização de traqueostomia, por intubação orotraqueal prolongada, porém não se conseguiu fixação adequada da cânula, ocorrendo vazamento do ar. O paciente evoluiu com quadro de pneumoperitônio de grande volume, com restrição respiratória, tendo sido indicada laparotomia exploradora que não evidenciou qualquer perfuração no tubo digestivo, levantando a hipótese do fator causal ser uma complicação da traqueostomia, evoluindo com pneumomediastino e pneumoperitônio. A comunicação entre as cavidades torácica e abdominal se dá pela presença do hiato esofágico e aórtico. Em alguns casos de pneumoperitônio pode-se adotar conduta expectante sendo o ar reabsorvido em um período de uma semana, porém é necessário se excluir perfuração de vísceras ocas, principalmente estômago e cólon. Tendo-se em vista a instabilidade clínica apresentada pelo nosso paciente e a restrição à ventilação, foi indicada laparotomia exploradora, que não evidenciou lesões intra-abdominais. O mais provável é que o vazamento de ar pela cânula mal fixada permitiu complicação com pneumomediastino que dissecou para abdome através do hiato esofágico. Conclusão: A realização de traqueostomia pode evoluir com algumas complicações tais como pneumotórax, pneumomediastino, granulomas estomais e/ou supra-estomais adjacentes à traqueostomia, obstrução da cânula, falso trajeto e decanulação acidental. A complicação com pneumoperitônio é uma causa pouco descrita que deve ser levantada como hipótese em casos semelhantes a esse.

PALAVRAS-CHAVES: Pneumoperitônio | Traqueostomia | Complicação

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 975

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Torção de ovário crônica em criança

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TAINÁ JURITI FEIJÓ PINTO (UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE), DERCÍLIA CORDEIRO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE), ANA BEATRIZ BONCHOSKI (UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE), VANESSA CARVALHO LUCAS (UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE), ANA LAVRATTI BORGA (UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE), ALINE DENISE HANAUER (HOSPITAL INFANTIL DR JESSER AMARANTE FARIA), MARCIO LUIS COSTA TEIXEIRA DA CUNHA (HOSPITAL INFANTIL DR JESSER AMARANTE FARIA)

RESUMO: A incidência de torção ovariana nas mulheres em geral é de 3%, sendo mais comum no período fértil.¹ Na pediatria, é uma emergência e deve ser ponderada no diagnóstico diferencial de abdome agudo. Pode ser confundida com apendicite, principalmente se a dor estiver localizada no abdome inferior.^{1,2} Deve ser considerada no diagnóstico diferencial de massa anexial.³ Os sintomas inespecíficos e os achados de imagem variáveis dificultam o diagnóstico precoce.⁴ O objetivo do presente relato de caso é apresentar a ocorrência de uma torção crônica de ovário. Paciente feminino, 8 anos, encaminhada para consulta ambulatorial devido a uma massa abdominal a esclarecer. Os exames de ressonância magnética e ultrassom previamente realizados apresentaram resultados inconclusivos. Relata dor recorrente em abdome inferior após apendicectomia há 3 anos. Paciente foi internada para realizar tomografia computadorizada que revelou lesão complexa sólido-cística e calcificações parietais. Com diagnóstico provável de teratoma atípico, foi submetida à videolaparoscopia. Na inspeção da cavidade, evidenciou-se a torção de 2,5 voltas no ovário direito, sendo realizada anexectomia. O resultado anatomopatológico confirmou tratar-se de torção crônica (calcificações distróficas e necrose isquêmica). A distorção anexial por laparoscopia com preservação da gônada é o tratamento de referência na torção ovariana aguda.^{4,5} No caso apresentado, a opção pela ooforectomia foi determinada pela perda das características normais do órgão e pela presença das calcificações distróficas. Em relatos de torção ovariana, que geralmente são agudas, calcificações não são frequentemente descritas, visto que se desenvolvem na presença de hipóxia crônica e necrose tecidual, o que condiz com a história da paciente de dor pélvica intermitente há 3 anos. A maioria das massas anexiais em adolescentes é assintomática e benigna, entretanto, a presença das calcificações levou a suspeita de um teratoma, o que exigiu que amostras de biópsia fossem obtidas.⁶ Não existem muitas informações sobre torção crônica e, além disso, há um atraso significativo de 101,8 horas no diagnóstico dos casos agudos, o que muitas vezes impossibilita o tratamento conservador da enfermidade e aumenta sua morbimortalidade.^{3,7} Sendo assim, é necessário capacitar as emergências para o diagnóstico precoce de torções ovarianas, a fim de que o tratamento conservador possa ser realizado e o futuro reprodutivo da paciente não prejudicado.

PALAVRAS-CHAVES: Torção Ovariana Crônica | Ooforectomia | Calcificações Distróficas

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1051

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA ACURÁCIA DO ESCORE DE ALVARADO NO DIAGNÓSTICO DE APENDICITE AGUDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIELA GHIZONI DACOREGIO (UNISUL - UNIDADE TUBARÃO/SC), FELIPE ALVES PIMMEL (UNISUL - UNIDADE TUBARÃO/SC), ANDRÉ DE FIGUEIREDO CALANDRINI BRANCO (UNISUL - UNIDADE TUBARÃO/SC), AMANDA COLPANI BELLEI (UNISUL - UNIDADE TUBARÃO/SC), ANA CAROLINA LOBOR CANCELIER (UNISUL - UNIDADE TUBARÃO/SC)

RESUMO: A apendicite aguda é a maior causa de cirurgia abdominal de urgência na infância e adolescência e seu diagnóstico é baseado principalmente no quadro clínico do paciente. Devido a sua alta prevalência e a gravidade das complicações, o estudo objetivou avaliar a acurácia do escore de Alvarado para o diagnóstico de apendicite aguda em pacientes pediátricos. Objetivo: Avaliar a acurácia do Escore de Alvarado no diagnóstico de apendicite aguda em pacientes pediátricos. A alta prevalência de apendicite aguda em pacientes pediátricos e a gravidade de suas complicações motivaram este estudo. Métodos: Estudo observacional com delineamento transversal. A amostra foi composta por 98 crianças menores de 14 anos com dor abdominal e suspeita de apendicite aguda que passaram por avaliação do cirurgião pediátrico no período de fevereiro a julho de 2015. Os pacientes foram avaliados quanto ao escore de Alvarado, sexo e idade. Resultados: Adotando--se os pontos de corte 5, 6 e 7, observou--se que com a elevação do ponto de corte ocorreu aumento do valor preditivo positivo e da especificidade do teste, com conseqüente redução do valor preditivo negativo e da sensibilidade. Conclusão: A acurácia do escore de Alvarado para o diagnóstico de apendicite aguda nos pacientes pediátricos foi relativamente alta para os três pontos de corte adotados, sendo a melhor acurácia verificada para o ponto de corte ? 6. Bibliografias: Son, Chang Sik, Byoung Kuk Jang, Suk Tae Seo, Min Soo Kim, and Yoon Nyun Kim. "A Hybrid Decision Support Model to Discover Informative Knowledge in Diagnosing Acute Appendicitis." BMC Medical Informatics and Decision Making 12, no. 1 (March 13, 2012): 17. doi:10.1186/1472-6947-12-17. Drake FT, Flum DR. Improvement in the Diagnosis of Appendicitis. Adv Surg. 2013?47:299-328. Kariman H, Shojaee M, Sabzghabaei A, Khatamian R, Derakhshanfar H, Hatamabadi H. Evaluation of the Alvarado score in acute abdominal pain. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2014 Mar?20(2):86-90

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite | Diagnóstico | Saúde da criança

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1063

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos submetidos a tratamento cirúrgico devido a pneumonia necrosante em um hospital geral de alta complexidade do Extremo Sul Catarinense

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE LEANDRO BRAZ (UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE), AFONSO HENRIQUE VENCO TEIXEIRA DA CUNHA (UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE)

RESUMO: Introdução: A pneumonia necrosante é uma complicação rara, porém grave, da pneumonia, sendo responsável por elevada morbimortalidade na população pediátrica. Objetivo: Este artigo visa abordar a evolução das crianças submetidas ao tratamento cirúrgico devido à pneumonia necrosante, enfatizando os aspectos da evolução clínicocirúrgica, manifestações clínicas, agentes etiológicos e o tipo de cirurgia realizada. Método: Estudo quantitativo, observacional transversal com delineamento retrospectivo. A população deste estudo foi composta por crianças submetidas ao tratamento cirúrgico devido à pneumonia necrosante no período de fevereiro de 2006 a julho de 2013 em um hospital geral de alta complexidade do Extremo Sul Catarinense, com amostra de 27 crianças. Resultados: Dos 27 pacientes analisados, 16(59,3%) foram do sexo feminino, sendo 88,9% (24) brancos. A mediana da idade foi 3 anos (2,25-4,16). Os 27 pacientes (100,0%) não possuíam comorbidades. Vinte e cinco pacientes (92,6%) apresentaram febre e 17 pacientes (63,0%) tosse. Em 9 pacientes (33,3%) o lobo pulmonar inferior esquerdo foi o mais acometido. Os agentes etiológicos mais encontrados foram *Staphylococcus aureus*, em 4 pacientes (16,6%). Todos os pacientes foram submetidos a drenagem torácica fechada previamente ao tratamento cirúrgico e foram submetidos a toracotomia com decorticação pulmonar, e em 1 caso (4%) foi necessário lobectomia. Quatorze pacientes (51,9%) tiveram fístula broncopleural pré-operatória e 13 (48,1%) no pós-operatório. Não houve nenhum óbito. Conclusão: Constatou-se que o perfil epidemiológico encontrado foi crianças com faixa etária mediana de 3 anos, brancas, do sexo feminino, sem comorbidades prévias. Todas foram submetidas a decorticação pulmonar, com melhora do quadro pulmonar.

PALAVRAS-CHAVES: pneumonia necrosante; |abscesso pulmonar;| pneumonia

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1065

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos submetidos a tratamento cirúrgico devido a pneumonia necrosante em um hospital geral de alta complexidade do Extremo Sul Catarinense

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE LEANDRO BRAZ (UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENES), AFONSO HENRIQUE VENCO TEIXEIRA DA CUNHA (UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENES)

RESUMO: Introdução: A pneumonia necrosante é uma complicação rara, porém grave, da pneumonia, sendo responsável por elevada morbimortalidade na população pediátrica. Objetivo: Este artigo visa abordar a evolução das crianças submetidas ao tratamento cirúrgico devido à pneumonia necrosante, enfatizando os aspectos da evolução clínicocirúrgica, manifestações clínicas, agentes etiológicos e o tipo de cirurgia realizada. Método: Estudo quantitativo, observacional transversal com delineamento retrospectivo. A população deste estudo foi composta por crianças submetidas ao tratamento cirúrgico devido à pneumonia necrosante no período de fevereiro de 2006 a julho de 2013 em um hospital geral de alta complexidade do Extremo Sul Catarinense, com amostra de 27 crianças. Resultados: Dos 27 pacientes analisados, 16(59,3%) foram do sexo feminino, sendo 88,9% (24) brancos. A mediana da idade foi 3 anos (2,25-4,16). Os 27 pacientes (100,0%) não possuíam comorbidades. Vinte e cinco pacientes (92,6%) apresentaram febre e 17 pacientes (63,0%) tosse. Em 9 pacientes (33,3%) o lobo pulmonar inferior esquerdo foi o mais acometido. Os agentes etiológicos mais encontrados foram *Staphylococcus aureus*, em 4 pacientes (16,6%). Todos os pacientes foram submetidos a drenagem torácica fechada previamente ao tratamento cirúrgico e foram submetidos a toracotomia com decorticação pulmonar, e em 1 caso (4%) foi necessário lobectomia. Quatorze pacientes (51,9%) tiveram fístula broncopleural pré-operatória e 13 (48,1%) no pós-operatório. Não houve nenhum óbito. Conclusão: Constatou-se que o perfil epidemiológico encontrado foi crianças com faixa etária mediana de 3 anos, brancas, do sexo feminino, sem comorbidades prévias. Todas foram submetidas a decorticação pulmonar, com melhora do quadro pulmonar.

PALAVRAS-CHAVES: pneumonia necrosante; |abscesso pulmonar;| pneumonia

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1129

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem endoscópica retrógrada (gastrostomia) da subestenose esofágica pós-cirúrgica: uma opção terapêutica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL SANTINI TEIXEIRA FRACON (UNICEUB), ANA BEATRIZ PEREIRA DE SOUZA (UNICEUB), GUSTAVO WERNECK EJIMA (UNICEUB), WALLACE ACIOLI FREIRE DE GOIS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), EDUARDO JOSÉ FERREIRA SALES (UNICEUB), AMANDA LUIZA AGUIAR TAQUARY ALVARENGA (UNICEUB), FLÁVIO HAYATO EJIMA (HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL)

RESUMO: Introdução: A atresia esofágica (AE) é uma má formação congênita caracterizada pela ausência de um segmento do esôfago, podendo ser classificada de acordo com a localização e pela presença ou não de fístula traqueoesofágica. Trata-se da afecção congênita mais comum desse órgão, com incidência global que varia de 1 em cada 2.500 a 5.000 nascidos vivos. O tratamento primário consiste no estabelecimento do trânsito esofágico através de anastomose esôfago-esofágica término terminal, ou pela substituição por segmento intestinal ou pelo estômago. A complicação mais prevalente do procedimento consiste na subestenose no local da anastomose, cursando com salivação aerada, sialorreia, disfagia, perda de peso e, eventualmente, aspiração pulmonar. A técnica preconizada para a correção da subestenose baseia-se na dilatação por via endoscópica alta através do uso de sondas ou balões dilatadores. Devido à alta taxa de reobstrução, pode ser necessária reabordagem terapêutica. Relato de caso: Recém-nascido, sexo masculino, com atresia congênita de esôfago com fístula traqueoesofágica distal, submetido à cirurgia reparadora (anastomose esôfago-esofágica término terminal) e à gastrostomia cirúrgica ao nascer. Um mês após o procedimento, evoluiu com quadro clínico de subestenose esofágica, confirmada por radiografia contrastada. Utilizou-se sonda de repogle para assegurar a adequada aspiração da saliva na bolsa esofágica superior. Foi solicitada endoscopia digestiva alta para dilatação da subestenose, procedimento terapêutico padrão, que, neste caso, não obteve acesso à anastomose devido ao pequeno calibre da subestenose, presente a 10 cm da arcada dentária superior. Como recurso alternativo, utilizou-se o acesso por via retrógrada, através do orifício da gastrostomia prévia usando de aparelho pediátrico (5,8 mm de diâmetro) com passagem de fio guia e dilatação com balão de via biliar de 6mm, havendo melhora clínica dos sintomas anteriormente apresentados. Devido à possibilidade de reincidência da subestenose e a necessidade de nova dilatação, o paciente ficou internado por 20 dias em observação, sem intercorrências no período. Conclusão: A terapêutica escolhida (abordagem retrógrada por gastrostomia prévia) mostrou-se eficaz, possibilitando a correção da subestenose secundária a cirurgia reparadora por meio da dilatação, podendo ser uma opção terapêutica em casos que a abordagem anterógrada não é possível. Além disso, evitou-se uma nova cirurgia e comorbidades associadas.

PALAVRAS-CHAVES: atresia esofágica | subestenose pós cirúrgica | dilatação endoscópica

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1152

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise comparativa do manejo na estenose hipertrófica de piloro: Uma revisão da literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CRISTIANO DE FREITAS GOMES (MEDICINA - CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), ELIS OLIVEIRA (PUC- SP MEDICINA SOROCABA), ALESSANDRO SILVESTRE (MEDICINA - CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), DANIELLE BAPTISTA LIVRARI FARINA (MEDICINA - CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), GUILHERME PENNA FELÍCIO (MEDICINA - CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), CAMILA MAYUMI YONEYA (MEDICINA - CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), ALEXANDRE VILLAR COLLINO (MEDICINA - CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), TAYNÁ FREGONEZE FARIAS (MEDICINA - CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO)

RESUMO: OBJETIVO: O presente estudo visa apresentar uma revisão atual sobre o manejo da estenose hipertrófica de piloro (EHP), realizando uma comparação entre os tratamentos propostos na literatura, uma vez que a EHP tem incidência de 1-4/1000 nascidos vivos e a condução inadequada do caso leva a impactos negativos sobre o desenvolvimento do paciente. MÉTODOS: Revisão narrativa produzida a partir da consulta às bases de dados Medline/Pubmed, LILACS/Scielo e Scopus selecionando artigos publicados entre 2012 e 2017. Os descritores foram: ?hypertrophic pyloric stenosis?; ?pyloromyotomy?; ?atropine?; ?treatment?. Dos 23 artigos pré-selecionados, um total de 11 continham a abordagem do manejo da EHP, sendo portanto, utilizados. Para realizar a comparação entre a videolaparoscopia (VDL) e a laparotomia (LP) as seguintes variáveis foram utilizadas: Tempo de internação hospitalar, tempo para reintrodução da alimentação e complicações. RESULTADOS: Os artigos analisados colocam a piloromiotomia como padrão ouro para o tratamento definitivo da EHP. Os estudos baseados na análise comparativa entre os dois tipos de procedimentos, afirmaram não existir diferenças entre as técnicas de abordagens cirúrgicas. Entretanto, uma minoria dos trabalhos confirmam que o tempo de internação e a reintrodução da dieta são menores na VDL comparada a LP. Por fim, no que diz respeito às complicações gerais, os métodos são semelhantes, porém o menor número das revisões relataram que a VDL apresenta uma porcentagem maior de complicações graves, devido provavelmente a dificuldades inerentes a técnica por vídeo, levando a uma maior chance (4%) de perfuração mucosa. Uma alternativa encontrada foi o uso de Atropina, pela maior segurança do tratamento medicamentoso, devido a diminuição dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico. Sua eficácia depende da aplicação em um grupo de pacientes específicos. Contudo, o tratamento farmacológico apresenta uma alta porcentagem de falha terapêutica (49,2%), uma vez que os critérios de seleção do grupo que se beneficiariam do mesmo, ainda não estão bem definidos. CONCLUSÃO: Tendo em vista os aspectos observados nos artigos analisados para esta revisão, podemos entender que, entre manejos para a EHP, a piloromiotomia é o tratamento de maior resolutividade, sendo que o procedimento cirúrgico aberto e a VDL não apresentam diferenças significativas no desfecho. O uso de uma abordagem farmacológica ainda não é bem estabelecido, necessitando de mais estudos.

PALAVRAS-CHAVES: Estenose Hipertrófica de Piloro |Piloromiotomia| Tratamento

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1267

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cirurgia de Foker por videotoroscopia - Atresia de esôfago long gap

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA OLIVEIRA FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), LIA YUMI OMORI NISHIKAWA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), ROBSON AZEVEDO DUTRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), ADRIANA CARTAFINA PEREZ-BÓSCOLLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A atresia de esôfago sem fístula com grande distância entre os cotos é sempre um desafio para o cirurgião pediátrico. A substituição esofágica pode ser realizada pelo estômago (tubo gástrico) ou pelo cólon (esofagocoloplastia). A melhor solução é o próprio esôfago cujos cotos demonstraram crescimento potencial após o nascimento. Porém é necessário estímulo fisiológico adequado: aspiração intermitente do esôfago proximal, posicionamento de Tredenlemburg para o crescimento do esôfago distal e pensar na tração esofágica externa de Foker. RELATO DO CASO: JCN, masculino, primeiro gemelar, branco, nasceu em 16/07/2013, parto cesárea, com atresia de esôfago sem fístula (long gap), apresentava hipersecreção salivar, sem progressão da sonda orogástrica. Radiografia de tórax com sonda esofágica contrastada evidenciou atresia de esôfago sem fístula, com coto na altura de T2. Submetido à sondagem de Reploge com aspiração intermitente e gastrostomia, encaminhado à UTI neonatal após crise convulsiva seguida de PCR de 5 minutos com reversão. Após seis meses foi encaminhado à Disciplina de Cirurgia Pediátrica para avaliar uma substituição esofágica uma vez que não foi possível o crescimento desse esôfago observado pelas repetidas radiografias contrastadas mensalmente. A equipe decidiu pela cirurgia videolaparoscópica de Foker. À exploração do coto distal notou-se ausência de hiato esofágico. Optou-se por mini laparotomia transversa em epigástrico, para dissecação do coto distal e realização de um orifício diafragmático ao lado da aorta. Tração do coto distal pelo trocar da linha axilar anterior pela videotoracostomia. Após estabilização do quadro, 24º dia P.O., foi possível a esofagoplastia. CONCLUSÃO: A técnica Foker realizada em primeiro tempo por videotoroscopia permitiu o diagnóstico de ausência do hiato esofágico e entender o porque não se deu o encontro dos dois cotos mesmo após 6 meses. Foi possível o reparo e tração dos dois cotos após realização do orifício diafragmático, sob visão ao lado dos nervos vagos e aorta torácica. A cirurgia videotoroscópica foi imprescindível para a observância da ausência de hiato esofágico nesse caso. Esse sistema forneceu a aplicação de tração, facilitando o reparo primário e poderia ter sido realizado logo no segundo mês de vida, evitando complicações do tratamento expectante. Foi possível esse procedimento porque o RN não foi submetido à esofagostomia cervical, que desviaria a rota do crescimento.

PALAVRAS-CHAVES: Atresia de esôfago | Cirurgia de Foker | videotoroscopia

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1393

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Teratoma de Mediastino Anterior e Puberdade Precoce

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), MARCUS VINICIUS DA SILVA AZENHA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), ARTHUR CORREA PIGNATARO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), NATALIA SONEGO FERNANDES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), CRISTINA JUNGES HARTMANN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), NICOLE ZANETTI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), JOAO CYRUS BASTOS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), ELINES OLIVA MACIEL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS)

RESUMO: Introdução: Tumores mediastinais são relativamente comuns em crianças e adolescentes, com predomínio no sexo masculino. Os tumores de células germinativas (TCG) constituem de 6-18% destes, sendo, os teratomas o subtipo mais comum. A apresentação clínica das neoplasias mediastinais de células germinativas é diversa: crianças mais jovens apresentam sintomas respiratórios e crianças maiores/adolescentes podem apresentar dor torácica, síndrome de veia cava superior e puberdade precoce (PP). A maioria das ressecções é realizada por esternotomia ou toracotomia anterior. É notável a aderência destas lesões a estruturas adjacentes, dificultando o procedimento cirúrgico, mesmo após quimioterapia neoadjuvante. O melhor prognóstico ocorre em tumores de saco vitelínico, e a maioria dos óbitos ocorre em pacientes adolescentes com TCG. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 9 anos e 1 mês. Buscou atendimento endocrinológico no Centro Clínico da PUCRS com queixa de puberdade precoce periférica com 8 meses de evolução. Ao exame físico apresentava IMC 22,8Kg/m³, estágio puberal de Tanner: genitália V (G-V), pelos pubianos V (P-V). Foram realizados exames laboratoriais basais: LH Conclusão: As causas neoplásicas de PP são infrequentes. No entanto, são etiologias importantes, visto que a identificação precoce, por meio de exames de imagem e do exame anatomopatológico, é primordial para o manejo desses pacientes e para a ressecção desse tipo de lesão, possibilitando a interrupção das manifestações da PP.

PALAVRAS-CHAVES: Teratoma | Tumor de Mediastino | Puberdade Precoce

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1461

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR MISTO DE CÉLULAS GERMINATIVAS EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GEORGE ALEXANDRE LIRA (CIRURGIÃO ONCOLÓGICO NA LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER), AMANDA COELHO XAVIER (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ISA MARYANA ARAUJO BEZERRA DE MACEDO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), JOSÉ WILTON SARAIVA CAVALCANTI FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MAYANE ABRANTES VERAS DE FREITAS (UNIVERSIDADE POTIGUAR), TACIANA UCHOA PASSOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), FRANCIELLY TERTULINO CUNHA (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As neoplasias do ovário representam aproximadamente 1% de todos os tumores em crianças e adolescentes. Os tumores de células germinativas são derivados de células germinativas primordiais ovarianas e são mais frequentes nesses grupos. Os tipos histológicos mais comuns são disgerminoma, tumor do seio endodérmico e teratoma imaturo. O carcinoma embrionário, o coriocarcinoma e o poliembrioma, por sua vez, são raros. As manifestações clínicas mais presentes são dor abdominal e massa palpável pélvica/abdominal. O estadiamento é cirúrgico e os marcadores tumorais como alfafetoproteína (AFP), hCG e LDH devem sempre ser realizados, pois contribuem para o diagnóstico, prognóstico e acompanhamento da doença. RELATO DE CASO: L.F.Q, sexo feminino, 12 anos, foi referenciada ao Hospital Luiz Antônio-RN após ter realizado apendicectomia e ooforectomia esquerda, cujo anatomopatológico do apêndice cecal demonstrou apendicite supurativa aguda e do ovário esquerdo evidenciou neoplasia de células germinativas - 60% por disgerminoma e 40% por carcinoma embrionário. Avaliada com tomografia de abdome superior e pelve, que evidenciou formação nodular localizada em situação pré-vesical, mantendo contato com parede abdominal anterior e com parede anterior da bexiga, de natureza a esclarecer. AFP: 189,20ng/ml. Paciente foi submetida à laparotomia exploradora para estadiamento da neoplasia ovariana, sendo realizado histerectomia total ampliada com cistectomia parcial e linfadenectomia pélvica e retroperitoneal. O exame histológico da peça cirúrgica demonstrou tumor misto de células germinativas apresentando componentes de carcinoma embrionário (70%), tumor do seio endodérmico (20%) e teratoma imaturo (10%). Sem linfonodos acometidos, com implantes em parede abdominal, bexiga, parede anterior do reto, pelve, septo retovaginal, omento maior e ligamento gastrocólico. A paciente teve alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório e foi encaminhada à oncologia pediátrica para seguimento clínico. CONCLUSÃO: O caso relatado se destaca por ser um exemplo de tumor misto de células germinativas, um tipo de tumor raro que consiste em dois ou mais componentes histológicos malignos. É escasso na literatura trabalhos sobre esse tema, o que é fundamental para entender o prognóstico e as possíveis modificações acerca do manejo clínico.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS|CÂNCER DE OVÁRIO|CIRURGIA PEDIÁTRICA

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1607

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESPLENECTOMIA COMO OPÇÃO DE TRATAMENTO À DOENÇA DE CASTLEMAN (DC)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BEATRIZ FERREIRA CARVALHO (UNIEVANGÉLICA), GUSTAVO SIMÃO SOUZA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ACIMAR GONÇALVES DA CUNHA JUNIOR (UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS PEDIÁTRICAS - HMIB), JULIANA QUEIROZ XAVIER (UNIEVANGÉLICA), FELIPE CARNEIRO KRIER (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), GUILHERME SIMÃO SOUZA (UNIEVANGÉLICA), FRANCIOLLY ROBERTO PIRES (FACIPLAC), CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (UNIEVANGÉLICA)

RESUMO: INTRODUÇÃO DC, caracterizada pela disfunção do sistema linfoproliferativo, pode ser classificada em duas formas clínicas, que possuem padrões histológicos característicos: unicêntrica (90%) ou multicêntrica (10%), com dois subtipos patológicos, hialino-vascular (85%) e plasmocítico (15%). A apresentação multicêntrica, padrão hialino-vascular, descrita no relato, revela polilinfadenopatia, com envolvimento de múltiplos órgãos e sintomas sistêmicos, tendo curso mais agressivo. Sua epidemiologia é de difícil precisão, devido à raridade e heterogeneidade clínica, sendo a incidência de 5-6/milhão/ano. A associação de pacientes HIV-positivos com a forma multicêntrica foi estabelecida, e os que não possuem o vírus foram considerados idiopáticos. O relato de caso destaca a esplenectomia, para pacientes com DC multicêntrica, que não apresentaram resposta satisfatória à quimioterapia. RELATO DE CASOS.S.S.F., feminino, 13 anos, natural do Gama ? DF, chegou ao serviço de saúde em dezembro de 2014 apresentando febre, dor no corpo, adinamia e vômitos. Ao exame físico, regular estado geral, hipocorada (3+/4+), taquipneica, sem linfadenomegalia, apresentando abdome globoso com baço e fígado palpáveis, sem sinais de irritação peritoneal. À ecografia de abdome, constatou-se hepatoesplenomegalia e ao exame de sangue, anemia e plaquetopenia. Encaminhada para o hospital de referência, iniciou-se a investigação diagnóstica. Durante dois meses, foram feitas radiografia e tomografia de tórax e abdome, transfusões, exames laboratoriais e biópsia de medula. À tomografia, notou-se, além da hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia mediastinal, axilar e retroperitoneal. Ao ser realizada a biópsia de mediastino posterior, constatou-se compatibilidade com Doença de Castleman Multicêntrica, padrão hialino-vascular. Realizou-se 6 ciclos de quimioterapia, de março a julho de 2015 de acordo com o Protocolo R-CHOP, sem alterações significativas. Foi indicada esplenectomia, havendo melhora do estado geral. CONCLUSÃO: Apesar de a esplenectomia levar à diminuição da atividade fagocitária (menor depuração sanguínea de partículas, principalmente as não opsonizadas), aumentar o tempo de permanência dos linfócitos no sangue, reduzir IgM sérica, diminuir atividade da via alternativa do complemento e da formação de substâncias ligadas à ativação dos macrófagos, fez-se necessária. Evita-se, assim, retenção de células no baço e sua eventual destruição.

PALAVRAS-CHAVES: DOENÇA DE CASTLEMAN | ESPLENECTOMIA | ANEMIA

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1609

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Invaginação intestinal secundária a Linfoma de Burkitt: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA JULIA DE JESUS CANDEA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), NAYARA FALCÃO RODRIGUES (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), YURI NÓBREGA ROCHA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), PEDRO HENRIQUE DE CARVALHO MOTA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), DANIELE PIMENTEL FERNANDES (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), BRUNO ALMEIDA LESSA CASTRO (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), DANILO DE ANDRADE LIMA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA)

RESUMO: Introdução: o Linfoma de Burkitt é uma forma rara e agressiva de linfoma não-Hodgkin. O subtipo esporádico comumente cursa com massas abdominais, que podem causar desde sintomas mais vagos, como náusea, vômitos e anorexia, até manifestações de abdome agudo, como em casos de sangramento gastrointestinal ou perfuração de vísceras ocas. A invaginação intestinal pode ocorrer, porém é incomum, ocorrendo em até 18% dos pacientes com linfomas primários gastrointestinais. Relato de Caso: paciente de 3 anos, há 3 meses com dor abdominal intensa, difusa, intermitente, sem fatores de melhora ou piora, associada a náuseas e diarreia na semana anterior ao internamento. Houve perda ponderal de em torno de 1 kg no período. Sem relato de febre ou hiporexia. Ao exame físico, observados linfonodos cervicais e inguinais com características reacionais, sem outros achados ao exame do abdome. O hemograma da admissão evidenciou anemia microcítica e hipocrômica, e a ultrassonografia de abdome mostrou espessamento mural de alças intestinais em flanco direito, com imagem adjacente de 23 ml, podendo representar coleção ou alça distendida. Levantada a hipótese de invaginação intestinal. Tomografia de abdome revelou invaginação de delgado a nível de mesogástrio, com dilatação de alças à montante. Decidido por realização de laparotomia videolaparoscópica, com achado de distensão de alças de íleo distal e invaginação ileocecal crônica, pérvia, além de linfonodos mesentéricos de volume aumentado, porém de aspecto reacional. Tentativa de desinvaginação manual não teve êxito, devido a grande edema da mucosa ileal invaginada. Realizada ressecção dos 5 cm distais do íleo, ceco e apêndice, inclusa válvula ileocecal, e anastomose íleo-cecal término-lateral. O estudo histopatológico do íleo mostrou hiperplasia linfóide reacional. O ceco exibia lesão nodular com infiltração de células linfóides atípicas, levando a suspeita de malignidade. O perfil imunohistoquímico da lesão cecal confirmou o diagnóstico de linfoma de Burkitt. Paciente teve evolução favorável no pós-operatório, sendo transferida para hospital pediátrico de referência para continuação do tratamento. Conclusão: o quadro clínico arrastado e com apenas um dos componentes clássicos da tríade da invaginação dificultou o diagnóstico. O diagnóstico de linfoma de Burkitt intestinal é difícil, dada a inespecificidade dos sintomas, e, embora infrequente, esta patologia deve ser lembrada como causa de invaginação intestinal em crianças.

PALAVRAS-CHAVES: Linfoma | Burkitt | Invaginação

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1640

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abdome Agudo Perfurativo por Ascaris lumbricoides: Relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DELÚBIO GOMES MACHADO NETO (ITPAC), JOSÉ ARRUDA SILVA LIMA (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO abdome agudo obstrutivo é causado pela presença de um obstáculo mecânico ou de uma alteração da motilidade intestinal que impede a progressão normal do bolo fecal. A obstrução intestinal compreende dois grandes grupos: causa mecânica, que leva aos quadros de obstrução mecânica (ex. bolo de áscaris), e distúrbio da motilidade intestinal, que leva aos quadros de íleo adinâmico ou paralítico ou neurogênico (pseudo-obstrução). A ascaridíase tem como agente etiológico o *Ascaris lumbricoides* (*A. lumbricoides*) e é a helmintíase com maior incidência e prevalência mundial. É endêmica em regiões tropicais e subtropicais com condições sanitárias precárias. RELATO DE CASO Masculino, 5 anos, reside no norte do Tocantins às margens do Rio Araguaia, procurou atendimento na UPA de Araguaína com queixa de dor abdominal difusa com três dias de evolução e com piora nas últimas 24 horas. Acompanhante relatou episódios de febre não aferidos. Além da piora da dor, nas últimas horas o paciente evoluiu com episódios de vômitos de aspecto esverdeado e diarreia com fezes líquidas, odor fétido, sem muco e sangue. Cartão de vacina atualizado e sem internações prévias. Ao exame: REG, dispneico, febril (37,9°C), anictérico, desidratado, hipocorado, emagrecido, taquicárdico e normotenso (PA 110x70). Aparelho pulmonar: MV diminuído em bases, sem ruídos adventícios; Aparelho cardiovascular: normal; Abdome: RHA ausentes, globoso, distendido, doloroso a palpação difusamente, timpânico, sem irritação peritoneal e visceromegalias. Exames laboratoriais evidenciaram discreta leucocitose e eosinofilia importante. A RRAA demonstrava cólon dilatado, edema de alça, aspecto de "miolo de pão", níveis hidroaéreos e ausência de gases na ampola retal. O USG revelou imagens cilíndricas formando aglomerado no mesogastro e flanco esquerdo. Encaminhado para HMA com queda do estado geral, taquicárdico, hipotenso e torporoso. Realizado laparotomia exploradora identificando perfuração em alça de delgado e grande quantidade de *Ascaris lumbricoides* (157). Paciente evoluiu com melhora clínica e aceitação da dieta no 3º DPO. Alta no 7º DPO após concluir ciclo de antibiótico. CONCLUSÃO Devido à endemicidade da ascaridíase no Brasil e no Tocantins e ao fato de as complicações constituírem emergências na pediatria, é fundamental a familiarização com os achados clínicos e imaginológicos presentes nos casos de ascaridíase complicada, para que seja instituído tratamento clínico-cirúrgico adequado em tempo hábil.

PALAVRAS-CHAVES: *Ascaris lumbricoides* | laparotomia exploradora | perfuração de alça

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1758

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO-PEDIÁTRICO COM EMPREGO VIDEOAPENDICECTOMIA PARA TRATAMENTO DE PERITONITE POR APÊNDICE PERFURADO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: RESUMO. O paciente pediátrico pode ser acometido por apêndice perfurado causando peritonite. A técnica empregada neste trabalho será apresentar resolução do caso por meio do emprego de videoapendicectomia. Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à apendicite perfurada, peritonite e resolução por vídeo. Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente envolvido em patologia concernente à apendicite perfurada, peritonite e resolução por vídeo. Discussão: Apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência da apendicite perfurada, peritonite e resolução por vídeo e manejo técnico de suas comorbidades. Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos portadoras de apendicite perfurada e peritonite. Palavras-chave: Apendicite perfurada. Peritonite. Tratamento. ABSTRACT PEDIATRIC SURGICAL TREATMENT BY VIDEO TO PERFORATED APPENDIX WITH PERITONITIS CASE REPORT ABSTRACT . The pediatric patient may be affected by perforated appendix causing peritonitis. The technique employed in this work will provide resolution of the case through the use of videoapendicectomia . Methods . Brief synopsis involving literature review applicable to perforated appendicitis , peritonitis, and video resolution . Case report. In this work we describe the clinical condition of the patient involved in concerning the perforated appendicitis , peritonitis, and video resolution . Discussion : Presentation of the physiology and pathophysiology regarding the occurrence of perforated appendicitis , peritonitis, and video resolution and technical management of its comorbidities . Conclusions . Final : effectively verified the importance and relevance of the correct use of treatment techniques to a group of people who find themselves in a peculiar category of healthcare carriers of perforated appendicitis and peritonitis .

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite perfurada | Peritonite | Tratamento

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1761

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: BOLETIM DE APGAR PARA PARALISIA CEREBRAL EM RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO: Artigo de Revisão

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão, por meio de parâmetros técnicos, dentre os quais pela utilização do Boletim de Apgar para monitorar e observar a ocorrência de paralisia cerebral em recém-nascidos de baixo peso. Métodos. Breve sinopse envolvendo avaliação da ocorrência de paralisia cerebral em recém-nascidos de baixo peso, pelo uso do boletim de Apgar. Discussão: Apresentação e comparação da ocorrência de paralisia cerebral, através da utilização do Boletim de Apgar em recém-nascidos de baixo peso. Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto uso e emprego estatístico do Boletim de Apgar que estabelece riscos quanto ao nascimento de baixo peso e sua direta ocorrência de paralisia cerebral. APGAR BULLETIN FOR CEREBRAL PALSY IN NEWBORN LOW WEIGHT Objective. Provide subsidies for better understanding, through technical parameters, among which the use of the Apgar score to monitor and observe the occurrence of cerebral palsy in infants of low birth weight. Methods. Brief synopsis involving assessing the occurrence of cerebral palsy in infants of low birth weight, by using the Apgar score. Discussion: Presentation and comparison of the occurrence of cerebral palsy, using the Apgar score in newborns with low weight. Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use and use of statistical Apgar score establishing risks relating to low birth weight and its direct occurrence of cerebral palsy.

PALAVRAS-CHAVES: Boletim de Apgar | Paralisia Cerebral | Recém-Nascido

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1766

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DOENÇA DA MEMBRANA HIALINA: Artigo de Revisão

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão sobre a doença da membrana hialina, patologia tipicamente de acometimento em população pediátrica com idade gestacional inferior a 32 semanas e estabelecer o correto emprego de tratamento, de acordo com a literatura médica atual. Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável ao conhecimento acadêmico médico relativo à doença da membrana hialina e esclarecer o leitor quanto ao correto tratamento, obedecendo à literatura moderna atual disponível. Discussão: Apresentação da doença da membrana hialina, conhecimento teórico e embasamento ao correto tratamento. Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de salvaguarda do paciente pediátrico envolvido acometido pela doença da membrana hialina. O correto emprego de técnicas médicas visam salvar e preservar a vida do paciente pediátrico com idade gestacional inferior a 32 semanas de vida. HYALINE MEMBRANE DISEASE Objective. Provide grants to better understanding of hyaline membrane disease , pathology typically affected in pediatric population with gestational age less than 32 weeks and establish the correct use of treatment , according to current medical literature .Methods . Brief synopsis involving literature review applicable to the medical academic knowledge on the hyaline membrane disease and enlighten the reader as to the correct treatment , according to current modern literature available. Discussion : Presentation of hyaline membrane disease , theoretical knowledge and foundation to the correct treatment .Conclusions . Final : effectively verified the importance and relevance of the correct use of technical safeguard of pediatric patients involved affected by hyaline membrane disease. The correct use of medical techniques aim to save and preserve life of pediatric patients with inferior to 32 weeks of gestational age life

PALAVRAS-CHAVES: Doença da membrana hialina|Técnicas|Tratamento

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1767

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DOPPLERVELOCIMETRIA NA AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA MATERNO-FETAL: Artigo de Revisão

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da utilização de método de imagem com Doppler e seu emprego quanto à avaliação hemodinâmica materno-fetal. Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à utilização de Doppler e seu emprego quanto à avaliação hemodinâmica materno-fetal. Discussão: Apresentação da adequada associação de métodos de imagem e avaliação da dinâmica materno-fetal pela utilização de método de imagem com o uso de Doppler. Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego da técnica de Doppler e a possibilidade de evitar consequências futuras materno-fetais. Palavras-chave: Doppler. Avaliação hemodinâmica. DOPPLER HEMODYNAMIC EVALUATION MATERNAL-FETAL Objective. Provide grants to better understand the use of Doppler imaging method and its use as maternal and fetal hemodynamic evaluation. Methods. Brief synopsis involving literature review on the use of Doppler and its use as maternal and fetal hemodynamic evaluation. Discussion: Presentation of the appropriate combination of imaging methods and evaluation of maternal-fetal dynamics by using imaging method using Doppler. Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of the Doppler technique and the ability to prevent future maternal-fetal consequences.

PALAVRAS-CHAVES: Doppler | Hemodynamic evaluation | Hemodynamic

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1768

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FIBROSE CÍSTICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da fibrose cística em grupos considerados e que merecem atenção especial. Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à fibrose cística. Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente envolvido em patologia concernente à fibrose cística. Discussão: apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência da fibrose cística e manejo técnico de suas comorbidades. Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos portadoras de fibrose cística. **CYSTIC FIBROSIS: CASE REPORT Abstract.** Provide grants to better understanding of the physiology involved in the occurrence of cystic fibrosis in groups considered that deserve special attention. Methods. Brief synopsis involving literature review applicable to cystic fibrosis. Case report. In this work we describe the clinical patient concerning the pathology involved in cystic fibrosis. Discussion: the presentation of the physiology and pathophysiology regarding the occurrence of cystic fibrosis and technical management of its comorbidities. Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of treatment techniques to a group of people who find themselves in a peculiar category of healthcare with cystic fibrosis. Keywords: cystic fibrosis. Treatment.

PALAVRAS-CHAVES: Fibrose Cística | Tratamento | Pediatria

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1772

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ICTERÍCIA NEONATAL: Artigo de Revisão

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da Icterícia Neonatal. Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à icterícia neonatal. Discussão: apresentação da fisiopatologia envolvida na ocorrência e manejo da icterícia neonatal. Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento especial a grupo de pacientes que apresentem icterícia neonatal. Palavras-chave: Icterícia neonatal. Tratamento. Técnicas. ABSTRACT Objective. Provide grants to better understanding of the physiology involved in the occurrence of Neonatal Jaundice. Methods. Brief synopsis involving literature review applicable to neonatal jaundice. Discussion: presentation of the pathophysiology involved in the occurrence and management of neonatal jaundice. Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of treatment techniques particular group of patients who present with neonatal jaundice.

PALAVRAS-CHAVES: Icterícia neonatal | Tratamento | Técnicas

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1773

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO-PEDIÁTRICO PARA INTUSSUSSEPÇÃO INTESTINAL E APENDICECTOMIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: RESUMO. A intussussepção intestinal é entidade patológica de acometimento mais frequente na população infantil. Por sua vez a apendicite é mais infrequente, porém requer os mesmos cuidados necessários à sua resolução quando constatada. Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da intussussepção intestinal e acometimento de apendicite eventual população pediátrica e que merecem atenção especial. Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à intussussepção intestinal e apendicite. Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente envolvido em patologia concernente à intussussepção intestinal e apendicite. Discussão: Apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência da intussussepção intestinal e apendicite e manejo técnico de suas comorbidades. Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos portadoras de intussussepção intestinal e apendicite.

PALAVRAS-CHAVES: Intussussepção intestinal | Apendicite | Tratamento

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1774

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO-PEDIÁTRICO PARA APENDICITE AGUDA SUPURADA COM PERITONITE DIFUSA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: RESUMO. A apendicite aguda é caso infrequente na pediatria e entre suas consequências encontra-se a instalação de peritonite difusa, no que concerne o estudo deste trabalho, bem como seu tratamento cirúrgico. Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da apendicite aguda supurada em população pediátrica e que merecem atenção especial, em especial quanto à instalação de peritonite difusa. Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à apendicite aguda supurada, peritonite difusa e tratamento. Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente pediátrico envolvido em patologia concernente à apendicite aguda supurada. Discussão: Apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência da apendicite aguda e manejo técnico de suas comorbidades. Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pacientes pediátricos que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos portadoras de apendicite aguda supurada e instalação de peritonite difusa.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite aguda supurada | Peritonite difusa | Tratamento

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1775

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE POTTER: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da Síndrome de Potter em pacientes que merecem atenção especial. Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à Síndrome de Potter. Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente envolvido em patologia concernente à Síndrome de Potter. Discussão: apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência da Síndrome de Potter e manejo técnico de suas comorbidades. Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos portadoras de Síndrome de Potter. POTTER SYNDROME: CASE REPORT Objective. Provide grants to better understanding of the physiology involved in the occurrence of Potter syndrome in patients who deserve special attention. Methods. Brief synopsis involving literature review applicable to Potter`s Syndrome. Case report. In this work we describe the clinical condition of the patient involved in concerning the Potter Syndrome. Discussion: the presentation of the physiology and pathophysiology regarding the occurrence of Potter syndrome and technical management of its comorbidities. Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of treatment techniques to a group of people who find themselves in a peculiar category of healthcare carriers of Potter Syndrome.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Potter | Tratamento | Cirurgia

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1776

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE STEVEN'S JOHNSON: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da Síndrome de Steven's Johnson e que merecem atenção especial. Métodos. Breve sinopse envolvendo relato de caso aplicável à Síndrome de Steven's Johnson. Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente envolvido em patologia concernente à Síndrome de Steven's Johnson. Discussão: Apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência da Síndrome de Steven's Johnson. Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos portadoras da Síndrome de Steven's Johnson. STEVEN'S JOHNSON SYNDROME: A CASE REPORT Abstract. Provide grants to better understanding of the physiology involved in the occurrence of Steven's Johnson Syndrome and deserve special attention. Methods. Brief synopsis applicable to the case involving Steven's Johnson Syndrome. Case report. In this work we describe the clinical condition of the patient involved in concerning the Steven's Johnson Syndrome. Discussion: Presentation of the physiology and pathophysiology regarding the occurrence of Steven's Johnson Syndrome. Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of treatment techniques to a group of people who find themselves in a peculiar category of healthcare carriers of Steven's Johnson Syndrome.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Steven's Johnson | Tratamento | Cirurgia

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1777

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: STEVEN'S JOHNSON SYNDROME: A CASE REPORT Abstract. Provide grants to better understanding of the physiology involved in the occurrence of Steven's Johnson Syndrome and deserve special attention. Methods. Brief synopsis applicable to the case involv

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida em pacientes pediátricos acometidos por teratoma e que merecem atenção especial.Métodos. Breve sinopse envolvendo relato de caso de teratoma.Relato de caso. No presente trabalho é descrita a clínica de paciente envolvido em patologia concernente ao teratoma.Discussão: Apresentação da fisiologia e fisiopatologia concernente à ocorrência do teratoma e manejo técnico de suas comorbidades.Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de tratamento a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos que desenvolveram teratoma. TERATOMA: A CASE REPORTAbstract. Provide grants to better understanding of the physiology involved in pediatric patients affected by teratoma and deserve special attention. Methods. Brief synopsis involving case report teratoma.Case report. In this work we describe the clinical condition of the patient involved in concerning the teratoma. Discussion: Presentation of the physiology and pathophysiology regarding the occurrence of teratoma and technical management of its comorbidities. Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of treatment techniques to a group of people who find themselves in a peculiar category of health care that developed teratoma.

PALAVRAS-CHAVES: Teratoma | Constatação clínica | Tratamento

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1780

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hamartoma fibroso paratesticular da infância: raro relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ FAINSTEIN (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), PEDRO DA JUSTA ALBANO DE ARATANHA (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), ADRIANA CRUXEN DAEMON ATOGUIA MASSOTO (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), HELENA NERY LEMOS (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), RICARDO SILVA GUIMARAES (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), BRUNO DE SOUZA BIANCHI REIS (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), MILTON MÄDER DE BITTENCOURT NETO (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS)

RESUMO: Introdução: descrito pela primeira vez em 1956 por Reye, o Hamartoma Fibroso da Infância (HFI) é uma rara condição, mais comumente encontrado em pacientes do sexo masculino e até os 2 anos de idade. Indolor e de crescimento imprevisível, usualmente manifesta-se na porção superior do tronco, braço e axila, podendo ou não causar alterações de pele, como hiperpigmentação e crescimento de pêlos mais grosseiros no local. Nota-se um período de rápido crescimento, cessando próximo aos 5 anos de idade, alcançando tamanho médio entre 1-8 cm, podendo ultrapassar 20cm, como já descrito na literatura. O acometimento da região genital é ainda mais incomum, representando apenas 20% dos casos diagnosticados do HFI. Não se relaciona a síndromes ou história familiar. O diagnóstico diferencial envolve adenopatias e tumores de partes moles, inclusive neoplasias malignas como os sarcomas. Relato de Caso: masculino, 1 ano e 9 meses, sem comorbidades, é trazido por sua mãe ao ambulatório de Cirurgia Pediátrica, relatando aumento do volume em bolsa escrotal à direita. Nega febre, dor, alteração do comportamento, linfonodomegalias ou demais sintomas. Ao exame palpa-se massa fibroelástica, indolor e localizada em face posterior do testículo direito. A ultrassonografia revelou nódulo heterogêneo, mal delimitado, medindo 26 x 14mm posterior ao testículo direito, compondo as estruturas do funículo espermático correspondente e avascular ao Doppler. Foi indicada a cirurgia, realizando a exérese da massa e congelamento per-operatória, sem evidência de malignidade. A anatomopatologia favoreceu o diagnóstico de HFI. Conclusão: com menos de 10 casos relatados de HFI genital até o momento, esta entidade de histogênese indefinida, apresenta-se de forma benigna e sem disseminação metastática. O diagnóstico correto é determinante para que não haja tratamento excessivo, com prejuízos ao paciente. A excisão completa da massa permanece como o tratamento de escolha, apresentando 12-16% de recorrência local. Referências:1- Yu G. et al. Fibrous hamartoma of infancy: a clinical pathological analysis of seven- teen cases. Int J Clin Exp Pathol. 2015- J. Stensby et al. Benign fibrous hamartoma of infancy: a case of MR imaging paralleling histologic findings. Skeletal Radiol. 2014-3- Shahrazad T. et al. Fibrous hamartoma of infancy: a clinicopathologic analysis of 60 Cases. Am J Surg Pathol. 2014-4- Sengar M. et al. Paratesticular fibrous hamartoma in an infant. Singapore Med Journal. 2012

PALAVRAS-CHAVES: Hamartoma Fibroso da Infância | massa paratesticular | tumor na infância

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1783

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ENTEROSTOMIAS TEMPORÁRIAS EM RECÉM-NASCIDOS: QUANDO FECHAR?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BIANCA LISA DE FARIA (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA), HENRIQUE AUGUSTO LINO (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA), DANILO NADAL RODRIGUES (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA), SÍURA APARECIDA BORGES SILVA (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Abdome agudo complicado em recém nascidos pode culminar na necessidade de uma enterostomia temporária (ENT). Considerando suas consequências pós-operatórias, o momento ideal para o fechamento dessa ostomia ainda é controverso. OBJETIVOS: Determinar, baseando-se em evidências, se há um momento ótimo para o fechamento da enterostomia (FE) em lactentes (LA). MÉTODO: Revisão bibliográfica com os descritores DeCS/MeSH ?Ostomy;closure?, ?Timing?, ?Infants?, no ACCESSSS, PubMed, Scielo e Cochrane Library sendo selecionados sete artigos.RESULTADOS: As complicações relacionadas ao FE em LA ocorrem em até 20% dos casos. Tradicionalmente, o FE não é realizado antes de 6 semanas a partir da ENT. Entretanto, após esse período, o momento ideal para sua realização é questionável. Alguns autores defendem FE precoce (até 8 semanas após a ENT) visando minimizar potenciais complicações metabólicas e nutricionais. Enquanto alguns estudos demonstraram que a cirurgia no intestino pode ser segura em LA com pesos tão baixos quanto 2Kg, defendendo, assim, o FE precoce, outros sugerem maior segurança quando o FE ocorre entre 3 a 6 meses, devido ao maior peso e maturidade da criança. Segundo Kim (2014), o peso inferior a 2,660Kg no momento do FE é um fator de risco significativo para complicações após essa intervenção cirúrgica. Ademais, estudos concluíram que FE precoce associou-se à maior tempo de ventilação e nutrição parenteral, além de mais reintervenções. No entanto, duas revisões sistemáticas e metanálises publicadas por Struijs (2012) e Zani (2016) concluíram que as taxas de complicações em LA que realizaram FE precocemente X FE tardiamente não diferiram. CONCLUSÃO: O melhor momento para realizar o FE em LA, ainda é controverso e, portanto, estudos com um nível mais elevado de evidência são necessários. Enquanto isso, a definição do melhor momento para FE deve basear-se superação do trauma cirúrgico anterior e na avaliação das repercussões nutricionais e metabólicas da ENT para cada paciente.

PALAVRAS-CHAVES: enterostomia;fechamento |tempo|lactentes

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1867

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Coletitíase associada ao uso de ceftriaxona para gastroenterite em criança: Relato de caso e revisão da literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS TEIXEIRA BRANDT (FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA), MARIA CECÍLIA SANTOS CAVALCANTI MELO (FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA), MONIZE NAARA LOURENÇO DE MORAIS SOARES (FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA), DANIELLA BANDIM CRUZ (FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA)

RESUMO: Ceftriaxona é usada para tratamento de gastroenterite em criança quando há internamento hospitalar, tendo como complicação possível a ocorrência de colelitíase nos primeiros dias da administração desse antimicrobiano. O manuseio desse efeito colateral permanece discordante entre cirurgiões. O relato atual tem por objetivo abordar visões distintas entre dois cirurgiões pediátricos e interrogar o peso da evidência entre as condutas propostas. Relato do caso: MSAS, leucoderma, gênero feminino, idade de 3,5 anos, admitida em hospital por gastroenterite e desidratação. No plano terapêutico houve a inclusão de ceftriaxona. Após três dias, a criança curou a gastroenterite, entretanto passou a apresentar dor abdominal que requeria analgésico e antiespasmódico. Uma ultrassonografia do abdômen revelou presença de múltiplos cálculos com tamanho médio de 0,4cm. Na evolução, as dores abdominais se tornaram mais frequentes e intensas. Após 10 dias de alta hospitalar, nova ultrassonografia evidenciou a presença de imagem ecogênica medindo 1,5cm, compatível com cálculo. A presunção era de que a colelitíase estaria relacionada ao uso de ceftriaxona. As opiniões dos cirurgiões pediátricos divergiam quanto à necessidade de colecistectomia de urgência. O quadro de dor abdominal importante e persistente continuou. Ultrassonografias de seguimento evidenciaram mudança de aspecto do cálculo passando do aspecto multilobulado sugerindo conglomerado de bile compacta. Na última, foram observados três pequenos cálculos, o maior deles medindo 0,3cm (?pseudolitiase?). O argumento de um dos cirurgiões de que essa situação era mais grave, pois acrescentava a possibilidade de produzir icterícia ou pancreatite pesou na aceitação pelos pais da colecistectomia. A criança foi operada com sucesso e a evolução foi satisfatória. Comentários: O manuseio da pseudolitiase por ceftriaxona ainda é controverso e evidências adicionais são necessárias para a conduta padrão ouro na resolução desses casos. Síndrome pós colecistectomia necessita estar incluída nessa tomada de decisão.

PALAVRAS-CHAVES: Ceftriaxona | Colelitíase | Síndrome pós-colecistectomia

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1875

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SEQUESTRO PULMONAR ASSINTOMÁTICO EM PACIENTE DE 12 ANOS: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI), JOSÉ ALFONSO MONESTEL MONTOYA (UNIVALI), GUILHERME AVELAR FERREIRA (UNIVALI), TUAMI VANESSA WERLE (UNIVALI), MARIANA ZAMPROGNO TEZZA (UNIVALI), JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O sequestro pulmonar ocorre em aproximadamente 0,15 a 6,45% de todas as malformações pulmonares, caracterizando-se por um tecido pulmonar normal e não-funcionante, sem conexão com a árvore brônquica e com suprimento arterial da circulação sistêmica. É a terceira causa de malformação pulmonar congênita. Pode ser intra ou extra-lobar e habitualmente não há sintomas. A sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida. **RELATO DE CASO:** H.C.N., 12 anos, feminina, procurou o pronto-socorro do Hospital Infantil Pequeno Anjo, em Itajaí/SC ? Brasil, com queixas de febre, astenia e vômitos há 7 dias, além de perda ponderal de 2 Kg e dor torácica ventilatório-dependente. Fez uso de amoxicilina, sem melhora dos sintomas. Ao exame físico, apresentava ronos discretos em base pulmonar esquerda. Hemograma com leucocitose ($25.400/\text{mm}^3$) e neutrofilia (81%). Radiografia de tórax com consolidação não-homogênea em base esquerda, sendo então internada por pneumonia. Evoluiu melhora clínica e laboratorial, porém radiografia de tórax evidenciou imagem opaca, arredondada, projetada em base esquerda, em situação posterior, com várias imagens hidroaéreas em seu interior. Para melhor definição, foram realizadas tomografia de tórax e angioressonância, as quais evidenciaram a presença de sequestro pulmonar intra-lobar. A paciente foi avaliada pela cirurgia pediátrica e programada cirurgia ambulatorial. Recebeu alta no sétimo dia de internação com melhora dos sintomas. **DISCUSSÃO:** O sequestro pulmonar intra-lobar é um segmento do parênquima pulmonar situado dentro do revestimento pleural normal do pulmão, não conectado à árvore traqueobrônquica e suprido por circulação arterial sistêmica anômala. É três vezes mais frequente que o extra-lobar. Localiza-se mais comumente no segmento póstero-basal do lobo inferior esquerdo. Os pacientes assintomáticos ao nascer podem evoluir com tosse, hemoptise e pneumonias de repetição, sendo essa última o achado mais comum, ou ainda permanecerem assintomáticos até terem seu diagnóstico de forma acidental (15,5% nos casos de sequestrações intralobares e 10% nos casos de sequestrações extralobares). O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica da lesão através de sequestrectomia ou lobectomia pulmonar e prognóstico é favorável.

PALAVRAS-CHAVES: Sequestro pulmonar | Malformação congênita | Assintomático

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1876

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CORPO ESTRANHO FIXO EM PALATO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI), JOSÉ ALFONSO MONESTEL MONTOYA (UNIVALI), GUILHERME AVELAR FERREIRA (UNIVALI), TUAMI VANESSA WERLE (UNIVALI), MARIANA ZAMPROGNO TEZZA (UNIVALI), JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Corpos estranhos no trato aerodigestivo constituem um problema freqüente em serviços de emergência, sobretudo na faixa etária pediátrica. Embora raro, um corpo estranho deglutido ou aspirado, pode ser projetado, impactar e fixa-se na orofaringe, mantendo-se clinicamente silencioso, dificultando o pronto diagnóstico e aumentando o risco de morbidade. RELATO DE CASO: J.B.S., 1 ano e 1 mês de idade, encaminhada ao serviço de Cirurgia Pediátrica (CIPE) do Hospital Universitário Pequeno Anjo em Itajaí/SC ? Brasil, por apresentar uma tumoração inespecífica e imóvel, de coloração amarelada localizada entre o palato duro e o mole, percebida pela genitora há dois meses. Possuía exames radiográficos de tórax e pescoço, ambos sem alterações. Avaliada pela CIPE que optou pela biópsia da lesão. Durante o procedimento, estando a paciente sob anestesia geral inalatória e intubação orotraqueal, ao pinçar-se a lesão, um corpo estranho despreendeu-se. Tratava-se de um objeto circular de plástico, provavelmente um lacre de segurança contido em latas de condimentos. Tal objeto encontrava-se fixo pelas projeções que a mucosa fazia sobre o mesmo. Durante o seguimento ambulatorial a criança não mostrou qualquer sequela. CONCLUSÃO: A presença de corpo estranho na via aérea da criança continua sendo uma importante causa de morbimortalidade. A população pediátrica entre dois e quatro anos é responsável por 80% dos corpos estranhos ingeridos. Como a ingestão normalmente ocorre em períodos sem supervisão, o diagnóstico torna-se complicado, pois nenhuma história clara é obtida.

PALAVRAS-CHAVES: Corpo estranho | Palato | Lactente

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1877

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTO ESPLÊNICO COM METAPLASIA ESCAMOSA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI), JOSÉ ALFONSO MONESTEL MONTOYA (UNIVALI), GUILHERME AVELAR FERREIRA (UNIVALI), TUAMI VANESSA WERLE (UNIVALI), MARIANA ZAMPROGNO TEZZA (UNIVALI), JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNIVALI)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Cistos esplênicos não-parasitários (CENP) derivam do revestimento celular mesotelial da cápsula do baço e são considerados raros, ocorrendo em 0,5 ? 2% da população. Podem permanecer assintomáticos por anos e, geralmente, são descobertos incidentalmente em exames de imagem ou durante a investigação de dor abdominal recorrente. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 10 anos, apresentando queixa de dor abdominal difusa, por vezes se concentrando em região epigástrica, há cerca de um ano, com início insidioso e piora progressiva da intensidade. Na investigação, a tomografia e ultrassonografia de abdome demonstraram massa cística localizada em topografia de grande curvatura do estômago próximo ao baço. Foi optado pela videolaparoscopia, onde identificou-se presença de um cisto na face ventral do baço. No intra-operatório foi decidido pela esplenectomia. Na análise anatomopatológica, identificada cavidade cistóide preenchida com material mucoso e com superfície interna lisa com achados histopatológicos compatíveis com cisto esplênico de inclusão mesentérica associado à metaplasia escamosa do epitélio. Paciente evoluiu sem complicações, recebendo alta hospitalar após 48 horas. **DISCUSSÃO:** O primeiro caso de cisto esplênico não-parasitário foi descrito por Andral em 1929. Os cistos esplênicos primários correspondem à 10% dos CENP, podendo ter origem congênita ou neoplásica. Ocorrem predominantemente em crianças e adolescentes e costumam ser assintomáticos até adquirirem grande dimensão, momento em que causam dor abdominal local ou referida. Podem ocasionar, também, distensão abdominal e compressão de estruturas adjacentes. O diagnóstico pré-operatório é raro, mas pode ser suspeitado em casos de cisto uniloculado sem história de trauma anterior, infecção ou exposição à infecção hidática. Exames de imagem podem ser úteis evidenciando a topografia da massa cística, porém o diagnóstico é firmado pelo exame histopatológico. Os exames laboratoriais usualmente são normais. O tratamento convencional é cirúrgico, porém o tratamento conservador pode ser opção em cistos com até 5 cm de diâmetro, totalmente assintomáticos e com características absolutamente típicas de CENP. Nos casos com indicação cirúrgica, com a crescente indicação da conservação do baço para preservação da sua função imunológica, bons resultados e baixa recorrência tem sido obtidas com a esplenectomia parcial e cistectomia parcial, inclusive com métodos laparoscópicos.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto esplênico | Metaplasia escamosa | Dor abdominal

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1878

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ATRESIAS JEJUNO-ILEAIS MÚLTIPLAS EM RECÉM-NASCIDO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI), JOSÉ ALFONSO MONESTEL MONTOYA (UNIVALI), GUILHERME AVELAR FERREIRA (UNIVALI), TUAMI VANESSA WERLE (UNIVALI), MARIANA ZAMPROGNO TEZZA (UNIVALI), JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A atresia de jejuno proximal é uma causa comum de obstrução intestinal em recém-nascidos, sendo que a associação desta com múltiplas atresias intestinais é uma entidade mais rara. O achado radiológico de "tripla bolha" numa obstrução de jejuno proximal leva a um diagnóstico precoce. Porém, um diagnóstico mais tardio pode ocorrer devido à ausência de clínica específica, resultando em maior morbimortalidade. O tratamento de escolha é a intervenção cirúrgica precoce. Embora grande parte dos pacientes evoluam bem após a correção cirúrgica, alguns necessitam de apoio nutricional parenteral prolongado, sofrem de síndromes de má absorção, estenose intestinal e síndrome do intestino curto. CASO CLÍNICO: RN de O.R., 2º dia de vida, encaminhado ao Hospital Infantil Pequeno Anjo ? Itajaí/SC ? Brasil, apresentando vômitos biliares, recusa do leite materno e ausência de eliminação de mecônio desde o nascimento, evoluindo com distensão abdominal. Gestação sem intercorrências, a termo, com história de polidrâmnio. Na radiografia simples de abdome, evidenciou-se presença de "tripla bolha" e ausência de ar em intestino grosso e reto, com diagnóstico de atresia de jejuno proximal, sendo encaminhado à cirurgia. No transoperatório, visualizada dilatação de jejuno proximal e sete atresias jejuno-ileais (seis do tipo I e uma do tipo III), sendo a primeira localizada a 8 cm de ângulo de Treitz. Realizada ressecção e anastomoses término-terminais em todas as obstruções. Na primeira foi realizada modelagem da alça pela técnica de De?loremier, devido a dilatação do jejuno proximal. O diagnóstico pós-operatório foi atresia jejuno-ileal múltipla. No 12º dia pós-operatório houve deiscência de sutura de duas anastomoses, necessitando de reintervenção. A paciente recebeu alta hospitalar após 14 dias, com total alimentação via oral. DISCUSSÃO: Os sintomas mais comuns descritos na literatura foram também os apresentados pelo paciente. O diagnóstico precoce é muito importante para uma intervenção cirúrgica precoce. Como os sinais/sintomas clínicos são inespecíficos, o raio-x simples de abdome é um método rápido e simples, e foi utilizado para confirmação diagnóstica deste caso, com a presença do sinal da "tripla-bolha?". Apesar do uso de múltiplas anastomoses apresentar maior chance de deiscência, é de fundamental importância para evitar a síndrome do intestino curto, comum quando realizada ressecção total e anastomose.

PALAVRAS-CHAVES: Atresia | Recém-nascido | Intestino

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1886

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Hérnia Diafragmática Congênita de Morgagni

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MURILO MASANOBU TOMIYOSHI (UNICESUMAR), ELIETI ROZADA BENITEZ (UNICESUMAR), ANELAINE SAMALA BRUNELLI (UNICESUMAR), EDUARDO JORGE VERDELHO (UNICESUMAR), JOÃO PAULO DA SILVA SANTOS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), AGNALDO SÉRGIO VIVAN FILHO (UNICESUMAR)

RESUMO: Introdução: Acomete entre 1:2000 e 1:4000 nascidos vivos e constitui 8% das principais anomalias congênitas, predomínio no sexo masculino (1,5 : 1). Os defeitos podem ser uni ou bilaterais, sendo à esquerda mais frequente, incidência de 75 a 90%. Hérnia diafragmática congênita (HDC) de Morgagni, entre a origem costal e esternal do diafragma, representam apenas 1 a 2% das HDC. Merece tratamento cirúrgico eletivo, mesmo em assintomáticos, evitando complicações (hérnias encarceradas e estrangulamento intestinal). Cirurgia mais indicada é via laparoscópica que consiste na redução das vísceras, ressecamento de saco herniário e fechamento do defeito por sutura da borda posterior do diafragma à lâmina posterior do músculo reto abdominal. Este trabalho tem finalidade de descrever caso de hérnia diafragmática de Morgagni, mais comum no sexo masculino e rara na idade encontrada. Relato do Caso: Paciente ACBO, masculino, 1a e 8m, procura serviço da UPA Zona Sul de Maringá ? PR com vômitos após ter ingerido salgadinhos, sendo medicado com sintomáticos e alta médica. Após 4 dias, retorna devido persistência do quadro, piora do estado geral, recusa alimentar, dor abdominal, realizado exames laboratoriais e Raio X de tórax, condizente com diagnóstico de pneumonia em base pulmonar direita e iniciado antibioticoterapia endovenosa. Seguiu internado para Hospital Municipal de Maringá ? PR. Após piora brusca do estado geral, distensão abdominal, parada eliminação de flatos, gemência, nova avaliação médica e novos exames, foi constatado ausculta de ruídos hidroaéreos em base do tórax à direita e visualizado no RX conteúdo do trato gastrointestinal em região torácica, ultrassonografia torácica com massa em região torácica compatível com intestino. Foi encaminhado à cirurgia pediátrica do Hospital Universitário Regional de Maringá ? PR (HUM) devido à hipótese diagnóstica de abdômen agudo obstrutivo e hérnia diafragmática. No HUM foi diagnosticado hérnia diafragmática de Morgagni, encaminhado para tratamento cirúrgico videolaparoscópico, mantido em UTI no pós operatório por 2 dias, com dreno de tórax e após na enfermaria até término antibioticoterapia. Conclusão: Conclui-se que a HDC de Morgagni é uma condição rara nessa idade, sendo o prognóstico bom quando diagnosticado e tratado precocemente. Nesse sentido, a avaliação médica completa e amplo repertório de diagnósticos diferenciais se tornam necessárias, inclusive em doenças consideradas raras, para bom prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA | HÉRNIAS DIAFRAGMÁTICAS CONGÊNITAS | HÉRNIA

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1887

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TORÇÃO DE TESTÍCULO CRIPTORQUIDICO MIMETIZANDO ENCARCERAMENTO DE HÉRNIA INGUINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONI LEONARDO TEIXEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SINOP/FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA DE SINOP)

RESUMO: OBJETIVO: Apesar de alguns relatarem o risco aumentado de torção em testículos criptorquídicos, a ocorrência é muito baixa em comparação com a torção em testículo tópico, com isso, o presente trabalho tem a finalidade de apresentar um caso de torção de testículo ectópico, mimetizando uma hérnia inguinal encarcerada. RELATO DE CASO: Menino com 11 anos de idade, com história progressiva de criptorquia a direita, apresenta dor inguinal súbita há 3 dias, com abaulamento local, depois de 2 dias, procurou serviço médico de referência, onde foi solicitado US, e na ocasião o mesmo mostrava testículo criptorquídico e hérnia inguinal (encarcerada?), foi encaminhado ao serviço de cirurgia pediátrica, e no exame físico, percebeu-se a ausência do testículo em hemi bolsa, nódulo duro, doloroso com hiperemia local e de difícil redução, em região inguinal direita. Solicitado nova US, que mostrou testículo ectópico, sem fluxo local, e ausência de hérnias. O menor foi submetido a inguinotomia, com evidência de torção completa do cordão espermático, e necrose em toda extensão testicular. Realizado orquiectomia do testículo direito e orquipedexia, por via escrotal do testículo contra-lateral, com excelente evolução pós operatória. CONCLUSÃO: A torção testicular ectópica é uma entidade rara, mas, no entanto, é importante que se faça presente no diagnóstico diferencial, nos abaulamentos inguinais dolorosos, fazendo necessário o diagnóstico rápido, ainda mais quando se percebe a ausência do testículo na bolsa escrotal. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS Fouad Hajji Ahmed Ameer. Torsion of the appendix testis in an undescended testicular. Pan Afr Med J. ; 22: 265, 2015. Natarajan M, et al. Abdominal wall ectopic testis torsion mimicking a Spigelian hernia in an adult. Ann R Coll Surg Engl;:e1-e4, 2016. Ito Y; Kitamura H. Antenatal ultrasound visualization of left testis that then vanished after birth. Pediatr Int;56(6):928-30, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: criptorquia | torção testicular | infância

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1965

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DO CISTO DE COLÉDOCO COM TUBO DE MONTI NA CRIANÇA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO SÉRGIO DE SOUZA RODRIGUES FILHO (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), DANIELA COSTA ANASTÁCIO (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), GABRIEL FERNANDES DIAS (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), ADRIANA CARTAFINA PEREZ-BÓSCOLLO (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), ROBSON AZEVEDO DUTRA (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), LUIS GUSTAVO SABINO BORGES (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), LEANDERSON RODRIGUES BONFIM (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), EDUARDO CREMA (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO)

RESUMO: Introdução: Cisto de colédoco é uma afecção que cursa com a dilatação das vias biliares. A tríade clássica envolve massa palpável, dor abdominal e icterícia. O exame diagnóstico de escolha é a CPRE e o tratamento padrão é a ressecção cirúrgica das vias biliares com reconstrução em Y de Roux e Colectomia a depender da classificação de Todani. O objetivo desse trabalho é mostrar nova opção cirúrgica aplicando o princípio de Monti em pacientes pediátricos com o intuito de uma reconstrução mais fisiológica das vias biliares. Relato de Caso: PAR, feminino, 7 anos, previamente hígida, acompanhava há 1 ano no ambulatório de cirurgia pediátrica com história de vômitos aos 6 meses de vida, intensos, de coloração amarela esverdeada, com duração de 3 a 4 dias, associados a cólicas abdominais moderadas, com remissão por alguns meses sendo o último episódio há 8 meses, além de quadros de icterícia. Em investigação foi realizado USG de abdome que evidenciou cisto de colédoco. Foi admitida na UTI pediátrica assintomática e sem alterações de TGI e TGU para exérese de cisto de colédoco com anastomose biliodigestiva em Tubo de Monti e Colectomia por videolaparoscopia. Optou-se pela reconstrução da via biliar com interposição de segmento jejunal pediculado, entre a bifurcação dos hepáticos e o duodeno, a partir de segmento de 5cm de alça jejunal a 40cm do ângulo de Treitz. Foi feita secção longitudinal entre as bordas antimesentérica e mesentérica do segmento, formando um retângulo pediculado que em seguida foi anastomosado em sua face proximal ao pedículo. Iniciada a retubularização transversa da alça, com formação de um tubo de 3cm, realizou-se fenda transmesocólica para passagem do tubo, anastomose jejuno-jejunal término-terminal para reconstrução do trânsito, anastomose entre o tubo e o ducto hepático comum, e anastomose do tubo à sua segunda porção duodenal. Paciente evoluiu no PO com dor abdominal e distensão gasosa, sendo realizado CPRE que evidenciou ausência de dilatação de vias biliares, tubo de Monti pérvio. A USG de abdome evidenciou ausência de líquido livre em cavidade. Evoluiu com melhora e aceitação de dieta. Conclusão: A reconstrução do trânsito biliar com a aplicação do princípio de Monti tem sido satisfatória e eficiente em adultos e crianças, com melhora do quadro clínico e dos exames de imagem, permitindo ainda o acesso endoscópico às novas vias. O procedimento é simples e executável, revelando-se como opção cirúrgica para cisto de colédoco.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto do Colédoco | Reconstrução | cirurgia Laparoscópica

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 1978

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PÂNCREAS ANULAR - IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARDO OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), CLAUDIA BEATRIZ OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO), BRUNA ILA BETHLEM TELLES (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), EDMO FRANCO (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO), BRUNO ESPÍRITO-SANTO ARAÚJO (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO), ANNA PAULA CASTRO NUNES TERRIGNO (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO), SANDRA HELENA DOS SANTOS VICTAL (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO), TAISA MIKSUCAS PIMENTA (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO)

RESUMO: Introdução: O pâncreas anular é uma malformação congênita rara que ocorre em cerca de 1:10.000- 20.000 nascimentos¹. Ocorre entre a 5ª e a 8ª semana de gestação e caracteriza-se pelo envolvimento parcial ou total da segunda porção duodenal por uma banda de tecido pancreático, que determina graus variados de obstrução duodenal extrínseca. O achado ecográfico durante o pré-natal do ? sinal da dupla bolha?, que resulta da dilatação simultânea do estômago e duodeno, propicia diagnóstico e tratamento precoces evitando possíveis complicações. Relato do caso: Recém-nato, prematuro, sexo feminino, nascido de parto cesáreo, idade gestacional de 34 semanas, Apgar 9/9, pequeno para idade gestacional. Peso de nascimento=1560gr, bolsa rota há 12 horas, com história materna de diabetes e de doença hipertensiva gestacional. Após o nascimento evoluiu com desconforto respiratório, membrana hialina, permanecendo em dieta zero por suspeita de obstrução intestinal pois havia relato de ultrassom obstétrico evidenciando ?sinal da dupla bolha? no segundo trimestre de gestação. A radiografia simples de abdome ao nascimento revelou dilatação gástrica e duodenal. Foi iniciado nutrição parenteral e passado sonda nasogástrica. Após estabilização do quadro respiratório, foi submetido no terceiro dia de vida a tratamento cirúrgico. No ato operatório foi confirmado o diagnóstico de pâncreas anular associado a atresia duodenal. Realizado anastomose duodeno-duodenal látero-lateral e passagem de sonda enteral trans-anastomótica. Foi iniciada dieta enteral no terceiro dia de pós ? operatório e boa evolução clínica. Atualmente em seio materno com ganho de peso satisfatório. Conclusão: Uma vez que em nosso meio nem todos os centros estão equipados com suporte de terapia intensiva neonatal e cirurgia pediátrica, a suspeição diagnóstica através do ultrassom pré-natal permite referenciamento para centro terciário favorecendo diagnóstico e tratamentos precoces, evitando complicações e possibilitando o diagnóstico de outras malformações associadas.

PALAVRAS-CHAVES: PÂNCREAS ANULAR | DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL | SINAL DA "DUPLA BOLHA"

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2010

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA APÓS CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ATRESIA DE ESÔFAGO COM FÍSTULA TRÁQUEO-ESOFÁGICA DISTAL: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR (FACULDADE ATENAS), BERNARD MOREIRA DE OLIVEIRA (FACULDADE ATENAS), LAURA CÉSAR ANTUNES (FACULDADE ATENAS), CARELL PERES MARRA (FACULDADE ATENAS), ISADORA BRAGA GARCIA NUNES (FACULDADE ATENAS), IURY CAMARGOS NERY FERREIRA (FACULDADE ATENAS), DÉBORA PENNAFORT PALMA (FACULDADE ATENAS), ADÃO JAIR DE SOUZA (FACULDADE ATENAS)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Atresia esofágica é uma anomalia congênita, de etiologia desconhecida, representada pela formação incompleta do esôfago, podendo haver ou não comunicação com a traquéia. Acomete um em cada 2500 a 3000 nascidos vivos com discreto predomínio em indivíduos brancos e do sexo masculino. Os sintomas variam de acordo com tipo de atresia e a presença ou não de fístula traqueoesofágica. O diagnóstico geralmente é confirmado durante as primeiras 24 horas de vida, podendo ser suspeitado durante o pré-natal. O tratamento é cirúrgico visando corrigir a anomalia. **RELATO DE CASO:** Recém-nascido, sexo feminino, 24 horas de vida, nascido a termo por parto cesáreo eletivo. Ao exame: escala de Apgar 8/9, peso de 3100g e comprimento de 47 cm, perímetro cefálico de 34 cm e perímetro torácico de 32 cm. Secreção salivar abundante e grande quantidade de líquido amniótico em boca e narinas. Houve falha na progressão de sonda orogástrica durante atendimento em sala de parto e evoluiu com quadro de engasgos e tosse. Paciente foi admitido em unidade de terapia intensiva neonatal, com suspeita de atresia de esôfago, solicitou-se radiografia de tórax e abdome contrastados no leito. Realizado o diagnóstico de atresia de esôfago com fístula tráqueo-esofágica. Paciente foi encaminhado à cirurgia pediátrica, com achado intraoperatório de atresia esofágica com fístula tráqueo-esofágica distal, realizou-se traqueoplastia com correção da fístula tráqueo-esofágica, correção da atresia de esôfago com fístula tráqueo-esofágica por anastomose esôfago-esofágica término-terminal e drenagem extrapleurar do sítio anastomótico com dreno laminar de penrose. Paciente evoluiu com infecção de ferida operatória com drenagem de secreção purulenta em abundante quantidade no quinto dia de pós-operatório, iniciado antibioticoterapia com ciprofloxacino e metronidazol, após sete dias, houve melhora do quadro infeccioso. **CONCLUSÃO:** A atresia esofágica é a anomalia mais frequente do esôfago. Clinicamente, apresenta-se com salivação abundante e aerada, pela impossibilidade de deglutição, e falha na sondagem gástrica. O diagnóstico pode ser feito no pré-natal ou, na maioria dos casos, ao nascimento. A doença representa um grande desafio para a maioria dos cirurgiões pediátricos; sendo necessária a reparação cirúrgica nos primeiros dias de vida. O diagnóstico e abordagem cirúrgica precoce resultam em diminuição da mortalidade e melhora da qualidade de vida destes pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Esofagopatias | Atresia de esôfago | Fístula tráqueo-esofágica

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2188

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTÍCULO DE MECKEL COM FISTULIZAÇÃO PARA CICATRIZ UMBILICAL ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BEATRIZ DURANTE PASIN (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO), FABRICIO NUNES ZACCA (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO), MARJORYE DA FONSECA ZACCA (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO), MAURICIO GIUSTI CALDERON (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO), LEONAN TAVARES GALVAO (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO), ANA FLAVIA SACCARDO RATTI (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO O divertículo de Meckel (DM) origina-se da falha na obliteração e absorção do ducto onfalomesentérico durante o primeiro trimestre de vida fetal. Localiza-se na borda antimesentérica do íleo a aproximadamente 60 a 90 cm da válvula ileocecal. Em aproximadamente 50% dos casos possui tecidos ectópicos, sendo os mais encontrados aqueles de origem gástrica e pancreática. O DM é a anomalia gastrointestinal congênita mais comum, com prevalência que varia de 1 a 4% na população geral. As principais complicações nos adultos são as obstruções, a diverticulite aguda e as neoplasias, já na população pediátrica, o sangramento gastrointestinal baixo é a principal complicação. A formação de fístulas (entre os órgãos abdominais), a herniação (da parede abdominal) e a hérnia de Littre (protrusão do divertículo de Meckel através de um defeito da parede abdominal) são complicações bem descritas. Entretanto, a herniação umbilical do divertículo de Meckel é extremamente rara, sendo encontrado poucos casos na literatura. O tratamento cirúrgico, sempre indicado na sintomatologia e/ou complicações, consiste em exérese propriamente dita do divertículo ou ressecção envolvendo segmento ileal maior. RELATO DE CASO Paciente do sexo masculino, 4 meses de idade, bom estado geral, em acompanhamento com a pediatria desde o nascimento por granuloma em região umbilical com saída de secreção serosa (semelhante a urina). Realizado fistulografia que evidenciou contraste em alças intestinais, sendo assim, indicado laparotomia exploradora. No intra-operatório foi identificado um divertículo de Meckel fistulizado para cicatriz umbilical. Foi optado por ressecção em cunha do divertículo. Iniciado dieta no 2º pós-operatório com boa aceitação e alta hospitalar no 4º pós-operatório sem complicações. Criança assintomática até o momento. CONCLUSÃO O DM com fistulização em cicatriz umbilical, por ser muito rara, é de difícil diagnóstico. O reconhecimento precoce da patologia permite o tratamento cirúrgico e minimiza os riscos de complicações.

PALAVRAS-CHAVES: DIVERTICULO DE MECKEL | FÍSTULA CUTANEA | CRIANÇA

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2191

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: APENDICITE AGUDA COM PERITONITE EM LACTENTE - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULA REGINA DA SILVA TAVARES (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ)

RESUMO: A apendicite aguda é a emergência cirúrgica mais frequente na criança, ocorre desde o período neonatal até a adolescência, sendo mais comum entre os 4 e os 14 anos, e rara nos primeiros 2 anos de vida. A obstrução da luz do apêndice é o principal agente desencadeante. O quadro clínico na pediatria é por vezes pouco evidente e de evolução rápida, dificultando o diagnóstico e facilitando complicações, como peritonite, obstrução intestinal e abscessos pélvicos ou subfrênico. É necessário que o médico conheça a história natural da doença e as várias formas de apresentações de acordo com as faixas etárias, bem como as indicações e necessidade de rápida intervenção cirúrgica. Relato de Caso: P.H.S.T., sexo masculino, 1 ano e 11 meses, deu entrada em emergência pediátrica com dor abdominal difusa e recusa alimentar, e histórico de febre baixa nos 2 dias anteriores. O hemograma, veio sem alterações. Paciente teve alta com prescrição de analgésico e antigases. Ao quinto dia de doença, apresentou febre de 38°C, dor ao defecar e fezes pastosas. Retornou a emergência pediátrica, foi realizado hemograma, EAS e USG de abdome total, os dois primeiros sem alterações e o último com grande meteorismo intestinal difuso. Paciente foi transferido e internado em um hospital com serviço cirúrgico. Foi solicitado TC de abdome total com contraste e hemograma, o primeiro evidenciando apendicite aguda com sinais de peritonite, e o segundo, leucocitose. Ex físico: REG, fáscies de dor e irritabilidade, taquipnéia. Abdome distendido, doloroso difusamente a palpação, timpânico à percussão. Nega-se a deambular. Conduta: Analgesia e antigases, Ceftriaxona e Metronidazol EV, Apendicectomia com drenagem de cavidade abdominal, via aberta com incisão de Rockey-Davis, anestesia geral, fechamento total da incisão operatória, e emprego de um dreno Pen Rose. Acréscimo de Cefepime por Pneumonia Hospitalar. Ex. Subsidiários: Hemograma que evidenciou leucocitose só no sexto dia de doença, PCR em 192 mg/L. Evolução: Penrose retirado no 7º dia de pós operatório, e drenagem de abcesso de parede. Após drenagem, houve sucesso na cicatrização. Alta hospitalar 16 dias após a internação. Atualmente, o paciente está no segundo mês de seguimento pós-operatório, hígido e realizando atividades diárias normalmente. O caso relatado evidencia que a agilidade diagnóstica, garante um procedimento cirúrgico de menor complexidade, diminui complicações e riscos para o paciente, e reduz o tempo de internação hospitalar.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite aguda | Apendicectomia | Apêndice

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2202

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INTUSSUCEPÇÃO INTESTINAL COLO-COLÔNICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS ALFENAS), ANDRÉ ÁLVARES FIGUEIREDO SILVA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS ALFENAS), VIVIANE IUNES DA SILVEIRA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS ALFENAS), RODRIGO DUARTE BERDUN SILVA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS ALFENAS), FRANCIÊNE PIMENTA SILVA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS ALFENAS), FERNANDA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS ALFENAS), ALINE STIVANIN TEIXEIRA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS ALFENAS), LARA VARINI SOARES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS ALFENAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A intussuscepção intestinal é uma condição em que um segmento do intestino invagina-se (intussusceptiente) no segmento imediatamente seguinte (intussuscepto). Essa situação é uma das principais causas de obstrução intestinal na população pediátrica, sendo, na maioria dos casos, idiopática provavelmente ocasionada pela hipertrofia linfóide secundária e infecção viral. A entrada do intussusceptiente na luz do intussuscepto leva a oclusão venosa, ocasionando isquemia intestinal; e se não tratada pode evoluir para ruptura do órgão e, conseqüentemente, peritonite. RELATO DO CASO: Paciente de 9 meses de idade, sexo masculino, apresentava quadro de dor abdominal difusa, em cólica e vômitos com início há seis horas. Ao exame físico observou-se massa palpável em fossa ilíaca esquerda e epigástrio além de peristaltismo de luta à inspeção. Toque retal com presença de sangue vermelho escuro e massa não redutível, palpável e de consistência amolecida com característica de intestino obstruindo toda a circunferência interna do reto. No raio-x de abdome foi observado ausência de níveis hidroaéreos. Ultrassonografia abdominal: compatível com intussuscepção colônica. Paciente foi submetido à laparotomia exploradora que revelou intussuscepção colo-colônica. Em seguida, foi feita a redução do intuscepto, bem como a drenagem da cavidade em fossa ilíaca direita e a lavagem da cavidade. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta após dez dias. CONCLUSÃO: O diagnóstico feito através do exame clínico e corroborado com exames de imagem permitiu a rápida intervenção cirúrgica, removendo a parte do intestino acometida e garantindo um bom prognóstico. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1. TAVARES, PB. Urgência em cirurgia pediátrica. ? Revista de Pediatria SOPERJ. 2012; 13(2):35-42.2. PAIVA, MR; TORRES-JÚNIOR, LG; SANTOS, FAV. Intussuscepção intestinal em adultos:relato de caso.ABCD, Arq Bras Cir Dig. 2011;24(3):253-4.3. ILIAS, Elias Jirjoss; KASSAB, Paulo; CASTRO, Osvaldo Antonio Prado. Intussuscepção intestinal. Revista Associação Medica Brasileira. 2012; 58(4):404-405.

PALAVRAS-CHAVES: Intussuscepção | Criança | Cirurgia

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2457

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MIXOMA ATRIAL ESQUERDO GIGANTE: UMA INTERCORRÊNCIA INCOMUM

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DAVI BRAGA DE CARVALHO (FACID), RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO (FACID), ISADORA MARIA MATIAS BATISTA (NOVAFAPI), JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO (FACID), LEONARDO FORTES GOMES (FACID), DÉBORA SARA NEVES LIMA (NOVAFAPI), MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO (NOVAFAPI), RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO (NOVAFAPI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os tumores cardíacos primários são raros, com prevalência estimada de 0,05% em autópsias. Destes, os mixomas atriais são responsáveis por mais de 50% dos casos. Contudo, eles são pouco frequentes em adolescentes e muito incomuns em crianças em idade escolar. Ademais, os portadores destas tumorações podem cursar com manifestações inespecíficas, que contribuem para dificultar o diagnóstico desta doença e retardar o tratamento, sua remoção cirúrgica. RELATO DO CASO: Paciente JFB, 12 anos de idade iniciou com queixa de palpitações tarquicardicas, dor precordial, dispneia aos grandes e médios esforços, mal-estar e tontura relacionadas a esforço físico. Realizou os seguintes exames: tomografia de tórax evidenciando tênue opacidade parenquimatosa heterogênea em base pulmonar esquerda e discreto aumento da área cardíaca; eletrocardiograma evidenciando ritmo sinusal regular, sobrecarga atrial esquerda, distúrbio de condução pelo ramo direito e taquicardia sinusal; ecocardiograma mostrando função sistólica no ventrículo esquerdo no limite inferior da normalidade, hipocinesia difusa em ventrículo direito de grau discreto/moderado, imagem sugestiva de mixoma atrial esquerdo, aumento das cavidades direitas, insuficiência das valvas aorta e tricúspide, derrame pericárdico de grau discreto, aumento atrial de grau importante e hipertensão pulmonar de grau importante. Fechado diagnóstico de mixoma atrial esquerdo foi programada cirurgia de retirada do mesmo, durante a indução anestésica paciente apresentou bradicardia, hipotensão severa seguida de parada cardíaca, realizada manobras de ressuscitação cardiopulmonar e posteriormente abertura de pericárdio. Coração em assistolia com distensão importante, realizada retirada de tumor, porém sem sucesso em reanimação paciente acabou indo a óbito. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A tríade clássica encontrada em portadores de mixoma cardíaco é caracterizada por obstrução ao fluxo sanguíneo, levando à insuficiência cardíaca intermitente, anorexia e perda de peso, e fenômenos embólicos . Outras alterações podem ser identificadas, como fenômeno de Raynaud, anemia e outros. A ecocardiografia foi o método diagnóstico usado, revelando sua grande acurácia, mesmo sendo um método não-invasivo. Atualmente, com os avanços da tecnologia em cirurgia cardíaca, os sucessos são frequentes e a mortalidade reduziu. Contudo, colapsos hemodinâmicos e embolia pulmonar ou sistêmica são perigos constantes que os pacientes enfrentam durante a cirurgia.

PALAVRAS-CHAVES: MIXOMA|GIGANTE|ATRIO ESQUERDO

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2564

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: Teratoma testicular em criança

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRICIA WEIBER SCHETTINI FIGUEIREDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), BRUNO BISOGNIN GARLET (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), ALESSANDRO MENEZES DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), ANA CAROLINE GOMES MORAES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Na criança, os tumores do testículo correspondem a 1 a 2% dos tumores sólidos e 7% dos tumores germinativos. O teratoma é o tipo mais comum de tumor benigno (10 a 20% dos tumores de células germinativas do testículo), sendo a maioria do tipo maduro. Os picos de maior frequência são em menores de 3 anos de idade e após a puberdade, sendo que após os 5 anos os tumores benignos tornam-se mais frequentes do que os malignos. O teratoma de testículo é a segunda neoplasia testicular mais comum. O teratoma puro é sempre benigno, mesmo que algum foco de imaturidade seja encontrado. A maioria é predominantemente cística, podendo apresentar áreas de calcificações. Os teratomas com componentes de células germinativas malignas são tumores mistos em que são encontrados tecidos teratomatosos e, principalmente, tecidos do seio endodérmico, os quais apresentam alfa-fetoproteína positiva, podendo apresentar beta-HCG positivo e PLAP positivo. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 3 anos, com aumento progressivo de volume e endurecimento da bolsa escrotal esquerda desde os 5 meses de idade. Ao iniciar acompanhamento no serviço de Cirurgia Pediátrica da FURG, apresentava quadro clínico de hidrocele, sem delimitação testicular a esquerda, e na ultrassonografia quadro de hidrocele, sem identificação de testículo esquerdo. No acompanhamento, nova ultrassonografia evidenciou testículo esquerdo com tumoração grande e heterogênea, com áreas sólidas e áreas císticas (tumor misto), ocupando metade esquerda de bolsa escrotal, sugestivo de neoplasia. Nos exames laboratoriais: Fosfatase alcalina, alfa-fetoproteína e beta-HCG sem alterações. TC de abdome e pelve (com contraste) dentro da normalidade. Realizada orquiectomia esquerda, por via inguinal, e o paciente evoluiu com boa recuperação. Anatomopatológico: Teratoma cístico maduro do testículo, ausência de atipias, ausência de parênquima testicular viável e margens cirúrgicas livres. CONCLUSÃO: Na população pediátrica, o aumento do volume escrotal mais comum é a hidrocele. Entretanto, nunca se deve excluir outras hipóteses até que se tenha uma confirmação diagnóstica indúbia. Exames séricos como beta-HCG, alfa-fetoproteína e fosfatase alcalina placentária policlonal devem também ser associados com exames de imagem. BIBLIOGRAFIA: Cornejo KM, Frazier L, Lee RS, Kozakewich HP, Young RH. Yolk Sac Tumor of the Testis in Infants and Children: A Clinicopathologic Analysis of 33 Cases. Am J Surg Pathol. 2015 Aug. 39 (8):1121-31.

PALAVRAS-CHAVES: Teratoma | Tumor testicular | Hidrocele

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2611

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ENTEROCOLITE NECROSANTE COMPLICADA POR PERFURAÇÃO INTESTINAL EM RECÉM NASCIDO PREMATURO GEMELAR COM DESFECHO CLÍNICO FAVORÁVEL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELLE MÁIRA DE LIMA MATIJASCIC (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), NAOMÍ MAGALHÃES ROUQUET SEMINARI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: A evolução da enterocolite necrosante complicada por abdômen agudo perfurativo, com peritonite fecal, em recém-nascido prematuro, com desfecho favorável, é um achado raramente descrito. O objetivo do presente painel é apresentar o caso de um recém-nascido com enterocolite necrosante complicada por perfuração em íleo terminal e peritonite fecal, que apresentou evolução clínica satisfatória após tratamento cirúrgico. Recém-nascido prematuro, do sexo feminino, gemelar 1, pesando 1.380 g, nascido por cesariana após 30 semanas de gestação, parto sem intercorrências, Apgar 8/9. No segundo dia de vida desenvolveu icterícia neonatal sendo encaminhado para fototerapia. No 9º. dia, a criança mostrou-se prostrada, com mucosas descoradas, desidratada, taquicárdica, febril, sendo hidratada e introduzida antibioticoterapia sistêmica de amplo espectro por suspeita de sepse neonatal e hemotransfusão com concentrado de hemácias para correção da anemia. No 15º. dia de tratamento evoluiu com queda dos níveis de saturação de oxigênio, distensão abdominal cuja sondagem gástrica deu saída a secreção de coloração amarelo-esverdeada. Apesar das medidas instituídas, no dia seguinte apresentou piora do estado geral, cianose, dificuldade respiratória que necessitou intubação orotraqueal, eliminação de fezes líquidas com muco e sangue de odor fétido e aumento do débito de secreção pela sonda nasogástrica. No 21º. dia, o exame do abdômen identificou hiperemia e edema da parede abdominal, ascite e parada da eliminação de fezes. Os exames laboratoriais mostravam leucocitose com desvio à esquerda, plaquetopenia e PCR elevada. A radiografia simples do abdômen mostrou importante distensão de estômago e intestino delgado com pneumoperitônio. Com suspeita clínica de enterocolite necrosante complicada foi submetida à laparotomia exploradora que identificou, ascite, presença de bloqueio inflamatório no íleo terminal com perfuração no bordo anti-mesentérico da alça intestinal que requereu enterectomia com aproximadamente 10 cm de extensão. Como havia peritonite purulenta/fecal, optou-se pela não reconstituição do trânsito intestinal primariamente sendo confeccionada ileostomia terminal com fístula mucosa distal. Depois de exaustivamente lavada com soro fisiológico, a cavidade abdominal foi fechada por planos deixando-se dreno laminar. Após o tratamento cirúrgico, a recém-nascida evoluiu com melhora lenta e progressiva, recebendo alta hospitalar após 83 dias de internação hospitalar.

PALAVRAS-CHAVES: enterocolite necrosante | prematuro | cirurgia

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2643

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A ocorrência de pneumomediastino pós colecistectomia videolaparoscópica em paciente pediátrico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA BEATRIZ PEREIRA DE SOUZA (UNICEUB), AMANDA LUIZA AGUIAR TAQUARY ALVARENGA (UNICEUB), EDUARDO JOSÉ FERREIRA SALES (UNICEUB), RAFAEL SANTINI TEIXEIRA FRACON (UNICEUB), WALLACE ACIOLI FREIRE DE GOIS (HMIB), MARIANA DIAS ZANCHETTA (HMIB), GUSTAVO WERNECK EJIMA (UNICEUB)

RESUMO: INTRODUÇÃO ? A colecistite aguda se define pela inflamação da vesícula biliar estando majoritariamente associada à presença de cálculos biliares. O tratamento preconizado é a colecistectomia laparoscópica, que permite redução do tempo cirúrgico e hospitalar. Apesar de constituir um procedimento minimamente invasivo, possui, como qualquer ato cirúrgico, riscos inerentes. Dentre as complicações respiratórias, destaca-se o pneumomediastino isolado, com incidência de 0,02%, que pode ser explicado pela passagem de ar da cavidade abdominal para a torácica através de defeitos congênitos no hiato aórtico e esofágico, efeitos da anestesia, manuseio abdominal e administração intra-abdominal de elevada pressão parcial de CO₂. Os sintomas de pneumomediastino mais prevalentes são: dor torácica, dispnéia e febre, sendo o diagnóstico e a terapêutica baseados nas evidências clínicas e radiológicas. Vale ressaltar que a real incidência dessa complicação pode estar subestimada, principalmente pelo fato de não serem clinicamente evidentes. RELATO DO CASO - Paciente do sexo masculino, 11 anos, 73 kg, com quadro clínico de colecistite aguda, confirmado por tomografia computadorizada de abdômen com presença de microcálculos no interior da vesícula biliar e um cálculo de 1 cm impactado no ducto cístico. Para preparação do procedimento cirúrgico realizou-se antibioticoterapia por sete dias. A colecistectomia videolaparoscópica ocorreu sem intercorrências e evidenciou vesícula biliar edemaciada, de paredes espessadas e aderida ao leito hepático. No pós-operatório, antibioticoterapia foi mantida por 14 dias e o paciente evoluiu clinicamente estável. Além disso, foi realizada radiografia de abdômen constatando ausência de alterações abdominais relevantes, enquanto a radiografia de tórax evidenciou pneumomediastino pequeno, que, por não ter provocado repercussão clínica e hemodinâmica, foi adotada abordagem expectante associada à avaliação radiológica periódica. Paciente recebeu alta 5 dias após cirurgia com observações devido a persistência de pequeno pneumomediastino. CONCLUSÃO ? O pneumomediastino isolado é uma intercorrência extremamente rara da colecistectomia laparoscópica. A partir da definição diagnóstica, o tratamento deve ser individualizado, levando em consideração as evidências clínicas, laboratoriais e radiológicas. Vale ressaltar que a real incidência dessa complicação pode estar subestimada, principalmente pelo fato de não serem clinicamente evidentes.

PALAVRAS-CHAVES: COLECISTECTOMIA|VIDEOLAPAROSCOPIA|PNEUMOMEDIASTINO

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2654

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL DE CIRURGIAS EM CRIANÇAS EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DO INTERIOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO NADER GUIDOUX (IMEPAC ARAGUARI), JACKELINE RIBEIRO OLIVEIRA GUIDOUX (IMEPAC ARAGUARI), ANDRÉIA GONÇALVES DOS SANTOS (IMEPAC ARAGUARI), CLEIDINEY ALVES E SILVA (IMEPAC ARAGUARI), JÉSSICA DE CARVALHO ANTUNES BARREIRA (IMEPAC ARAGUARI)

RESUMO: OBJETIVO: Levantar o perfil de cirurgias realizadas em crianças de 0 a 18 anos, correlacionando o procedimento cirúrgico, faixa etária e tipo de anestesia utilizada. MÉTODO: Os dados foram coletados do livro de registro de cirurgias do Hospital Santa Casa de Misericórdia do município de Araguari ? MG, no ano de 2016. Para tabulação, foi utilizado o programa Microsoft Excel, análise estatística simples, quantitativa e descritiva. RESULTADOS: Foram encontrados 457 procedimentos cirúrgicos referentes à 343 pacientes. As cirurgias pediátricas representaram 15,30% do total de cirurgias realizadas no ano de 2016; 74,61% procedimentos estavam distribuídos em 4 tipos de cirurgias: adenoidectomia, amigdalectomia, cesariana e apendicectomia. A mais realizada foi a adenoidectomia com 108 registros, sendo predominante nas faixas etárias de 6 a 9 anos (41%), 2 a 5 anos (37%) e 10 a 14 anos (14%). O segundo procedimento mais executado foi a amigdalectomia, executada 106 vezes, ocorrendo principalmente nas faixas etárias de 6 a 9 anos (22%), 2 a 5 anos (37%) e 10 a 14 anos (13%). Vale ressaltar que, rotineiramente, a amigdalectomia e adenoidectomia foram realizados no mesmo tempo e sob o mesmo tipo de anestesia. O terceiro procedimento mais observado foi a cesárea, com 86 procedimentos, 94% na faixa etária entre 15 a 18 anos e 6% na faixa etária de 10 a 14 anos. O quarto procedimento mais realizado foi a apendicectomia, com 41 registros, sendo mais frequente nas faixas etárias de 15 a 18 anos (37%), 10 a 14 anos (34%) e 6 a 9 anos (27%). A anestesia mais utilizada foi a geral, 50% do total, seguida da raque anestesia, 41% e outros tipos de anestesia com 9%. CONCLUSÃO: Encontrou-se resultados semelhantes ao de outros autores principalmente em relação ao tipo de procedimento por faixa etária. REFERÊNCIAS ALVES, B. A. et al. Criança hospitalizada: caracterização dos procedimentos cirúrgicos em um hospital escola público. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, V. 36, N. 1, supl, ago. 2015. LIMA, A. P. et al. Perfil clínico epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos. Rev. Col. Bras. Cir. V. 43, N.4, 2016. MACIEL, S. S. S. V. et al. Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE. Revista da AMRIGS, Porto Alegre. V. 56, N. 1, Jan-Mar 2012. MARCELINO, T. F. et al. Perfil dos pacientes submetidos à adenoamigdalectomia no Hospital Nossa Senhora da Conceição no ano de 2012 ? 2013. Arq Catarin Med. V. 43, N. 4, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia pediátrica | Análise Estatística | caracterização dos procedimentos cirúrgicos

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2703

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Apendicite Aguda em Criança

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS BARROS BORBA (HOSPITAL CLINICARE), MIRELLA PEREIRA OLIVEIRA BORBA (HOSPITAL CLINICARE), HIGOR VINICIUS ALMEIDA MIRANDA (HOSPITAL CLINICARE), JOSE CELSO DE CARVALHO JÚNIOR (HOSPITAL CLINICARE), LUIS FELIPE DE OLIVEIRA MACEDO RIBEIRO (HOSPITAL CLINICARE)

RESUMO: Introdução: O apêndice é um prolongamento do ceco de forma filiforme com fundo cego, localizado há, aproximadamente, 2,5 cm abaixo da válvula íleo-cecal, na convergência das três tênias colônicas, que é uma referência anatômica cirúrgica com tamanho variado de 5 a 30 cm de extensão. . Relato de caso: Paciente P.G.T, 2 anos, com quadro de dor abdominal de início súbito em região peri-umbilical com posterior piora da dor e se localizando em fossa ilíaca direita, anorexia sem náuseas e vômitos. Exame físico: Dor a palpação em fossa ilíaca direita e Blumberg positivo. Exames laboratoriais: Leucócitos: 16.710 e exame de urina normal. USG: Cavidade abdominal - Ao rastreamento da fossa ilíaca direita, observamos imagem de fundo cego cujo o diâmetro de serosa a serosa atinge 7 mm de diâmetro. Achados sugerem abdome agudo inflamatório de origem apendicular. Escore de Alvarado: Sintomas: Migração da dor -1 ponto; Anorexia - 1 ponto; Náusea e/ou vômitos - 1 ponto; Sinais: Defesa de parede no quadrante inferior do abdome - 2 pontos; Dor a descompressão - 1 ponto; Elevação da temperatura - 1 ponto; Laboratório: Leucocitose - 2 pontos; Desvio a esquerda - 1 ponto, com um total de 10 pontos. Paciente obteve 7 pontos. Resultados: Apendicectomia pela incisão de MacBurney. Anatomopatológico que evidenciou apendicite por hiperplasia linfóide. Conclusão: A apendicite resulta de um processo mecânico de obstrução da luz do apêndice, sendo o fecalito e a hiperplasia linfóide os mais comuns e tendo como outros, corpo estranho, parasitas, tumor, êmbolos sépticos, muco desidratado, torção, invaginação, doença de Crohn, processos infecciosos ileocecais ou peritoneais, podendo sua localização variar de acordo com o posicionamento de sua extremidade, podendo ser retrocecal, pélvico, subcecal e na goteira parietocólica. Referencias Bibliograficas: J Emerg Med. 2017 Feb 28. pii: S0736-4679(17)30003-3. doi: 10.1016/j.jemermed.2017.01.003. [Epub ahead of print]Ultrasound for Diagnosis of Appendicitis in a Community Hospital Emergency Department has a High Rate of Nondiagnostic Studies; Drake FT, Mottey NE, Farrokhi ET, Florence MG, Johnson MG, Mock C, Steele SR, Thirlby RC, Flum DR Time to appendectomy and risk of perforation in acute appendicitis. JAMA Surg. 149(8):837-844, 2014;Goulart RN. Achados principais de exames laboratoriais no diagnóstico de apendicite aguda: uma avaliação prospectiva. ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig. 25(2): 88-90, 2012

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite Aguda | Criança | Abdome

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2739

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Um caso raro de insulinoma em criança.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BEATRIZ DURANTE PASIN (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO), ANA FLAVIA SACCARDO RATTI (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO), MAURICIO GIUSTI CALDERON (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO), FABRICIO NUNES ZACCA (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO), MARJORYE DA FONSECA ZACCA (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO), LEONAN TAVARES GALVAO (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Insulinomas são tumores neuroendócrinos, geralmente benignos e solitários. Sua incidência é rara, principalmente na população pediátrica, onde não há uma estimativa exata de incidência. Seu tratamento definitivo é a remoção cirúrgica tendendo a ter bom prognóstico e baixo índice de reincidência. **RELATO DE CASO** Paciente de 10 anos, do sexo masculino, natural e procedente de São Paulo, Brasil, apresentou 3 episódios de quadro convulsivo tônico-clônico desencadeado por hipoglicemia, durante a investigação, identificou-se numa RNM de abdome uma lesão nodular sólida de 2,2 cm na transição corpo-caudal pancreática. Realizada pancreatectomia corpo-caudal com preservação do baço por videolaparoscopia, cirurgia realizada sem intercorrências. Paciente evoluiu sem fístula pancreática no pós-operatório, recuperando-se bem, tendo alta no 6o PO. O exame anatomopatológico demonstrou tratar-se de um insulinoma benigno único de 2 cm. **CONCLUSÃO** A raridade dos insulinomas em crianças e a falta de estudos, na população pediátrica, a respeito da condição nos levou a publicar este caso.

PALAVRAS-CHAVES: INSULINOMA | PANCREATECTOMIA | CRIANÇA

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2742

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EMBOLIA DE CATETER PICC EM RN ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO BASTOS DE SOUZA MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES), LUCAS CORREIA LINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) É UM DISPOSITIVO DE ACESSO VASCULAR INSERIDO PERIFERICAMENTE, TENDO A PONTA LOCALIZADA EM NÍVEL CENTRAL, NA ALTURA DO TERÇO DISTAL DA VEIA CAVA. DENTRE OS BENEFÍCIOS DO PICC TEM-SE O NÚMERO REDUZIDO DE PUNÇÕES DIÁRIAS, ESTABILIDADE DE ACESSO VENOSO, FACILIDADE DE INSERÇÃO, LONGA PERMANÊNCIA, MENOR RISCO DA OCORRÊNCIA DE FLEBITE QUÍMICA, EXTRAVASAMENTO E INFILTRAÇÃO DE LÍQUIDOS. NO ENTANTO, PODEM SER OBSERVADAS COMPLICAÇÕES, DENTRE ELAS A EMBOLIA O CATETER.RELATO DO CASO: RN PREMATURO, 12º DIA DE VIDA, GEMELAR, NASCIDO DE PARTO CESAREANO, POR ECLÂMPSIA GRAVE NA 35ª SEMANA DE GESTAÇÃO, EM ANTIBIOTICOTERAPIA. NO 9º DE USO DE PICC, APRESENTOU FRATURA DO MESMO NA SUA INSERÇÃO EM PÉ DIREITO. REALIZADA RADIOGRAFIA SIMPLES DE ABDOME, CONSTATADA A EMBOLIA DO CATATER. INICIALMENTE SUBMETIDO A INGUINOTOMIA DIREITA, APRESENTAVA EXTREMIDADE DISTAL EM NÍVEL DE FEMORAL, SEM SUCESSO DE REMOÇÃO. NO DIA SEGUINTE, SUBMETIDA A LAPAROTOMIA COM ACESSO EXTRAPERITONEAL, ISOLAMENTO DA CAVA INFRARENAL E SUPRA ILIACAS, COM IDENTIFICAÇÃO E RETIRADA DO PICC, ATRAVÉS DE INCISÃO TRANSVERSA EM VEIA CAVA. CONTROLE RADIOLOGICO SEM ALTERAÇÕES. RECEBENDO ALTA HOSPITALAR 12 DIAS APOS PROCEDIMENTO PARA TERMINO DE MEDICAÇÕES.CONCLUSÃO: A CATETERIZAÇÃO VENOSA É PRÁTICA FUNDAMENTAL NA CRIANÇA GRAVE INTERNADA EM UTI. APESAR DE PROCEDIMENTO ROTINEIRO, ELE NÃO É ISENTO DE RISCOS, DURANTE SUA REALIZAÇÃO E TAMBÉM DURANTE A SUA MANUTENÇÃO, PODENDO OCORRER COMPLICAÇÕES MECÂNICAS OU INFECCIOSAS. O SUCESSO DA CATETERIZAÇÃO VENOSA SÓ É POSSÍVEL GRAÇAS À OBSERVAÇÃO E CUMPRIMENTO DE NORMAS PREESTABELECIDAS QUANTO AO MANUSEIO DOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS. FRATURA DE CATETERES DE ACESSO VENOSO, EMBORA RARAS, PODEM LEVAR A SEPSE, ARRITMIA CARDÍACA, EFUSÃO PERICÁRDICA, LESÃO MIOCÁRDICA, ENDOCARDITE, PERFURAÇÃO DO CORAÇÃO E GRANDES VASOS E EMBOLIA PULMONAR. A RETIRADA PERCUTÂNEA É PROCEDIMENTO DE ELEIÇÃO, ENTRETANDO NEM SEMPRE É FACTIVEL, HAVENDO NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA REMOÇÃO.

PALAVRAS-CHAVES: EMBOLIA | CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) | PREMATURO

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2926

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO POR CRIANÇA: IMPACTAÇÃO DE BATERIA DE LÍTIO EM TRATO GASTROINTESTINAL POR PERÍODO PROLONGADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMYLA LEMOS BUDIB (UNIVAG), AUGUSTO AURÉLIO DE CARVALHO (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CUIABÁ), CARLOS AUGUSTO LEITE BARROS CARVALHO (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CUIABÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO Anualmente, nos Estados Unidos, mais de 3.500 indivíduos ingerem baterias de lítio, usadas em relógios, brinquedos e controles remotos. Tal ingestão é perigosa para crianças devido à gravidade das complicações. O tempo de permanência no organismo é determinante para o grau da lesão. O presente trabalho objetiva a descrição de um caso raro de permanência crônica de bateria de lítio intra-gástrica em criança pouco sintomática, sendo necessária laparotomia. RELATO DE CASO Paciente F.B.M, sexo masculino, 9 anos, ingeriu pilhas de relógio. Dor abdominal, náusea e vômitos 3 dias após ingestão. Em serviço médico, observado corpo estranho em trato gastrointestinal, com conduta expectante. Transferido para este Hospital, 7 meses após ingestão. À internação, com leve distensão abdominal. À análise radiográfica de abdome, inferiu-se impactação em estômago. À Endoscopia Digestiva Alta (EDA): resíduos alimentares gástricos devido à obstrução intestinal, não visualizado corpo estranho. À laparotomia com radioscopia: dilatação gastroduodenal, sugerindo 2 objetos em duodeno. Após duodenotomia transversa, nota-se duplicação cística duodenal; baterias não identificadas. À palpação, notam-se corpos estranhos no estômago. Retirada 2 baterias de lítio aderidas à mucosa gástrica. Paciente mantido em UTI, com dieta por Sonda Nasoenteral no 2º dia e por via oral no 7º, após cirurgia. Alta hospitalar após 36 dias de internação. CONCLUSÃO Impactação de baterias de lítio em crianças ocorre no esôfago, geralmente. Vazamento de eletrólitos, formação de álcalis, toxicidade por mercúrio e necrose por pressão causam as lesões. Os sintomas são vômitos, disfagia, sangramento digestivo, tosse, irritabilidade e dependem do local de impactação. EDA permite visualizar lesão e remover o objeto, quando em esôfago. A National Battery Ingestion Hotline (NBIH) recomenda aguardar eliminação espontânea, quando em estômago, e remover por EDA, se sintomas, em menores de 4 anos e se mais de uma bateria. No caso relatado, o cisto de duplicação duodenal, provocava retardo de esvaziamento gástrico por sub-oclusão duodenal e dificultou o diagnóstico, pois restos alimentares impossibilitaram remoção por EDA. Restos alimentares contribuíram no resultado favorável, impedindo contato direto das baterias com o estômago, evitando lesão de mucosa. Conclui-se que a ingestão de corpo estranho em criança é frequente e é fundamental rápida identificação, podendo necessitar de intervenção endoscópica urgente.

PALAVRAS-CHAVES: Bateria de Lítio | Trato gastrointestinal | Criança

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 2927

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL ARRASTADA EM NEONATO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAMIRIS VILAS BOAS NEVES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), ANNA LUIZA SOUZA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), EMILENE VALIM DOS SANTOS SILVEIRA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), JESSIKA NELIZE SIQUEIRA DO NASCIMENTO (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), DÉBORA LOPES GONÇALVES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), LISANDRA AYUSSO (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), LUIZ HENRIQUE TORRES COTA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), FELIX CARLOS OCARIZ BAZZANO (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO)

RESUMO: RESUMO: A obstrução intestinal neonatal é definida por ausência de eliminação de mecônio, acompanhada de distensão abdominal progressiva e vômitos, ainda que haja eliminação meconial nos primeiros dias. Há que se fazer distinção entre formas de obstrução intestinal: causas mecânicas, representadas pelas atresias intestinais, vícios de rotação, estenoses e bridas congênicas e causas funcionais, que são originadas de falha na propulsão do conteúdo intestinal, alterações de inervação do tubo digestivo, doença de Hirschsprung, displasias neuronais, íleo meconial, a síndrome do cólon esquerdo e a síndrome da rolha meconial. OBJETIVO: Este relato tem como objetivo expor o caso de uma paciente com quadro prolongado de obstrução intestinal, reforçando as condutas médicas adequadas e intensificando a detecção precoce dos problemas relacionados. MÉTODOS: Paciente do sexo feminino, 3 anos, encaminhada para reconstrução de trânsito intestinal. Ao exame do aparelho gastrointestinal: Bolsa de colostomia em FIE em bom aspecto, drenando fezes líquidas amareladas. Nos exames laboratoriais: Presença de leucocitose de 28.760 e 78% de segmentados, além de trombocitose. História de nascimento pré-termo, 32 semanas de idade gestacional, pesando 1945 gramas, APGAR 8. Durante internação na UTI neonatal, no 5º dia de vida, evoluiu com distensão abdominal e ausência de eliminação de mecônio, sendo realizada enterectomia, apendicectomia e ileostomia. Aos 6 meses de idade foi internada para fechamento de ileostomia, porém no pós-operatório apresentou, novamente, distensão abdominal, sendo feita nova intervenção de ileostomia e colostomia. Posteriormente, aos 2 anos e 6 meses de idade, realizou fechamento da ileostomia e coletado amostra do reto para biopsia, sem intercorrências. Ao anatomopatológico: Hiperplasia linfoide folicular reacional em mucosa retal; presença de células ganglionares. Dez meses depois, a paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico para fechamento de colostomia sem nenhuma intercorrência. RESULTADOS: A associação entre história materna de polidrâmnio e obstrução intestinal em recém-nascidos é bem conhecida. A ultrasonografia pré-natal é mais confiável na detecção de atresia duodenal do que nas obstruções distais. Ao recepcionar o recém-nascido quando do seu nascimento, preocupa-se em observar o volume de líquido aspirado da câmara gástrica, sendo que a maior dificuldade no tratamento é selecionar quais são os candidatos à cirurgia de emergência.

PALAVRAS-CHAVES: OBSTRUÇÃO INTESTINAL|NEONATO|HIPERPLASIA LINFOIDE FOLICULAR

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 3011

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL CAUSADA POR DIVERTÍCULO DE MECKEL: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VILSON LEITE BATISTA (SOCIEDADE DE BENEFICENCIA PORTUGUESA CAMPOS DOS GOYTACAZES), HAROLDO JOSE SIQUEIRA DA IGREJA JUNIOR (SOCIEDADE DE BENEFICENCIA PORTUGUESA CAMPOS DOS GOYTACAZES), BRUNO DOS SANTOS VIANA CARVALHO (SOCIEDADE DE BENEFICENCIA PORTUGUESA CAMPOS DOS GOYTACAZES), LUCAS SIMÕES TAVARES (SOCIEDADE DE BENEFICENCIA PORTUGUESA CAMPOS DOS GOYTACAZES), JULIANA GONÇALVES COELHO (SOCIEDADE DE BENEFICENCIA PORTUGUESA CAMPOS DOS GOYTACAZES), OLAVO DE BARROS PEREIRA RABELLO E SILVA (SOCIEDADE DE BENEFICENCIA PORTUGUESA CAMPOS DOS GOYTACAZES)

RESUMO: Introdução Divertículo de Meckel é a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal. Origina-se pela incompleta obliteração da porção proximal do ducto onfalomesentérico na 7ª semana de gestação.1 É um divertículo verdadeiro por possuir todas as camadas da parede intestinal e pode possuir tecidos ectópicos, principalmente pancreático e gástrico.2 Essa anomalia congênita é referida pela regra dos 2: prevalência de 2% na população em geral, taxa de incidência entre homens e mulheres de 2:1, presença de sintomas antes dos dois anos e incidência de 2% para sintomatologia.3 Dos sintomas, essa patologia geralmente se apresenta por sangramento gastrointestinal, obstrução, principalmente por intussuscepção e diverticulite.4 Existem diversos métodos diagnósticos por imagem, que podem ser radiografias baritadas, ultrassonografia, tomografia computadorizada. Além disso, pode ser realizada arteriografia pela possibilidade de persistência da artéria vitelínica e cintilografia, que identifica mucosa gástrica ectópica.2 O tratamento é cirúrgico nos casos sintomáticos ou originados de alguma das complicações, podendo ser por via laparotômica ou laparoscópica.5 Relato de Caso Menina, 3 anos, iniciou quadro de dor abdominal difusa e vômitos incoercíveis há 3 dias da data de atendimento inicial. Relatava parada de eliminação de gases e fezes. Negava febre ou outros sintomas. Ao exame físico, abdome flácido, depressível, doloroso à palpação profunda, com massa palpável em flanco e hipocôndrio direitos. Realizada ultrassonografia abdominal, que identificou distensão de alças de delgado. À tomografia computadorizada, foi possível visualizar invaginação intestinal. Exames laboratoriais dentro do padrão da normalidade. Durante a laparotomia, identificou-se invaginação intestinal íleo-ileal. Com a redução da invaginação, diagnosticou-se a presença de divertículo de Meckel como fator causador. Realizada enterectomia segmentar por isquemia de alças com anastomose primária. A paciente foi encaminhada a UTIP, onde permaneceu por 5 dias, tendo boa evolução e alta hospitalar. Conclusão O divertículo de Meckel é um importante diagnóstico diferencial em pacientes pediátricos apresentando obstrução intestinal, sangramento gastrointestinal ou peritonite. Exceto nos pacientes com rastreamento positivo em casos de sangramento, o diagnóstico é geralmente feito no ato cirúrgico. Um grande desafio futuro é a realização de procedimentos minimamente invasivos para melhor evolução do paciente.3

PALAVRAS-CHAVES: INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL | DIVERTÍCULO DE MECKEL | OBSTRUÇÃO INTESTINAL

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 3027

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Torção Testículo em Recém Nascido: Relato de Caso e Revisão Bibliográfica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TALITA SPOSITO DE OLIVEIRA (SANTA CASA SAO SEBASTIAO DO PARAISO), RENAN GUIMARAES ASSUNÇÃO CAMPOS (SANTA CASA SAO SEBASTIAO DO PARAISO), VINICIUS VARGAS SANTOS (SANTA CASA DE SAO SEBASTIAO DO PARAISO), LUIZ HARUO MIYASAKI (SANTA CASA SAO SEBASTIAO PARAISO)

RESUMO: INTRODUÇÃO torção do cordão espermático é uma emergência urológica . Podendo ser abordada anatomicamente de duas formas, a região intravaginal ou extravaginal do cordão. A primeira situação é a mais comum, sendo observada tanto em lactentes quanto em adultos, mas rara em neonatos. A torção extravaginal, que consiste em múltiplas rotações do cordão espermático, proximal ao local de implante da túnica vaginal, estando restrita ao período perinatal. RELATOR recém-nascido de parto normal a termo, 1540g/43 cm, Apgar 7/10. Ao exame físico apresentava, aumento do volume do escroto, pele local com coloração vinhosa, consistência firme, sendo impossível delimitar o testículo. A avaliação ultra-sonográfica evidenciou testículo esquerdo aumentado de tamanho, hiperecogênico, com líquido na túnica vaginal. Com hipótese diagnóstica de hematocele por torção testicular ou menos comum, neoplasia testicular. O paciente foi submetido à exploração cirúrgica, sendo encontrado testículo necrótico por torção intravaginal, realizada a orquiectomia com a fixação do testículo contralateral na parede escrotal. Ao anátomo-patológico evidenciou infarto testicular hemorrágico. A torção do cordão espermático pode acontecer na vida intra-uterina ou período neonatal. Manifesta-se como massa escrotal firme, regular e indolor, observada por ocasião do nascimento. A grande mobilidade do cordão espermático nessa fase da vida predispõe mais facilmente à torção extravaginal, resultando em isquemia do cordão e do testículo. Quanto à torção intravaginal, sua etiologia está ligada ao implante anômalo dessa túnica. Normalmente, essa membrana reveste apenas a superfície anterior do testículo, mas quando ela circunda totalmente o testículo e o epidídimo, o órgão fica livre para rodar dentro desse envoltório. A importância em determinar se a torção é intra ou extravaginal decorre do fato de que, quando existe alteração do implante da túnica vaginal predispondo à torção intravaginal, esta freqüentemente é bilateral, havendo possibilidade de torção assíncrona do testículo contralateral. CONCLUSÃO caso aqui apresentado lembra que há a possibilidade de ocorrer, embora raramente, a torção testicular intravaginal em neonatos, sendo então que, no momento da exploração cirúrgica, realize-se a pexia do testículo contralateral, prevenindo futura torção e perda do órgão. Por outro lado, é controversa a indicação de pexia contralateral nos casos de torção testicular extravaginal.

PALAVRAS-CHAVES: recém nascido | torcao testiculo | intra vaginal

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 3092

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Torção Anexial Intraútero: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TATIANE CRISTINA OLIVEIRA GIGEK (UNIMAR), JULIANA PASCON DOS SANTOS (UNIMAR), RAFAEL BALDISSERA CARDOSO (UNIMAR), RONE EDER DE SOUZA SILVA (UNIMAR), SAYARA STEFANI GOUBETI MELOCRA (UNIMAR)

RESUMO: Introdução: A torção anexial resulta da rotação completa ou parcial do ovário, da trompa ou de ambos, com consequente compromisso vascular. É classificada como abdome agudo de origem ginecológica, caracterizada pela dor abdominal em geral manifestada de forma brusca, intensidade variável e que poderá estar associada a manifestações clínicas locais e gerais advindas da irritação peritonial. Relato de Caso: S.G.A. de 10 dias de vida vem encaminhada ao serviço de Cirurgia Pediátrica pela detecção de massa em ultrassonografia de abdome total. A paciente, assintomática, apenas apresentavam massa em flanco direito. A impressão diagnóstica da ultrassonografia era de um cisto unilocular em região anexial em abdome inferior direito, permitindo diferencial entre cisto de etiologia ovariana e mais remotamente cisto de duplicação entérico. Realizada laparotomia exploratória, foi encontrado torção de ovário com necrose extensa impedindo fluxo arterial à direita, que rompeu-se durante ooforectomia ipsilateral. À esquerda foram encontrados múltiplos cistos contendo líquido transparente, drenados no ato cirúrgico. Discussão: A torção anexial, no caso a torção ovariana, apesar de não comum na faixa etária pediátrica, pode se dar pela excessiva mobilidade dos anexos. A torção de ovário tem incidência de 3% na população geral. O diagnóstico tardio da torção ovariana pode provocar a perda da tuba uterina, do ovário, ou de ambos, com evolução para infertilidade. Pode ainda ser seguida de complicações quando não tratada como infecção local, peritonite, sepse e até óbito. Na paciente do caso, a anexectomia foi necessária devido a necrose do ovário direito avançada. Geralmente o tratamento da torção ovariana é a ooforectomia, principalmente se a necrose for evidente. Nos pacientes pediátricos e em idade reprodutiva deve-se tentar reverter a torção do anexo preservando assim a função do mesmo. No caso relatado a grande extensão da necrose e o grande volume ovariano direito foram os achados que levaram a ooforectomia à direita. Conclusão: O diagnóstico de torção anexial, em especial a torção ovariana em pacientes pediátricos é raro. E deve ser sempre lembrado diante de sinais e sintomas de abdome agudo e dor pélvica. A agilidade do tratamento seja cirúrgica ou não implica na viabilidade do órgão acometido e nas complicações. A paciente pediátrica deve ser avaliada em especial pelo risco de comprometimento reprodutivo futuro caso haja demora na resolução do quadro.

PALAVRAS-CHAVES: torção anexial | torção ovariana | abdome agudo

ÁREA: CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO: 3132

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL CONGÊNITA POR MEMBRANA DUODENAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VANESSA FERRARI WALLAU (ULBRA CANOAS - RS), LILIAN MISSIO (ULBRA CANOAS), BARBARA PEREIRA TITONI (ULBRA CANOAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO Uma das causas mais frequentes de obstrução intestinal em recém nascidos são os defeitos congênitos do intestino, intrínsecos ou extrínsecos. Quando intrínsecos comumente decorrem da falência na recanalização do duodeno fetal, desencadeando obstrução duodenal completa ou parcial¹. Casos de obstrução parcial devido à presença de membrana duodenal perfurada são infrequentes e costumam se apresentar tardiamente e com sintomatologia diversa, dificultando o diagnóstico que eventualmente é feito em idades avançadas². DESCRIÇÃO DO CASO L.B.A.S, masculino, 9 meses, 6000g. Procura atendimento por vômitos, diarreia e hematêmese, com 10 dias de evolução. Recebido em choque hipovolêmico, necessitou acesso intra-ósseo para reposição volêmica e antibioticoterapia. Transferido para UTI pediátrica onde foi acompanhado pela cirurgia pediátrica. Investigação com Raio-X de abdome agudo e ecografia de abdome superior, ambos sem alterações. Devido permanência dos sintomas foi solicitado REED, que evidenciou obstrução parcial na transição da porção descendente e horizontal do duodeno. Paciente submetido à cirurgia para retirada de membrana duodenal e apendicectomia eletiva. Com evolução favorável, recebeu alta e seguiu em acompanhamento ambulatorial. COMENTÁRIOS membrana duodenal constitui 2% das anomalias congênitas do duodeno³. Os casos típicos de obstrução duodenal tem apresentação no período neonatal com sinais de oclusão intestinal alta. Porém, nos casos de membrana perfurada os recém-nascidos podem tolerar a alimentação, apresentando mais tardiamente vômitos recorrentes. Atraso no diagnóstico pode gerar desnutrição, desidratação grave e alterações do equilíbrio hidroeletrólítico^{4,5}. O estudo contrastado do trato digestivo superior geralmente faz o diagnóstico. O tratamento é cirúrgico e recuperação cursa, habitualmente, sem intercorrências².

PALAVRAS-CHAVES: MEMBRANA |DUODENAL|CONGENITA

CIRURGIA PLÁSTICA

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 303

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Corpo Adiposo Bucal: Aspectos Anátomo-Morfométricos e Relações Cirúrgicas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO JOSÉ SILVA SANCHEZ (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), RAFAELA MIHO YTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), JAVÉ OLIVEIRA VALDEVIÑO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), ROGERIO PORTO DA ROCHA DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO)

RESUMO: Objetivo Nos últimos anos, o corpo adiposo bucal (CAB) vem ganhando um papel de destaque em diversos campos cirúrgicos, dentre eles, o da cirurgia plástica. Se o CAB era considerado outrora apenas como tecido de preenchimento, atualmente possui grande importância no campo da estética e reconstrução facial. Considerando a relevância da anatomia na área cirúrgica, este estudo tem como objetivo revisar as características anátomo-morfométricas do CAB. Métodos O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir da busca de publicações indexadas nas bases de dados Lilacs, Scielo e Medical Literature and Retrieval System Online (Medline), esta última através da interface PubMed. Através das opções de busca avançada, foram selecionados trabalhos publicados nos últimos cinco (5) anos (2012 a 2017) além daqueles considerados clássicos dentro do tema, independente do idioma e país de origem. Foram incluídos na presente revisão os trabalhos que descreviam as relações anatômicas e os aspectos morfométricos e cirúrgicos do CAB em humanos de todas as idades. Resultados Foram encontrados 168 artigos dos quais 41 compuseram o presente estudo. O CAB consiste em uma massa especializada de tecido adiposo localizado na região do espaço mastigatório. Ele é descrito na literatura como uma estrutura composta por um corpo central, no qual se originam diversas extensões. Entretanto, a anatomia espacial destas extensões é complexa, não havendo um consenso na literatura quanto ao número e a localização das mesmas, tampouco, uma nomenclatura consistente. Conclusões É necessário que novos estudos sejam realizados para um melhor entendimento anátomo-cirúrgico do CAB, devido às suas complexas relações anatômicas e ausência de um consenso, principalmente ao que se refere a presença e localização de suas extensões. Bibliografia (1) Khiabani K, et al. Buccal Fat Pad lifting: An alternative technique for malar augmentation. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014. (2) Guryanov R A, Gurianov A S. CT anatomy of buccal fat pad and its role in volumetric alterations of face. *The International Archives of the Photogrammetry, Remote Sensing and Spatial Information Sciences.* 2015. (3) Mohan M, Shetty T, Gupta P. Buccal fat pad. *Archives of Dental and Medical Research.* 2015. (4) Tibi M. La Boule de Bichat et ses utilisations en chirurgie orale. *Human health and pathology.* 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Corpo Adiposo Bucal | Bola de Bichat | Corpo Adiposo da Bochecha

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 330

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Terapia de feridas por pressão negativa em doenças tropicais

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO FERIANI (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA E HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DE ARAGUAÍNA), GUILHERME NUNES SKRIPKA (ITPAC), DÉLIO RUBENS BELÉM ROSA (ITPAC), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), HANNA PAULA CAROLAYNE FERREIRA PEREIRA (ITPAC)

RESUMO: Objetivo: Descrever a utilidade e a aplicação da terapia de feridas por pressão negativa em doenças tropicais (picadas de cobra, ferroadas de arraia e leishmaniose). Método: Estudo prospectivo não randomizado. Foram formados dois grupos de pacientes com doenças tropicais: grupo um - composto por quatro pacientes tratados com a terapia de feridas por pressão negativa, mas não somente com esta, sendo também utilizados outros curativos (alginato, petrolato e curativo com prata); e grupo dois - composto por cinco pacientes tratados apenas com os curativos (alginato, petrolato e curativo com prata). O estudo não se classifica como randomizado devido ao fato de não ter sido utilizada a técnica de tratamento por pressão negativa durante todo o tratamento dos integrantes do grupo um, sendo usado, nesses casos, os demais curativos anteriormente citados. Entretanto, sempre que possível foi utilizada a terapia de feridas por pressão negativa. Resultados: O grupo um teve uma média de cinquenta e seis dias de tratamento, enquanto que o grupo dois obteve uma média de setenta e dois dias. Houve uma diferença de dezesseis dias a menos no tempo de internação dos pacientes do grupo um, mesmo sem a técnica de tratamento de feridas por pressão negativa ter sido utilizado durante todo o tratamento. Entretanto, devido ao tamanho diminuto da amostra tida como base para a pesquisa, o resultado não apresenta evidência significativa. Conclusão: A terapia de feridas por pressão negativa se mostrou superior no tratamento de doenças tropicais (picadas de cobra, ferroadas de arraia e leishmaniose) e diminuiu o tempo de internação dos pacientes em duas semanas. Bibliografia: B. Nie e B. Yue. Biological effects and clinical application of negative pressure wound therapy: a review. *Journal of Wound Care*. v. 25, n. 11, p.617-626. nov./2016. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/jowc.2016.25.11.617> Jianbing, T., Biao, C., Qin, L. and Yanhong, W.. Topical negative pressure coupled with split-thickness skin grafting for the treatment of hidradenitis suppurativa: a case report. *International Wound Journal*, v.12, n.3, p. 334-337. Jul/2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12116> Rupert P, Ochoa R A, Punch L, et al. The Use of NPWT-i Technology in Complex Surgical Wounds. *Cureus* 8(12): e920. doi:10.7759/cureus.920. Dez./2016. Disponível em: <http://www.cureus.com/articles/5476-the-use-of-npwt-i-technology-in-complex-surgical-wounds>

PALAVRAS-CHAVES: Doenças tropicais | Curativo a vácuo | Terapia por pressão negativa

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 338

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressecção de metástases cutâneas de melanoma guiada por ultrassonografia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL ARCUSCHIN DE OLIVEIRA (HOSPITAL STELLA MARIS), GUTEMBERG FAGUNDES LIMA (HOSPITAL STELLA MARIS), FABIO CESAR RODRIGO B.BENTO (HOSPITAL STELLA MARIS), JOSE CIONGOLI (HOSPITAL STELLA MARIS), RENATO SANTOS DE OLIVEIRA FILHO (CENTRO AVANÇADO DE PREVENÇÃO DE CÂNCER PROF. DR. RENATO SANTOS)

RESUMO: Introdução A incidência de melanoma cutâneo está aumentando dramaticamente entre os homens, mais rapidamente do que qualquer outra neoplasia; e, na mulher, é o segundo mais frequente, atrás apenas do câncer de pulmão. Os pacientes portadores de melanoma cutâneo com metástases linfonodais regionais ou com metástases em trânsito ou satelitose, sem metástases à distância, são estadiados como EC III. Este estágio engloba um amplo espectro de pacientes e a sobrevida de 5 anos pode variar de 20% a 70%. Relato do Caso IRFA, feminino, branca, 48 anos. Notou lesão em perna direita há 3 meses, 5 cm distante da cicatriz da cirurgia para tratamento de melanoma cutâneo operado em abril de 2014. Procurou o Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Bom Clima de Guarulhos em dezembro de 2016, sendo internada para diagnóstico e tratamento. Por ocasião de sua cirurgia em 2014, fora realizado biópsia de linfonodo sentinela que se mostrou negativa. Na internação atual foi realizado biópsia que se mostrou positiva para melanoma. Foi realizado tomografia computadorizada de tórax e de abdome e ressonância magnética de crânio, dosagem de DHL sérica, que se mostraram negativas. No exame de PET-CT oncológico, além de hiper captação no nódulo biopsiado, foram identificados dois outros nódulos cutâneos não palpáveis. Na ultrassonografia, os nódulos se localizavam em tecido subcutâneo, distantes 3 cm e 6 cm da lesão recidivada, medindo 1,1 e 0,8 cm, respectivamente. Assim, foi re-estadiada como EC III. Foi então submetida à ressecção do melanoma visível recidivado e dos nódulos subcutâneos guiada por ultrassonografia, com sucesso. O resultado do anátomo-patológico evidenciou melanoma nodular, em fase de crescimento vertical, Clark V, Breslow 16,5 mm, 10 mitoses/mm², presença de ulceração, sinais histológicos de regressão e satélites microscópicos; não detectada invasão vascular. Paciente continua em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: A primeira opção terapêutica para metástases em trânsito é a cirurgia, desde que seja possível obter excisão completa com margens livres. Outros tratamentos incluem injeção intra-lesional de T-VEC, BCG, IFN ou IL-2, ablação local, imiquimod tópico para lesões dérmicas superficiais e radioterapia. A infusão ou perfusão hipertérmica de membro com melphalan é outra opção de tratamento regional.

PALAVRAS-CHAVES: melanoma | metástases cutâneas | biópsia de linfonodo sentinela

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 380

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DESINSERÇÃO DO TENDÃO CANTAL LATERAL CORRIGIDA COM CANTOPEXIA LATERAL TRANSCONJUTIVAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: STEFANY GOUDZENKO HERNANDEZ (UNISUL), FELIPPE GRISARD (UNISUL), FELIPE OLIVEIRA DUARTE (POLIGENE CLÍNICA MÉDICA)

RESUMO: INTRODUÇÃO O fechamento da fissura palpebral não depende apenas da função normal de nervos e músculos orbiculares,mas também da ancoragem firme dos tendões mediais e laterais.A desinserção do ligamento cantal lateral pode ser consequência de uma degeneração exagerada das estruturas ligamentares periorbitais no envelhecimento,assim como uma complicação da síndrome blefarocalásio.Esta síndrome se caracteriza por casos agudos e recorrentes de edema periorbitário,levando a alterações anatômicas e funcionais e consequente relaxamento dos tecidos palpebrais,que determinam diversas sequelas das estruturas periorbitais,dentre elas a desinserção do ligamento cantal lateral.O comprometimento desde tendão define um encurtamento da fissura palpebral e arredondamento dos olhos.Existem diversas técnicas para posicionar o canto externo palpebral,desde pontos simples de fixação até os retalhos de tarso e periósteo.Nestas técnicas,o ligamento cantal lateral é suspenso ou reinserido na altura do tubérculo de Whtnall,na face interna do bordo orbital.RELATO DE CASOQueixa de dificuldade de enxergar por obstrução do campo visual pelas pálpebras.A oclusão parcial do campo visual ocorreu gradualmente nos últimos 10 anos,sendo há 10 anos no olho direito e há 5 anos no olho esquerdo.Ao exame físico observou-se desinserção bilateral dos ligamentos cantais superiores e inferiores e ptose palpebral por desinserção do músculo elevador da pálpebra superior.Realizada a cirurgia de reinserção dos ligamentos cantais laterais e correção da ptose palpebral.A técnica cirúrgica consistiu em:anestesia local com xilocaína 2% na região das pálpebras superiores e inferiores.Incisão cirúrgica nos cantos laterais,dissecção do ligamento cantal superior e inferior e fixação destes no periósteo da borda lateral da órbita com nylon 4.0.Fechamento cutâneo com nylon 5.0,pontos simples.Incisão cutânea na pálpebra superior a 1 cm da borda ciliar, abertura músculo orbicular, abertura do septo, dissecção do músculo elevador da pálpebra superior, que estava desinserido no tarso.Fixação do músculo elevador do tarso com nylon 5.0.Sutura cutânea com nylon 5.0 com pontos intradérmicos.No sétimo dia de pós operatório foi retirado os pontos, observou-se melhora completa do campo visual após a realização do procedimento cirúrgico.CONCLUSÃOEste caso demonstra a importância dos ligamentos cantais laterais superiores e inferiores na estabilidade da fenda palpebral e do adequado posicionamento da pálpebra ferior.

PALAVRAS-CHAVES: BLEFAROPLASTIA | CANTOPEXIA | PTOSE PALPEBRAL

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 402

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reconstrução de Pênis e Escroto Após Sd. de Fournier

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO CÉZAR OLIVEIRA MENEZES (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), FERNANDO TORRES VASQUES (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), FABRICIO OLIVEIRA RAMADA (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), FERNANDA CAVALCANTI CABRAL (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), MONISE CORNELIO DE DEUS (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), KLEBER CASTILHO (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI)

RESUMO: Objetivo Síndrome de Fournier primeiramente descrita por Jean Alfred Fournier, é uma infecção bacteriana aguda severa que acomete derme e hipoderme de rápida evolução para necrose de tecidos genitais, perianal e perineais. Pela progressão e gravidade da doença necessita de debridamento cirúrgico agressivo, causando uma ampla perda tecidual podendo-se considerar mutiladora. Acometimento do escroto é comum, e em poucos casos também do pênis. Por tais motivos torna-se um paciente de difícil manuseio e um desafio para posterior reconstrução. Um caso bem sucedido de reconstrução de pênis e escroto é relatado. Métodos E.M. Masculino, 52 anos, em situação de rua, sem morbidades. Deu entrada via pronto socorro no Hospital Geral de Itapevi tendo como diagnóstico Sd. de Fournier. Realizado hidratação, antibioticoterapia ampla e debridamento agressivo. Tendo como resultado remoção de tecido desvitalizado do pênis, escroto e fossa ilíaca esquerda com exposição de corpos cavernosos, esponjosos e testículos. Após trigésimo dia de abordagem realizada reconstrução local. Seguindo a técnica adiante: fechamento de região inguinal esquerda, enxertia de pele parcial em pênis tendo como área doadora lateral de coxa direita, rotação de retalho fascio-cutâneo medial de coxa cobrindo defeito remanescente. Resultado Levando em conta a alta mortalidade - atingindo 100% em não desbridados, a cicatrização de ferida, manutenção estética, funcionalidade além do reparo psicológico a técnica de reparo foi eficiente. Tendo como resultado final a proteção dos testículos expostos, e reconstrução da região escroto-perineal Conclusão O retalho fascio-cutâneo medial de coxa associado ao enxerto de pele mostraram-se eficientes no reparo estético e funcional do escroto e pênis

PALAVRAS-CHAVES: retalho fascio-cutâneo medial de coxa | enxerto de pele parcial | pênis e escroto

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 457

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: CONFECÇÃO DE RETALHO ANTEBRAQUIAL PARA COBERTURA DE EXPOSIÇÃO DE ESTRUTURAS PROFUNDAS EM MEMBRO SUPERIOR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), STEPHANIE JAUQUIN DE ABREU (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), CHARLANE VASCONCELOS (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ELISA GIRARDI HYPOLITO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ANA LUIZA RIBAS BRAGA BETTEGA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MARIA EDUARDA COMIN CARDOSO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), STEFÂNIA DALL'AGNO DEMORI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Queimaduras elétricas podem ocasionar extensas lesões com exposição de tecidos profundos que requerem cobertura cutânea. Duas opções para cobrir exposições no membro superior são o retalho fasciocutâneo baseado na artéria radial, chamado Retalho Chinês e o Retalho Interósseo, baseado na artéria interóssea posterior. Esse trabalho relata o uso de ambos para cobertura de estruturas profundas do antebraço em paciente vítima de queimadura elétrica. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 21 anos, procurou a emergência devido a choque elétrico. Apresentava queimaduras de II e III graus em membro superior direito. Após debridamento cirúrgico, foi realizado enxerto de pele. Após uma semana houve perda total do enxerto e piora das lesões ventrais do punho. Em novo ato cirúrgico, constatou-se necrose do nervo mediano, e a excisão tangencial dos tecidos desvitalizados ocasionou exposição do aparelho flexor dos dedos ao nível do túnel do carpo. Para cobertura neste momento, foi realizado o Retalho Interósseo. Possivelmente por danos microvasculares causados pelo choque elétrico, este retalho evoluiu com congestão venosa e epidermólise; culminando em necrose completa. Durante o debridamento do Retalho Interósseo foi realizada arteriografia, que constatou integridade das artérias radial, ulnar e do arco palmar, permitindo o planejamento do Retalho Antebraquial Reverso. A partir desta cobertura, houve boa evolução do caso e alta hospitalar. O paciente manteve-se em acompanhamento ambulatorial até submeter-se a reconstrução do nervo mediano a partir de enxerto de nervo sural. CONCLUSÃO: O tratamento de grandes queimados é realizado com debridamentos e posterior cobertura cutânea. Frequentemente, é necessária a confecção de retalho. A seleção desse é baseada em características do tecido desejado para o leito receptor e na presença de área doadora íntegra. O Retalho Antebraquial, ou Retalho Chinês, descrito por Yang et al em 1978, é uma das melhores opções na reconstrução do membro superior, já que permite a rotação de extensa área cutânea devido à sua vascularização pela artéria radial, que pode ser ligada tanto proximal quanto distalmente, permitindo o giro tanto no sentido cranial ou caudal. É importante a avaliação vascular por imagem, já que a artéria radial é sacrificada para confecção do retalho, sendo necessária a integridade da artéria ulnar para vascularização da mão a partir do arco palmar.

PALAVRAS-CHAVES: Retalho Antebraquial | Queimadura | Cirurgia Plástica

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 459

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reconstrução palpebral inferior através de Retalho de Tripier: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALINE CARRER BORTOLINI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), BRUNA CARVALHO ROSSI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LUANA PREVEDELLO SIGANSKI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), VINICIUS SILVA DE LIMA (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), GUILHERME BARREIRO (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO)

RESUMO: Introdução: Neoplasias cutâneas podem apresentar grande capacidade de invasão, gerando importantes defeitos após ressecções na face. Uma das frequentes sequelas ocasionadas pelo tratamento é o ectrópio: o afastamento da margem palpebral de sua posição anatômica em contato com a conjuntiva bulbar, tornando-se evertida. A correção cirúrgica dessa condição deve garantir a proteção do globo ocular e o estabelecimento de simetria facial. O objetivo deste relato é demonstrar a efetividade da técnica de retalho de Tripier para resolução de ectrópio bilateral decorrente de exérese de múltiplas lesões neoplásicas. Relato de Caso: Paciente masculino, 78 anos, encaminhado por ectrópio bilateral decorrente de exérese de múltiplas lesões neoplásicas na região malar. Para a correção cirúrgica, optou-se pela técnica de Tripier, usando-se retalho miocutâneo bipediculado de pálpebra superior. Com os pedículos medial e lateral, garante-se bilateralmente um suprimento sanguíneo adequado, evitando-se necrose ou deformidades. Além disso, tem-se a vantagem de que ambas as partes ficam suspensas pelo ligamento cantal, e o retalho naturalmente segura a pálpebra inferior perto do globo ocular. O procedimento foi realizado sob anestesia local com infiltração de solução de lidocaína a 1% com adrenalina 1:100.000. Fez-se a transposição do retalho do leito superior para o inferior. Foi associada cantopexia lateral com mononylon 4.0. A sutura da pele foi realizada com mononylon 6.0 em sutura contínua. No pós-operatório, usaram-se lágrimas artificiais e pomada oftálmica para lubrificação ocular até a retirada dos pontos em 7 dias. O plano inicial da equipe cirúrgica era a ressecção do pedículo medial em 3 semanas. Porém, o paciente, satisfeito com os resultados parciais, optou por não realizar o segundo tempo cirúrgico. Conclusão: Com a reconstrução, é possível a estabilidade da pálpebra, que permite visão adequada, fechamento ocular e lubrificação, além de bons resultados estéticos. O retalho de Tripier mostrou-se bastante efetivo no tratamento do ectrópio cicatricial da pálpebra inferior por ser uma técnica simples, sem cicatrizes aparentes e por manter a pálpebra estável e com bom resultado estético. Como esse retalho inclui o músculo orbicular, ele fornece volume e vascularização suficientes. Sendo assim, o retalho de Tripier atende a todos os critérios de recuperação da função palpebral e proteção do olho, além de garantir estabilidade à pálpebra.

PALAVRAS-CHAVES: Retalho de Tripier | Retalho miocutâneo bipediculado | Ectrópio

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 476

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reconstrução de lesão submandibular causada por CBC nodular com retalho bipediculado em "Cata Vento?"

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA DA SILVA ASSIS (UNIVALI), FREDERICO KLANN VICTORINO (UNIVALI), DAIANE PAULO (UNIVALI), PAULA VICK VIEIRA (UNIVALI), AMANDIA MONICA MARCHETTI (UNIVALI)

RESUMO: Introdução:O câncer de pele mais comum é o carcinoma basocelular (CBC), responsável por 70% a 80% dos casos. É um tumor de alto grau de malignidade, com capacidade de invasão local, destruição tecidual, recorrência e com limitado poder de metastização. A morbidade do CBC está relacionada à invasão e destruição tecidual local, principalmente na cabeça e no pescoço. A excisão cirúrgica é considerada o tratamento "padrão ouro" no tratamento do CBC. A maior chance de cura desta neoplasia depende de um tratamento correto, sendo necessária sua excisão completa na primeira intervenção. Para aumentar as chances de cura é fundamental ter o controle histológico das margens no ato operatório. Nesse sentido, objetiva-se apresentar um caso de CBC nodular na região submandibular esquerda que teve como tratamento a ressecção do tumor, bem como mostrar a reconstrução da região acometida com retalho bipediculado e o aspecto funcional e estético resultante da medida terapêutica escolhida. Relato de Caso: Paciente feminina, 74 anos, nascida e residente em Blumenau-SC, descendente de alemães, aposentada e ex-trabalhadora rural. Consultou no Serviço de Cirurgia Plástica da Policlínica Lindolf Bell em abril de 2014, com queixa de lesão em região submandibular E com 2 anos de evolução, associada à prurido e sangramento ao trauma local. É hipertensa em uso de Losartana 50mg 2x/dia, nega história prévia de câncer de pele, outras co-morbidades ou alergias. Nega história familiar de câncer de pele. Ao exame físico apresentava lesão nodular, perolada, extensa, de bordos irregulares e ulceração central em região submandibular E. Indicou-se biópsia incisional da lesão, realizada em caráter ambulatorial, na mesma Policlínica, sob anestesia local, com diagnóstico de carcinoma basocelular nodular. Programado ressecção total do tumor e reconstrução com rotação de retalho bipediculado em "cata-vento?". Foram realizados exames pré-operatórios, cujos resultados não impediram o procedimento. Cirurgia realizada ambulatorial, também na Policlínica Lindolf Bell, com anestesia local, sem intercorrências. Conclusão: É importante enfatizar o potencial de morbimortalidade dos CBC e a necessidade de diagnóstico precoce. Ainda, alerta-se para o correto manejo das lesões e escolha adequada de tratamento para cada paciente, a fim de preservar os tecidos em amplo âmbito estético-funcional.

PALAVRAS-CHAVES: carcinoma basocelular | retalho bipediculado em "cata-vento" | câncer de pele

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 477

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reconstrução de lesão submandibular causada por CBC nodular com retalho bipediculado em ?Cata Vento?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA DA SILVA ASSIS (UNIVALI), FREDERICO KLANN VICTORINO (UNIVALI), DAIANE PAULO (UNIVALI), PAULA VICK VIEIRA (UNIVALI), AMANDIA MONICA MARCHETTI (UNIVALI)

RESUMO: Introdução:O câncer de pele mais comum é o carcinoma basocelular (CBC), responsável por 70% a 80% dos casos. É um tumor de alto grau de malignidade, com capacidade de invasão local, destruição tecidual, recorrência e com limitado poder de metastização. A morbidade do CBC está relacionada à invasão e destruição tecidual local, principalmente na cabeça e no pescoço. A excisão cirúrgica é considerada o tratamento ?padrão ouro? no tratamento do CBC. A maior chance de cura desta neoplasia depende de um tratamento correto, sendo necessária sua excisão completa na primeira intervenção. Para aumentar as chances de cura é fundamental ter o controle histológico das margens no ato operatório. Nesse sentido, objetiva-se apresentar um caso de CBC nodular na região submandibular esquerda que teve como tratamento a ressecção do tumor, bem como mostrar a reconstrução da região acometida com retalho bipediculado e o aspecto funcional e estético resultante da medida terapêutica escolhida. Relato de Caso: Paciente feminina, 74 anos, nascida e residente em Blumenau-SC, descendente de alemães, aposentada e ex-trabalhadora rural. Consultou no Serviço de Cirurgia Plástica da Policlínica Lindolf Bell em abril de 2014, com queixa de lesão em região submandibular E com 2 anos de evolução, associada à prurido e sangramento ao trauma local. É hipertensa em uso de Losartana 50mg 2x/dia, nega história prévia de câncer de pele, outras co-morbidades ou alergias. Nega história familiar de câncer de pele. Ao exame físico apresentava lesão nodular, perolada, extensa, de bordos irregulares e ulceração central em região submandibular E. Indicou-se biópsia incisional da lesão, realizada em caráter ambulatorial, na mesma Policlínica, sob anestesia local, com diagnóstico de carcinoma basocelular nodular. Programado ressecção total do tumor e reconstrução com rotação de retalho bipediculado em ?cata-vento?. Foram realizados exames pré-operatórios, cujos resultados não impediram o procedimento. Cirurgia realizada ambulatorial, também na Policlínica Lindolf Bell, com anestesia local, sem intercorrências. Conclusão: É importante enfatizar o potencial de morbimortalidade dos CBC e a necessidade de diagnóstico precoce. Ainda, alerta-se para o correto manejo das lesões e escolha adequada de tratamento para cada paciente, a fim de preservar os tecidos em amplo âmbito estético-funcional.

PALAVRAS-CHAVES: carcinoma basocelular | retalho bipediculado em ?cata-vento? | câncer de pele

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 512

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reduzindo morbidade da reconstrução mamária pós-radioterapia: viabilidade da utilização de expansor associado à lipoenxertia.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISABEL CRIVELATTI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS)), RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS)), GABRIELE WINTER DE MOURA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS)), RAFAEL NETTO (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO DE PORTO ALEGRE)

RESUMO: Introdução: A reconstrução mamária tardia (RM) com expansor tecidual após radioterapia (RT) usualmente necessita da utilização de retalhos musculares, o que adiciona morbidade ao tratamento. Na tentativa de evitar uso de retalhos complexos, a lipoenxertia (LE) pode ser uma opção segura e eficaz nesse contexto. Objetivo: Relatar o uso de LE na RM tardia com expansor e sem retalho muscular pós RT. Descrição do caso: Paciente feminina, 56 anos, com história prévia de mastectomia à direita com tentativa de reconstrução imediata com implante de silicone há 2 anos. Evoluiu com infecção local e extrusão do implante após 14 dias. Submetida à radioterapia adjuvante (25 sessões, totalizando 50 Gy). Um ano após, com sinais de radiodermatite crônica no plastrão, a paciente solicita RM. Inicialmente foi realizada uma sessão de lipoenxertia na região do plastrão no volume de 180mL. Três meses após, foi colocado expansor tecidual anatômico 650mL e realizada nova sessão de LE no volume de 160mL. Três meses após foi realizada a troca do expansor por implante de silicone, nova sessão de LE (160mL) e simetrização mamária. Após seguimento de 18 meses, observou-se um resultado estético satisfatório sem contratura capsular. Não foram observadas complicações associadas à lipoenxertia no caso descrito. Conclusão: A utilização de expansor em pacientes com RT prévia é bastante limitada pelo resultado estético insatisfatório e pelo alto risco de complicações. Expansão inadequada, cobertura local pobre e contratura capsular com alteração do formato e posição do implante estão entre as principais complicações observadas. A alternativa padrão nesses casos é a utilização de retalhos musculares, que proporcionam cobertura local adequada e revascularização da zona irradiada. Essa estratégia, porém, envolve procedimentos com maior risco de morbidade e complicações. Assim, a busca de estratégias que viabilizem a RM sem a necessidade de retalhos deve ser estimulada. Por ser uma técnica de baixa morbidade e com grande aplicabilidade, a LE mostra-se uma alternativa segura nesse contexto. Atenuação da fibrose associada à RT, estimulação do crescimento vascular pela presença de células mesenquimais pluripotentes e reconstituição da camada subcutânea estão entre as principais vantagens da LE. A utilização dessa estratégia pode viabilizar a RM com expansor sem a necessidade de retalhos musculares mesmo após RT.

PALAVRAS-CHAVES: lipoenxertia | reconstrução mamária | radioterapia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 520

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Evolução da mortalidade por neoplasias malignas de pele no período de 2012 a 2016, no município de João Pessoa-PB.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HOMERO MEDEIROS DE OLIVEIRA JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA), MARLA MIKAELY DANTAS DE MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Objetivos: compreender a evolução da mortalidade por câncer de pele, incluindo melanoma, nos últimos 05 anos, no município de João Pessoa, Paraíba. Método: realizou-se estudo transversal retrospectivo sobre a frequência de mortalidade por neoplasias malignas de pele, incluindo melanoma, de 2012 a 2016, estratificando os dados por sexo, faixas etárias e raça/cor; através do banco de dados TABNET-PB, do Sistema de Informação de Mortalidade, da secretaria municipal de saúde deste município, que possui atualização semanal. Resultados: nos últimos 05 anos, a frequência de óbitos por câncer de pele manteve-se em cerca de 2 óbitos por 100 mil habitantes, correspondendo a um total de 65 óbitos. A maioria dos óbitos ocorreram entre brancos (59%) e pardos (41,5%). Na distribuição por faixas etárias, a mortalidade foi maior entre 70-79 anos (33,8%), seguida de 60-69 anos (23%) e >80 anos (20%). Ocorreram 05 óbitos em pacientes abaixo dos 40 anos. O sexo masculino foi o mais afetado com 60% dos óbitos. O melanoma foi responsável por 33,8% dos óbitos, predominantemente entre 70-79 anos (100%) e entre brancos (54%). Conclusões: Percebe-se que o número de óbitos por câncer de pele, em nosso estudo, mantém-se semelhante aos índices nacionais, em que os números chegam a 2 óbitos por 100 mil habitantes. Em nosso país, em 2014, o melanoma correspondeu a 10% de todos os casos de neoplasias, representando 65% dos óbitos por câncer de pele e maior mortalidade na sexta década de vida; resultados que diferem, em nossa realidade, onde o melanoma foi causa de morte em 33,8% desses pacientes. Identificamos, também, maior mortalidade entre brancos e usuários na sétima década de vida. Bibliografia: DATASUS. Sistema de Informações sobre mortalidade. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def. Acessado em 06/02/2017. WEIMANN et al. Delineamento epidemiológico dos casos de melanoma cutâneo atendidos em um hospital terciário de Campinas, São Paulo, Brasil. SURG. COSMET. DERMATOL. (Impr.). 2014; v 6; n3; 266-267. Mendes, Gelcio Luiz Quintella. Melanoma no Brasil: tendência temporal de mortalidade com modelagem idade-período-coorte, e análise de sobrevivência em coorte hospitalar. 2014. 134 f. Tese (Saúde Pública e Meio Ambiente) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Mortalidade|Câncer de pele|Melanoma

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 537

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise do perfil epidemiológico de pacientes beneficiados por mutirão de reconstrução de fenda labial e/ou palatina.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), RENAN LOPES VASCONCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), RODRIGO AGUIAR BARRETO ALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes que passaram por cirurgia reparadora de fenda labial e/ou palatina (FL ± P) em uma cidade do interior do Ceará e, através dos dados epidemiológicos obtidos, colaborar para o melhor planejamento dos serviços médicos no atendimento desses pacientes com anomalias congênitas. Método: Trata-se de um estudo descritivo quantitativo. Durante mutirão de reconstrução de (FL ± P), realizado no hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral, durante o período de 12 a 16 de outubro de 2015, estudantes universitários captaram aleatoriamente seis famílias de pacientes beneficiados com cirurgias reparadoras planejadas pela organização Smile Train. Esses pacientes tinham entre 3 meses e 7 anos, e a entrevista foi respondida pelo responsável pela criança, mãe ou avó. Resultados: Dentre os 6 pacientes avaliados, 4 eram do sexo feminino. Com relação à renda familiar, em 66,67% dos casos as famílias possuíam menos de 1 salário mínimo. Apenas uma família com 1 a 3 salários e o outro cuidador não sabia a renda. Dos 6 familiares entrevistados apenas 2 não conheciam sobre fissura labiopalatina antes de vivenciar a situação. Além disso, apesar de todos entrevistados terem relatado que obtiveram apoio da família e/ou amigos para realizar os cuidados com o bebê, 5 afirmaram que sentiram preconceito de familiares ou amigos relacionado à aparência da (FL ± P) de seu filho ou neto. Conclusões: Apesar da pequena amostra, podemos inferir conclusões importantes para o serviço e os mutirões que são realizados na região. O principal deles é a prevalência dos pacientes de baixa condição socioeconômica e o preconceito que a maioria sofre pela anomalia. Apesar desses aspectos, destaca-se como positivo a idade precoce das crianças submetidas ao procedimento cirúrgico. Em um estudo realizado em pacientes com esse tipo de anomalia, a média de idade dos pacientes no momento da avaliação de um determinado grupo foi de 12,9 anos¹, sendo a média de idade das crianças abordadas pelo mutirão mais baixa, logo, a campanha contribuiu para o atendimento precoce das crianças com (FL ± P). Ainda assim muito deve ser feito a nível local do hospital, além de mais campanhas desse tipo, para promover estratégias de cuidados e orientações, principalmente devido a maior necessidade financeira e de recursos dessas famílias. Bibliografia: ¹SOUZA J, RASKIN S. Clinical and epidemiological study of orofacial clefts. J Pediatr (Rio J). 2013;89:137-44.

PALAVRAS-CHAVES: Fenda labial | Fenda palatina | Cirurgia reconstrutiva

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 538

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Expectativas de melhorias na qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia reparadora de fissura labiopalatal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MANOEL AURÉLIO SOARES JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO AGOSTINHO MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Descrever as principais expectativas de familiares de pacientes com fissura labial e/ou palatina (FL ± P) após cirurgia corretiva. Método: Trata-se de um estudo descritivo quantitativo. Durante mutirão de reconstrução de (FL ± P), realizado na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, durante o período de 12 a 16 de outubro de 2015, universitários captaram aleatoriamente seis famílias de pacientes beneficiados com cirurgias reparadoras organizadas pela Smile Train. Esses pacientes tinham entre 3 meses e 7 anos, e a entrevista foi respondida pelo responsável pela criança. Resultados: As principais expectativas de resultados da reconstrução do lábio/palato por parte dos cuidadores foram: 100% esperavam por melhoria na fonação, 66,7% por melhoria na deglutição e 50% melhoria estética. Essas expectativas são reflexo dos problemas que pacientes e famílias enfrentam desde o nascimento até a cirurgia corretiva. Por isso, tal cirurgia é sinônimo de qualidade de vida. Diante de alterações funcionais básicas, como na alimentação, respiração e/ou fonação, ainda tem-se os impactos psicológicos dos portadores de (FL ± P), tanto pela aparência estética como pelo modo de falar. Um estudo com esse tipo de criança observou sintomas depressivos nesses indivíduos, embora não puderam discriminar as causas para isso¹. Neste estudo, as famílias também apresentaram sentimentos negativos, 66,7% dos cuidadores tiveram medo e 16,7% tiveram tristeza ao visualizar a (FL ± P). Além disso 83,3% dos responsáveis disseram que já sentiram preconceito de familiares e/ou amigos relacionado ao acometimento. Conclusões: Como se trata de uma anomalia congênita, os recém-nascidos fissurados apresentam diversos problemas; estéticos, distúrbios funcionais, alimentares e de fonação, que comprometem consideravelmente o crescimento e desenvolvimento e podem gerar consequências irreversíveis. Logo, é necessária intervenção e cuidados o mais precoce possível. Felizmente, esses problemas são tratáveis e se conduzidos no tempo hábil e por equipe multidisciplinar não deixam sequelas que não possam ser revertidas. Diante das dificuldades vivenciadas por estas crianças e seus familiares a cirurgia reparadora é um passo essencial para melhor qualidade de vida. Bibliografia: ¹LIMA, LS, et al. Prevalence of depressive symptoms in patients with cleft lip and palate. Braz J Otorhinolaryngol. 2015 Mar-Apr;81(2):177-83.

PALAVRAS-CHAVES: fenda labial e palatina | qualidade de vida | cirurgia reconstrutiva

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 544

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Xantogranuloma juvenil na região nasal: tratamento não mutilador

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA HORBE WACHHOLZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O Xantogranuloma juvenil (JXG) é um tipo de histiocitose não-langerhans que pode apresentar-se como uma lesão única ou múltipla, cutânea ou extra-cutânea. É uma condição benigna que é geralmente assintomática e freqüentemente ocorre na região da cabeça e pescoço. **Relato de caso:** Um paciente de 10 meses de idade, previamente saudável, foi apresentado à clínica de cirurgia plástica com 2 meses de história de lesão média gradativa na região média do dorso do nariz. A lesão tinha uma superfície de sangramento friável. Ao exame, havia 1,0 x 1,0 cm bem definido, lesão vermelha, papular, ulcerada no dorso do nariz coberto com coágulo sanguíneo. Ela era puramente cutânea e não ligada ao músculo ou ao osso subjacente. A RM mostrou uma lesão de tecido mole bem definida, medindo 12 x 10 x 6,4 mm, localizada na linha média e à esquerda do nariz. Optou-se por realizar uma biópsia excisional para conseguir um diagnóstico definitivo. As margens profundas da amostra patológica foram negativas, mas as laterais foram ainda positivas. A análise microscópica revelou ulceração da epiderme, que apresentava vários tipos de células infiltrativas com padrão nodular e células epitélóides em forma de fuso. Não se observou mitoses significativas nem formas atípicas. Havia um número variável de células gigantes em áreas focais, além de linfomas dispersos, neutrófilos e eosinófilos. Estudos imuno-histoquímicos confirmam que as células formadoras do infiltrado eram histiocitos não-langerhans. Estas células eram positivas para CD68, factor XIIIa e vimentina e negativas para CD45, S-100, CD1a e CD34. Consequentemente, o diagnóstico de JXG foi feito. Logo, não houve necessidade de obter margens livres e o defeito foi deixado para curar por intenção secundária. **CONCLUSÃO:** Xantogranuloma juvenil, embora seja uma condição incomum, considerado a lesão histiocitose não-langerhans mais comumente ocorrendo na região da cabeça e pescoço. Pode apresentar-se como lesões solitárias (em até 80% dos casos) ou múltiplas. Somente em 5% envolve áreas extra-cutâneas com alta tendência a afetar a região ocular. A histiocitose cefálica benigna, o histiocitoma eruptivo generalizado, o xantoma papular, o disseminado e o tuberoso são lesões a serem consideradas no diagnóstico diferencial. Além disso, tumores malignos, tais como rabiomiossarcoma, fibrossarcoma e fibrohistiocitoma maligno devem ser pensados ??especialmente quando JXG está localizado nos tecidos profundos.

PALAVRAS-CHAVES: Xantogranuloma juvenil nasal | histiocitose não-langerhans | tumor

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 550

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem Cirúrgica de Epidermólise Bolhosa Distrófica: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), CAROLINA MARQUEZIN GIACOMELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), ISABEL CRIVELATTI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), FERNANDO SONTAG (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), GABRIELE WINTER DE MOURA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), SAMANTA GERHARDT (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), BIANCA ZANETTE DE ALBUQUERQUE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS)

RESUMO: Introdução: Epidermólise Bolhosa (EB) é o nome dado à família de doenças caracterizadas por fragilidade, bolhas recorrentes e ulceração crônica da pele e da mucosa epitelial, além de pseudosindactilia, o que acarreta bolhas não cicatrizantes e erosões causadas por pequenos traumas mecânicos. Essa é uma condição incurável e compete a anormalidades genéticas de proteínas que medeiam a adesão da pele. A EB diatrófica recessiva (EBDR), tipo Hallopeau-Siemens, é uma das 17 subdivisões da EB e caracteriza-se pela diminuição total ou parcial da expressão do colágeno tipo VII devido a mutações nos genes COL7A1, FERMT1 e KIND1. Assim, o paciente afetado apresentará desestabilização da junção dermoepidérmica e maior propensão à erupção de flictenas pelo corpo, além da possibilidade de desenvolver complicações renais e adenocarcinoma epidermoide nas áreas afetadas. O tratamento consiste, principalmente, em manejar as sequelas. A cirurgia é indicada quando há rápida progressão das contraturas ou da pseudossindactilia e perda da função da mão. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 12 anos, com diagnóstico de EB do tipo Hallopeau-Siemens (EB distrófica recessiva). A mãe refere que no terceiro dia de vida apareceu flictena no terceiro dedo da mão direita, o que evoluiu rapidamente para lesões pelo corpo inteiro. Aos 5 anos de idade, houve piora das lesões, especialmente nas mãos, cuja função foi perdida progressivamente. Por dificuldades de encaminhamento, o paciente teve primeiro contato com o Serviço de Cirurgia da Mão aos 11 anos de idade. As mãos apresentavam deformidades em luva, dedos fusionados e contraturas músculo-cutâneas. Foi encaminhado para realização de cirurgia, que implicou em liberação de comissuras e osteofixação com fios de Kirschner. Utilizou-se uma órtese em raquete no pós-operatório. O paciente evoluiu com recuperação funcional do movimento de pinça e apreensão. No acompanhamento ambulatorial, um ano e seis meses após a cirurgia, constatou-se má adesão ao uso da órtese de manutenção e diminuição da amplitude dos movimentos. Conclusão: A EB distrófica é uma genodermatose com alta morbimortalidade para os pacientes. O trabalho de reabilitação desses pacientes deve ser multidisciplinar, incluindo a família. O uso dos dispositivos pós-operatórios é imprescindível. O cirurgião da mão pode contribuir de maneira significativa para a qualidade de vida dos pacientes, restabelecendo sua autonomia por meio da recuperação e manutenção da função das mãos.

PALAVRAS-CHAVES: Epidermólise Bolhosa | Genodermatose | Cirurgia da Mão

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 565

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tempo de diagnóstico da fissura labiopalatina e sua repercussão para a realização de procedimento cirúrgico corretivo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), NARCÉLIO MENEZES SILVA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO ROMÉRIO LEITE DE MACÊDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RODRIGO AGUIAR BARRETO ALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Destacar a importância do diagnóstico precoce no crescimento e desenvolvimento de crianças com fissura lábio palatal e como isso repercute na agilidade da cirurgia reconstrutora dessa anormalidade. Método: Trata-se de um estudo descritivo quantitativo. Durante mutirão de reconstrução de fenda labial e/ou palatina, realizado no hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral, durante o período de 12 a 16 de outubro de 2015, estudantes de instituição universitária captaram aleatoriamente seis famílias de pacientes beneficiados com cirurgias reparadoras organizadas pela organização sem fins lucrativos Smile Train. Esses pacientes tinham entre 3 meses e 7 anos, e a entrevista foi respondida pelo responsável pela criança, durante a consulta de avaliação cirúrgica. Resultados: As fissuras labiais e ou palatinas são anomalias craniofaciais muito relevantes tanto pelo número de alterações, complexidade de seus efeitos estéticos e funcionais, como pela alta prevalência na população brasileira, sendo de 1 para 673 nascidos vivos¹. Apesar disso, suas repercussões podem ser minimizadas, principalmente, quando detectadas precocemente, antes mesmo do nascimento. Isso seria possível, pois o diagnóstico preciso das fissuras labiais e palatinas pode ser realizado com 26 semanas de vida intrauterina, por ultrassonografia normal¹. Contudo, infelizmente, por motivos desconhecidos, grande parte dos diagnósticos são realizados após o nascimento, na maternidade. Nesta pesquisa, das 6 crianças do estudo nenhuma recebeu diagnóstico na gestação, 2 foram diagnosticadas no parto e a maioria, 4, no pós-parto, constatando uma falha no diagnóstico precoce. Conclusões: O fato do diagnóstico precoce por ultrassonografista ser pouco utilizado precisa ser melhor investigado, a fim de promover técnicas de aprimoramento e conhecimento na área. Isso é importante, pois a identificação precoce, juntamente com a orientação, é fundamental na aceitação e na lida para com a anomalia. Além disso, esse tempo precoce do diagnóstico é fundamental para a agilidade da organização dos serviços médicos e da própria família no planejamento cirúrgico reconstrutor da criança fissurada, que já pode ser submetida a cirurgia com 12 meses. Bibliografia: ¹TOLEDO NETO, João Lopes, et al. Conhecimento de enfermeiros sobre amamentação de recém-nascidos com fissura labiopalatina. Rev Rene. 2015 jan-fev; 16(1):21-8.

PALAVRAS-CHAVES: Diagnóstico | Cirurgia Reconstrutiva | Fenda labial e Palatina

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 566

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Questões relacionadas ao aleitamento e outras formas de alimentação de crianças com fissura labiopalatina submetidas a procedimento cirúrgico reconstrutor

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO ROMÉRIO LEITE DE MACÊDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), PABLO AUGUSTO COELHO COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO AGOSTINHO MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Identificar dificuldades na amamentação e ingestão de outros alimentos antes de procedimento reconstrutor, a perspectiva do cuidador após cirurgia e prognóstico desta no ato de alimentar. Método: Trata-se de um estudo descritivo quantitativo. Durante mutirão de reconstrução de fenda labial e/ou palatina (FL ± P), realizado na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, durante o período de 12 a 16 de outubro de 2015, universitários captaram aleatoriamente seis famílias de pacientes beneficiados com cirurgias reparadoras organizadas pela Smile Train. Esses pacientes tinham entre 3 meses e 7 anos, e a entrevista foi respondida pelo responsável pela criança. Resultados: Apesar de todas as famílias com portadores de (FL ± P) terem recebido incentivo ao aleitamento, 2 responsáveis afirmaram que possuíam dúvida quanto a amamentação do bebê. Além disso, como principais problemas vivenciados, 80% apresentaram dificuldade da pega e engasgo e 40% regurgitação e pouco volume de leite sugado. Em outro estudo entre os problemas mais comuns relacionados ao aleitamento, encontra-se sucção inadequada por falta de pressão oral, fadiga durante a amamentação, alimentação prolongada e comprometimento do crescimento e nutrição. Também nesse estudo, todos enfermeiros questionados sobre aleitamento para lactentes com (FL ± P) relataram ausência de aprendizado¹. Apesar de em nosso estudo 83,3% dos cuidadores terem afirmado que a equipe de enfermagem apoiou o aleitamento e instruiu devidamente suas dúvidas e medos, apenas 50% das famílias receberam orientações quanto às maneiras de evitar as regurgitações ou engasgos e como proceder nos primeiros socorros. O problema da alimentação é tão relevante que 66,7% dos cuidadores esperavam por melhoria na deglutição da criança após cirurgia. Conclusões: É evidente a importância que a amamentação tem no crescimento e desenvolvimento e ainda mais para indivíduos com anomalias. Contudo, percebe-se que, mesmo tendo atuação fundamental no prognóstico, as equipes de saúde apresentam conhecimentos incipientes e não repassam informações aos cuidadores. Além disso, as crianças que crescem com problemas na área alimentar teriam suas dificuldades sanadas com a cirurgia reparadora. Bibliografia: ¹TOLEDO NETO, João Lopes, et al. Conhecimento de enfermeiros sobre amamentação de recém-nascidos com fissura labiopalatina. Rev Rene. 2015 jan-fev; 16(1):21-8.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Reconstrutiva | Fenda labial e palatina | Aleitamento

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 574

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil epidemiológico das pacientes submetidas à cirurgia de mastectomia em um serviço de mastologia do interior do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO ROMÉRIO LEITE DE MACÊDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MANOEL AURÉLIO SOARES JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JOSÉ JUVENAL LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico das mulheres que realizaram cirurgia de mama em um serviço de Mastologia em Sobral, Ceará. Método: Este estudo foi desenvolvido no setor de Mastologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE. Foram entrevistadas mulheres mastectomizadas, atendidas por esse serviço e em acompanhamento médico, que realizaram ou não a cirurgia de reconstrução mamária. Foram abordadas 33 pacientes no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Foi assinado termo de consentimento e as informações processadas em formulários validados. Resultados: Das 33 pacientes, 7 (21,2%) haviam feito cirurgia de reconstrução mamária e 26 (78,8%) declararam não ter feito a cirurgia reconstrutiva, sendo a faixa etária predominante destas de 43 a 84 anos, excluindo-se apenas uma paciente com 28 anos, e daquelas, de 28 a 39 anos. Quanto à procedência das 33 pacientes, 22 (66,7%) eram de outras localidades, sendo apenas 11 (33,3%) procedentes de Sobral, revelando um forte influxo de paciente de outras cidades. Ocorreu predomínio de mulheres que se autodeclararam não brancas 25 (75,8%) em vista de 8 (24,2%) brancas, sendo 78,8% do total da amostra adepta do Catolicismo e 21,2% adepta da religião Evangélica. Para o cálculo da renda das pacientes, foi utilizado o critério de estratificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ? ABEP, em que 17 (51,5%) mulheres apresentavam renda média familiar de R\$ 424,00, 13 (39,4%) de R\$ 927,00, seguido de 2 (6,1%) com renda de R\$ 1.669,00 e apenas 1 (3%) com renda de R\$ 207,00. Com relação ao estado civil, predominaram as casadas (54,5%), seguido das solteiras com 27,3%. Quanto ao nível de escolaridade, um terço, 33,3% eram analfabetas ou possuíam primário incompleto. E em relação à ocupação, 13 (39,4%) estavam empregadas, 10 (30,3%) desempregadas e 10 (30,3%) aposentadas. Conclusões: A maior parte das mulheres mastectomizadas se constitui por mulheres não brancas, de baixa escolaridade e baixa renda, na faixa etária de 28 a 84 anos e provenientes de outras cidades (66,7%). Essas informações são de extrema importância para que possam ser estabelecidas medidas visando à estruturação e acompanhamento das ações de saúde para essas pacientes. Bibliografia: SILVA, Ana Cláudia Conceição da. et al. Perfil Epidemiológico de Mulheres que Realizaram Mastectomia em uma Unidade-Referência em Salvador-Bahia. Revista Brasileira de Saúde Funcional, [s.l.], v.1, n.1, p.31-41, jun. 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Mastectomia | Perfil epidemiológico | Reconstrução Mamária

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 575

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Correlação entre uso de terapias adjuvantes na decisão de realizar ou não a reconstrução mamária em pacientes mastectomizadas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EMANUEL DO NASCIMENTO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JOSÉ JUVENAL LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Avaliar a relação entre o uso de terapias adjuvantes por mulheres mastectomizadas com a decisão de realizar ou não a cirurgia reconstrutiva. Método: Este estudo foi desenvolvido no setor de mastologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE. Foram entrevistadas mulheres mastectomizadas, em acompanhamento médico, que realizaram ou não a cirurgia de reconstrução mamária. Foram abordadas 33 pacientes no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Foi assinado termo de consentimento e as informações processadas em formulários validados. Resultados: Do total de 33 pacientes, 18 (54,54%) afirmaram ter realizado quimioterapia e radioterapia, das quais 3 fizeram a cirurgia reconstrutiva e 15 optaram pela não realização. Outras 11 pacientes (33,33%) realizaram apenas quimioterapia, das quais 4 fizeram a reconstrução e 7 não realizaram o procedimento. Além disso, 4 pacientes (12,12%) afirmaram não ter utilizado terapia adjuvante, sendo que todas também não realizaram a cirurgia reconstrutiva. Em termos proporcionais, percebe-se que pacientes que fizeram uso apenas de quimioterapia realizaram um maior percentual de cirurgias reconstrutivas, um total de 36,36%, ao passo que as pacientes que fizeram uso de quimioterapia associada à radioterapia realizaram um menor percentual de reconstrução, 16,67%. Conclusões: Diante do exposto, conclui-se que a maior parte das pacientes mastectomizadas fizeram uso de terapias adjuvantes, sobretudo a quimioterapia associada à radioterapia. Além disso, os dados obtidos permitem inferir que, para a amostra em questão, o uso de quimioterapia isolada está associado à maior adesão para a realização da cirurgia reconstrutiva quando comparada à combinação entre quimioterapia e radioterapia. Bibliografia: BEZERRA, Karla Barros, et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1933-1941, July 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Mastectomia | Quimioterapia | Radioterapia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 578

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida das pacientes mastectomizadas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EMANUEL DO NASCIMENTO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), BEATRICE PONTE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EMMANUEL FILIZOLA CAVALCANTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO AIRTON RANGEL FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Analisar o impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida e auto-imagem da paciente mastectomizada. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e transversal. Foram entrevistadas 33 pacientes submetidas à cirurgia de mastectomia atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, sendo abordadas durante fase de acompanhamento médico no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Foi assinado termo de consentimento e as informações foram declaradas pelas pacientes em um formulário de coleta de dados, sendo a qualidade de vida foi aferida através do questionário validado WHO-QOL bref. Resultados: Das 33 pacientes entrevistadas, 7 (21,2%) declararam ter realizado a reconstrução mamária (grupo 1) e 26 (78,8%) declararam não ter realizado a cirurgia de reconstrução (grupo 2). Quanto à avaliação da qualidade de vida, foi dividida em cinco domínios. As respostas envolviam escalas de 0 a 5, quanto menor a pontuação, menor era a satisfação pessoal da paciente. A pontuação de cada domínio era definida pela soma das respostas. No primeiro domínio, o físico, no qual a paciente foi questionada a respeito de dores, satisfação física e disposição para a realização de atividades diárias, a média do grupo 1 foi 13,31 já a média do segundo foi 14,07. No domínio psicológico, que abordava a saúde emocional, a média do grupo 1 foi 15,62 enquanto que a do grupo 2 foi 15,95. No domínio de relações sociais a média do grupo 1 foi 16,76 sendo a do grupo 2, 17,64. Já em relação ao domínio ambiental, incluindo questões de moradia, o grupo 1 obteve a média de 13,79 enquanto que o grupo 2, 14,59. No último domínio, onde se avaliou a própria perspectiva de qualidade de vida, o grupo 1 obteve a média 16,29, enquanto que a do grupo 2 foi 15,85. Conclusão: A cirurgia de reconstrução é uma grande aliada na melhoria da autoestima e da qualidade de vida da mulher¹. É possível observar que no domínio 5 referente a qualidade de vida, a média das pacientes que passaram por reconstrução foi maior do que as que não passaram, já nos outros domínios isso não aconteceu. Logo, pode-se afirmar que, a reconstrução não é a única responsável pela auto-satisfação da mulher, fatores como apoio emocional, apoio familiar, apoio social e idade também influenciam no bem estar feminino. Bibliografia: ¹FURLAN, Vanessa Lacerda Alves. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. Rev Bras Cir Plást. 2013; 28(2):264-9.

PALAVRAS-CHAVES: Qualidade de vida | Cirurgia Reconstructora | Mastectomia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 579

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Correlação entre limitações pós-mastectomia e decisão para realizar reconstrução mamária

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), NARCÉLIO MENEZES SILVA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EMANUEL DO NASCIMENTO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JOSÉ JUVENAL LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Avaliar a correlação entre a presença de limitações após a realização de mastectomia com a decisão de realizar ou não a cirurgia reconstrutiva. Método: Este estudo foi desenvolvido no setor de mastologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE. Foram entrevistadas mulheres mastectomizadas, atendidas por esse serviço e em acompanhamento médico, que realizam ou não a cirurgia de reconstrução mamária. Foram abordadas 33 pacientes no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Foi assinado termo de consentimento e as informações processadas em formulários de coleta de dados validados, sendo a qualidade de vida aferida através do questionário WHO-QOL brief. Resultados: Do total de 33 pacientes entrevistadas, 24 (72,7%) afirmaram não possuir limitação física ou problemas de saúde que as impedissem de realizar a cirurgia reconstrutiva, de modo que 6 destas pacientes realizaram a reconstrução e 18 não a fizeram. Ademais, 6 pacientes (18,18%) afirmaram possuir algum tipo de limitação para a cirurgia reconstrutiva, de maneira que todas essas optaram pela não realização do procedimento. Já outras 3 pacientes (9,1%) demonstraram desconhecer a presença de alguma limitação ou problema de saúde, sendo que 1 realizou a reconstrução e 2 não a fizeram. Conclusões: Diante do exposto, conclui-se que grande parte das pacientes mastectomizadas afirmaram não possuir limitação para a realização da cirurgia reconstrutiva, muito embora a maior parcela dessas pacientes sem problemas de saúde optaram pela não realização do procedimento. Com base nesses dados, algumas hipóteses podem ser suscitadas, como o desconhecimento sobre a cirurgia reconstrutiva ou mesmo o desgaste físico e emocional decorrente do processo de adoecimento, o que requer novas abordagens na divulgação da possibilidade de reconstrução mamária pela mídia e pelos profissionais de saúde. Além disso, todas as pacientes que afirmaram possuir algum tipo de limitação não realizaram a reconstrução, o que pode ser em virtude de receio de mais complicações. Bibliografia: BEZERRA, Karla Barros et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1933-1941, July 2013

PALAVRAS-CHAVES: Pós-mastectomia | Complicações | Reconstrução mamária

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 580

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Impacto nas relações sociais de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução mamária.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), EMANUEL DO NASCIMENTO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), RENAN LOPES VASCONCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), NARCÉLIO MENEZES SILVA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANTONIO AGOSTINHO MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JOSÉ JUVENAL LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Analisar o impacto da mastectomia nas relações sociais das mulheres que foram submetidas ao procedimento e comparar o efeito da reconstrução mamária nessas relações. Método: Este estudo foi desenvolvido na mastologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE. Foram entrevistadas mulheres mastectomizadas, e em acompanhamento médico, que realizaram ou não a cirurgia de reconstrução mamária. Foram abordadas 33 pacientes no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Foi assinado termo de consentimento e as informações processadas em formulários validados. Resultados: Das 33 pacientes, 7 (21,2%) se submeteram a cirurgia de reconstrução mamária. A faixa etária destas foi de 28 a 39 anos e das 4 mulheres casadas, apenas 25% não tinham vida sexual ativa. Em relação a essas 7 mulheres, 14,3% não possuíam liberdade em usar qualquer tipo de roupa e 28,6% sentiam-se envergonhadas em se vestir ao lado das pessoas mais próximas. Em contraste, na amostra de 26 mulheres que não realizaram cirurgia reconstrutora, a faixa etária foi de 43 a 84 anos, excluindo-se apenas uma paciente com 28 anos. Destas, 14 mulheres eram casadas, sendo que 5 (35,7%) não tinham vida sexual ativa, 13 (50%) não tinham liberdade em usar qualquer tipo de roupa e 10 (38,5%) ficavam com vergonha de se vestir ao lado das pessoas mais próximas, representando percentuais maiores em relação às pacientes que realizaram reconstrução da mama. Quanto se houve mudança no relacionamento familiar após a mastectomia, 85,7% das mulheres com reconstrução mamária responderam não, enquanto 61,5% das que não realizaram esta cirurgia negaram mudança. Em relação a alterações no relacionamento social, 28,6% e 15,4% responderam que houve mudanças positivas, respectivamente, no grupo mastectomizado com reconstrução e sem a reconstrução da mama. Conclusões: Existe menor impacto de mudanças familiares e alteração positiva no relacionamento social de mulheres que realizaram cirurgia reconstrutiva. Além disso, há melhor aceitação da imagem corporal e maior confiança, o que facilita o rearranjo das relações interpessoais dessas mulheres. Portanto, a reconstrução mamária possibilita à mulher mastectomizada incorporar ao tratamento do câncer de mama conceitos de qualidade de vida, trazendo benefícios físicos, psicológicos e sociais¹. Bibliografia: ¹PAREDES, CG, et al. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas. Rev Bras Cir Plást. 2013 ; 28(1):100-4.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia reconstrutiva | Mastectomia | Impacto social

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 664

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fechamento de grandes feridas da parede corpórea por tração das bordas da pele com elásticos de borracha

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIVA NOVY BARBOSA CHAVES NAGEM (IPSEMG), RACHID GUIMARAES NAGEM (UFMG), ANDY PETROIANU (UFMG)

RESUMO: Objetivo: Grandes feridas da parede corpórea constituem um desafio cirúrgico de difícil solução. O objetivo deste estudo foi descrever a técnica de fechamento de feridas por tração de suas bordas com elásticos de borracha e avaliar sua eficácia para a redução da área cruenta, evolução para a cicatrização parcial ou total, tempo para a cicatrização e complicações. Método: Essa técnica foi utilizada em 17 feridas de 13 pacientes adultos, sendo cinco homens e oito mulheres com idade de 25 a 80 anos (M= 46,0 anos \pm 17,6). Em 84,6% dos pacientes constatou-se hipoalbuminemia e em 76,9%, anemia. Após anestesia local, elásticos esterilizados foram suturados às bordas da ferida em forma de X consecutivos. Resultados: Houve aproximação das bordas em todos os casos e a síntese completa ocorreu em 13 feridas (76,5%) no prazo de um a 14 dias. Em seis feridas (35,3%) ocorreu epitelização após dez a 31 dias. As complicações observadas foram reação inflamatória local (76,5%), deiscência (35,3%), infecção local (11,8%) e úlceras de pressão pelos elásticos (17,7%). Conclusão: A técnica descrita é simples e segura para o fechamento de grandes feridas. Ela pode ser realizada em qualquer hospital e não exige habilidades cirúrgicas avançadas. Em feridas abdominais, essa técnica permite o fechamento e a cicatrização em tempo reduzido e com poucas complicações. Nas úlceras de pressão, apesar de obter-se a aposição das bordas, a cicatrização é demorada e pode não ocorrer. Bibliografia: Brölmann FE, Ubbink DT, Nelson EA, Munte K, van der Horst CMAM, Vermeulen H. Evidence-based decisions for local and systemic wound care. Br J Surg 2012; 99: 1172-83. Demetriades D. Total management of the open abdomen. Int Wound J 2012; 9 (Suppl 1): 17-24. Gupta S, Ichioka S. Optimal use of negative pressure wound therapy in treating pressure ulcers. Int Wound J 2012; 9 (Suppl 1): 8-16. Salgado MI, Petroianu A, Alberti LR, Burgarelli GL, Barbosa AJA. Conducted healing to treat large skin wounds. Chirurgia 2013; 108: 620-4. Santos ELN, Oliveira RA. Elastic sutures for the treatment of extensive wounds. Rev Bras Cir Plást 2012; 27: 475-7. Topaz M, Carmel NN, Silberman A, Li MS, Li YZ. The TopClosure® System, for skin stretching and a secure wound closure. Eur J Plast Surg 2012; 35: 533-43.

PALAVRAS-CHAVES: Cicatrização de feridas | Síntese | Feridas grandes

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 679

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Conhecimento de pacientes mastectomizadas acerca de aspectos da cirurgia de reconstrução mamária

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), NARCÉLIO MENEZES SILVA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), PABLO AUGUSTO COELHO COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JOSÉ JUVENAL LINHARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO JARDAS SAMPAIO DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Analisar o conhecimento de pacientes mastectomizadas sobre aspectos da cirurgia de reconstrução mamária, enfatizando a importância deste na decisão de realização de tal procedimento. Método: O presente estudo foi desenvolvido no setor de mastologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral ? CE. Foram entrevistadas 33 mulheres mastectomizadas, que passaram ou não por cirurgia de reconstrução mamária e que encontravam-se em seguimento clínico, no período de novembro de 2016 a dezembro de 2017. Foram aplicados questionários validados e assinado termo de consentimento esclarecido. Resultados: Quando se considera a assistência integral à saúde da mulher, a reconstrução mamária aparece como parte do tratamento para o câncer de mama; sendo necessário conhecimento a respeito dos seus possíveis benefícios e complicações, para optar-se ou não por sua realização. No presente estudo, foram questionados alguns aspectos relacionados a esse procedimento. Considerando que S: sim, N: não, NS: não sei e NR: não responderam, as pacientes posicionaram-se da seguinte forma sobre os seguintes aspectos: pode ser feito no mesmo momento da cirurgia de câncer ou depois, S(60,6%), N(9,1%), NS(27,3%), NR(3%); oferece volume e simetria entre as mamas, S(51,5%), N(15,2%), NS(30,3%), NR(3%); pode fazer o câncer de mama voltar, S(18,2%), N(30,3%), NS(48,5%), NR(3%); pode mascarar a recorrência do câncer, S(27,3%), N(27,3%), NS(42,4%), NR(3%). Conclusões: A pesquisa revelou uma quantidade expressiva de mulheres com incertezas a respeito do procedimento de reconstrução mamária e demais aspectos relacionados. Desse modo, para que haja maior confiança nesse procedimento cirúrgico e este atue como aliado na recuperação dessas pacientes é preciso orientação adequada e compreensão acerca do tema de modo com que se forneça um embasamento para seus comportamentos e atitudes perante tal decisão. Bibliografia: SOUZA, Ângela Maria Fausto, VIEIRA, Roberto José da Silva, FONTOURA, Helena Amaral da. A prática da reconstrução mamária no universo psicoafetivo da mulher mastectomizada. Rev Bras Mastologia, RJ. 21(4):153-156. Abr 2012. Câncer de mama: é preciso falar disso / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ? 3. ed. ? Rio de Janeiro: Inca, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Mastectomia | Reconstrução mamária | Conhecimento

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 720

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lipoblastoma de Membro Superior em Paciente Pediátrico - Manejo Adequado

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), CAROLINA MARQUEZIN GIACOMELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), ISABEL CRIVELATTI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), EVANDRO JOSE SIQUEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), LOURENÇO FRIGERI TEIXEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), GUSTAVO STEFFEN ALVAREZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS)

RESUMO: Introdução: O lipoblastoma é um tumor benigno de tecidos moles que acomete, predominantemente, a população pediátrica no segundo ano de vida. Tem origem no tecido adiposo embrionário e é mais frequentemente nas extremidades corporais e no tronco. Os sintomas variam de acordo com a localização e a compressão de órgãos adjacentes. O diagnóstico diferencial é dado pelo exame histopatológico. Exames radiológicos são importantes para avaliar a evolução da doença, a qual costuma apresentar bom prognóstico. Caso não haja manejo adequado, pode tornar-se incapacitante. Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 1 ano e 7 meses. A mãe relata o aparecimento, logo após o nascimento, de lesão assintomática em antebraço direito de aproximadamente 1cm³, que não ocasionava limitações funcionais, mas, com crescimento acentuado após 1 ano de idade, causou limitação de flexão e extensão do antebraço, punho e dedos da mão, associado às dimensões da lesão. Ao exame físico observou-se massa em antebraço direito, fixa, de consistência lipomatosas, aderida a planos profundos. Ecografia do ano anterior indicava lesão cística de 37x22x27mm, com septos internos e ampla vascularização na sua porção profunda. Angiotomografia atual indicou espessamento de tecidos moles ao longo da estrutura. Houve aumento volumétrico em comparação ao exame anterior, medindo 14,5x9cm. A lesão, compatível com o laudo tomográfico de linfangioma, compreendia do terço distal do braço ao punho direito. Estruturas ósseas e vasculares preservadas. Optou-se por embolização, na tentativa de diminuir a lesão e facilitar a ressecção da mesma; sem sucesso. A paciente foi, então, submetida a cirurgia para ressecção da lesão. O anatomopatológico indicou diagnóstico de lipoblastoma benigno. Após 4 meses de seguimento, a movimentação do antebraço, punho e dedos foi recuperada, apresentando como sequela funcional apenas déficit parcial de movimentação do polegar, para o qual, realizando-se tratamento fisioterápico, obteve-se bom resultado. Conclusão: Apesar de não possuir potencial maligno, o lipoblastoma pode causar complicações por efeito de massa local e compressão das estruturas subjacentes. O diagnóstico correto mostra-se importante perante o diferente manejo e prognóstico entre as diferentes possíveis lesões lipomatosas. A abordagem cirúrgica conservadora é o tratamento padrão, evitando mutilação ou procedimentos excessivamente extensos. O acompanhamento clínico longo é justificado pela possibilidade de recorrência.

PALAVRAS-CHAVES: Lipoblastoma | Tumores Lipomatosos | Tumores de Partes Moles

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 731

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise epidemiológica dos traumas de mão atendidos pelo setor cirúrgico em um Hospital de Referência do Interior do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), BEATRICE PONTE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), TAINÁ SANTOS DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO AGOSTINHO MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivos: Analisar dados epidemiológicos referentes à pacientes acometidos por trauma de mão, abordados no setor cirúrgico. Método: Estudo seccional, do tipo quantitativo, realizado no setor de cirurgia plástica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no interior do Ceará. No período de novembro de 2016 a janeiro de 2017 foram coletados dados de 22 pacientes, os quais sofreram trauma de mão e realizaram procedimentos no referido setor. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, procedência, profissão e causa do trauma. Resultados: Em relação ao sexo, houve predomínio masculino com 19 pacientes (86,4%) em vista do feminino, 3 (13,6%). Quanto a idade, o intervalo de maior ocorrência foi de 20 a 50 anos, representando 68,2% dos pacientes, de acordo com distribuição a seguir: a) 50 anos: 3 (13,6%). Em relação à procedência, 3 pacientes eram procedentes da região analisada (Sobral) e outros 19 (86,4%) eram procedentes de outras localidades. Com relação a profissão, 12 (54,5%) exerciam atividades laborativas que envolviam o uso das mãos: 6 eram agricultores (27,3%), 2 (9,1%) eram pedreiros, 2 (9,1%) eram marceneiros, 2 (9,1%) realizavam trabalhos domésticos; já 10 (45,45%) não trabalhavam, não responderam ou tinham outras profissões. A causa predominante de internação foi acidente de trabalho, com 11 pacientes (50%), seguido por lesão por arma branca: 4 (18,2%), acidente de moto: 4(18,2%). Não responderam ou tiveram outra causa de lesão 3 (13,6%). Enquanto a lateralidade da mão lesionada, 9 (40,9%) das lesões, ocorreram na mão direita, o que é um agravante, pois a mão direita era a mão dominante de 86,4% dos pacientes. Conclusões: Os dados obtidos referem concordância com a literatura, visto que o perfil do paciente vítima de trauma de mão é em sua maioria do sexo masculino, em faixa etária relativamente jovem e em plena idade produtiva. Verificou-se que 50% dos casos decorreram de acidentes laborais. Além disso, grande parte dos acidentes ocorreu na mão dominante. Logo, pode-se concluir que os acidentes têm alto poder incapacitante e precisam de devida atenção da equipe cirúrgica.[3] Bibliografia: OLIVEIRA, T.P. et al; Estudo retrospectivo dos acidentes traumáticos da mão relacionados ao trabalho; Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 339-349, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma de mão | Cirurgia de mão | Mão

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 734

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise epidemiológica dos procedimentos realizados em cirurgia de mão em pacientes atendidos pelo serviço de Cirurgia Plástica de um hospital de referência do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), BEATRICE PONTE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), TAINÁ SANTOS DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO AGOSTINHO MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Analisar os procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes que sofreram trauma de mão atendidos na emergência e encaminhados para o setor de Cirurgia Plástica em um hospital de referência no interior do Ceará. Método: Estudo seccional no qual foram avaliados os tipos de procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes vítimas de lesões de mão atendidos pelo setor de Cirurgia Reconstructiva da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE. Essa variável foi declarada em instrumento de coleta de dados no período de 26/11/2016 a 23/01/2017. Resultados: Dos 22 pacientes submetidos à intervenção cirúrgica, 2 foram excluídos por não possuírem informação acerca do procedimento realizado. A amostra do presente estudo, portanto, é constituída de 20 pacientes, dos quais 7 (35%) realizaram a cirurgia de tenorrafia, 6 (30%) foram submetidos à amputação de falange, 6 (30%) realizaram debridamento cirúrgico e 1 (5%) realizou retalho. Em relação à mão acometida, houve predomínio da mão esquerda em 55% dos casos. Dentre os pacientes que realizaram tenorrafia, 85,7% realizaram o procedimento somente na mão esquerda; e dos que foram submetidos a desbridamento cirúrgico, também houve um maior número de cirurgias realizadas na mão esquerda, representando 66,7% do total. Conclusão: Lesões de mão são incapacitantes e prejudicam a realização de diversas atividades diárias, pondo em destaque a importância do conhecimento e da boa execução dos procedimentos reparadores desse tipo de lesão. Diante dos resultados obtidos, percebe-se que mais de 50% dos traumas ocorridos acometeu tendões ou gerou a remoção cirúrgica de um dos segmentos da mão, a mão esquerda foi a mais comumente lesionada. Além disso, é válido destacar que a remoção de tecido necrosado foi realizada em mais de 20% dos pacientes, evidenciando a importância desse procedimento para garantia de bons resultados pós operatórios. Tais dados vão ao encontro da literatura atual e demonstram a importância da cirurgia reconstructiva de mão. Bibliografia: JONG, Johanna P. de et al. The Incidence of Acute Traumatic Tendon Injuries in the Hand and Wrist: A 10-Year Population-based Study. Clinics In Orthopedic Surgery, Seoul, v. 6, n. 2, p.196-202, jun. 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma de mão | Cirurgia de mão | Lesão de mão

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 735

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Importância da Cirurgia Plástica no atendimento de pacientes vítimas de lesões traumáticas de mãos em hospital terciário do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), BEATRICE PONTE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO AGOSTINHO MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Destacar a importância dos procedimentos cirúrgicos plásticos realizados após lesões traumáticas de mãos. Método: Estudo seccional, do tipo quantitativo, realizado no setor de cirurgia plástica do hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no interior do Ceará. Durante o pré-cirúrgico, acadêmicos de medicina, no período de 26/11/16 até 23/01/17, entrevistaram 22 pacientes, amostra não probabilística, que realizaram algum tipo de procedimento cirúrgico devido à lesão traumática nas mãos. Resultados: Dos 22 entrevistados, 19 (86,4%) eram do sexo masculino e 15 (68,1%) estavam na faixa etária de 20-50 anos. A grande maioria tinha profissões como agricultor, 6, pedreiro, 2, marceneiro, 2 e doméstica, 2, atividades estas que demandam uso constante das mãos. Além disso, a grande parte dos traumas teve como causa acidente de trabalho, 11 (47,8%), seguido por acidente de moto, 4 (17,4%), e violência urbana por arma branca, 4 (17,4%). A mão direita era dominante para 19 (86,4%) pacientes e a mão esquerda foi acometida em 11 (50,0%) casos. Em relação às cirurgias plásticas realizadas, predominou a tenorrafia (7), ocorreram também 6 amputações, 6 limpezas/debridamentos, 1 retalho e em 2 casos não houveram dados para contabilizar. Conclusões: O trauma da mão é uma das lesões mais frequentes nas emergências¹ e normalmente envolve múltiplas estruturas, podendo gerar lesão vascular, nervosa, tendínea e/ou óssea. Além disso, apresenta alto risco de desenvolver isquemia, infecção, alteração na cicatrização, dificuldade para a consolidação de fratura e dor crônica, carregando um elevado potencial de morbidade e amputação¹. Por estes motivos, é fundamental uma conduta multifatorial, assertiva e especializada no tratamento dessas lesões. Devido às dificuldades econômicas na saúde do nosso País e à ausência de serviços especializados de mão e de cirurgias microvasculares, o cirurgião plástico reconstrutor é um profissional fundamental e efetivo para lidar com essas lesões. Isso é constatado pelo número de tenorrafias e amputações desse serviço. Bibliografia: SILVA, Jefferson Braga Silva, ET al. Trauma complexo da mão parte I: lesão vascular, lesão nervosa, lesão tendínea. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 58 (3): 240-246, jul.-set. 2014

PALAVRAS-CHAVES: Trauma de mão | Cirurgia de mão | Lesão de mão

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 788

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TEMPO CORRETO PARA A TRANSFERÊNCIA MUSCULAR NAS MEDIASTINOTOMIAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GABRIELA HORBE WACHHOLZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), LYDIA MASAKO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO E ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA), MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL E ESCOLA DE MEDICINA)

RESUMO: OBJETIVO Sugerir o momento ideal para a substituição esternal baseado na colonização da ferida operatória aberta do esterno. MÉTODO Estudo prospectivo controlado com trinta pacientes, idade média de 62,7 anos. Esternotomia com deiscência. Diâmetro médio do defeito de 20,53 x 7,15 cm². Ferida testada para colonização e infecção através de cultura seriada. Tomografia realizada para excluir formação de abscesso e pericardite. SPSS versão 11.0. RESULTADOS Depois de duas tentativas de resutura, em um intervalo de 2 semanas, existe uma tendência a colonização por *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* e outras bactérias gram negativas. Quando a substituição esternal é realizada antes da primeira semana da deiscência, o período de hospitalização diminui para 12 a 22 dias ($p > 0,001$). CONCLUSÃO A reconstrução esternal realizada nas primeiras duas semanas após a deiscência pode evitar a colonização e possivelmente a infecção. Depois disso, há uma tendência à colonização pelo *Staphylococcus* resistente à oxacilina e bactérias gram-negativas, aumentando o risco de mediastinite. REFERÊNCIAS 1. Wu S, Wan F, Gao Y, et al. Sternal reconstruction of deep sternal wound infections following median sternotomy by single-stage muscle flaps transposition. *Chin Med Sci J*. 2014; 29(4):208-13. 2. Jaeger, MRO, Amaral Neto N., Milani AR, Ely PB. A reconstrução esternal precoce pode prevenir contra a mediastinite?. *Arquivos Catarinenses de Medicina (Impresso)*, v. 41, p. 154-155, 2012. 3. Kokhan EP, Aleksandrov AS, Shandurenko IN, et al. Postoperative wound complications in cardiosurgery. *Angiol Sosud Khir*. 2014; 20(1):148-53. 5. Zahiri HR, Lumpkins K, Kelishadi SS, Zhu Y, Medina D, Condé-Green A, et al. Significant Predictors of Complications After Sternal Wound Reconstruction: A 21-Year Experience. *Ann Plast Surg*. 2012. 6. Grevious MA, De La Torre J, et al. Sternal Dehiscence Reconstruction. *WebMD*, 2016.

PALAVRAS-CHAVES: Esternotomia | Sutura | Infecção

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 790

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: UTILIZAÇÃO DA MODELAGEM ALVEOLONASAL NO RECÉM-NASCIDO COM FISSURA LABIOPALATINA UNILATERAL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GABRIELA HORBE WACHHOLZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), LYDIA MASAOKO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO E ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA), MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL E ESCOLA DE MEDICINA)

RESUMO: OBJETIVO Medir a alteração encontrada na configuração da região alveolar e do palato após a utilização da placa de modelagem alveolonasal passiva. MÉTODO Onze recém-nascidos com fissura unilateral e discrepância da arcada dentária. A distância do alvéolo foi medida na primeira semana de vida e no dia da queiloplastia e obtidas fotografias submetidas a dois examinadores independentes. A placa alveolonasal foi confeccionada a partir de resinas de secamentoultra-rápido, sem necessidade de sedação ou anestesia no recém-nascido. A placa sofre ajustes semanais e é retirada apenas para higienização da boca. Para avaliação da distância antes e depois do tratamento foi utilizado o programa SPSS 11.0. RESULTADOS Todos obtiveram redução significativa da distância entre os alvéolos da fissura ($p > 0,001$) e alteração perceptível nas imagens, o que foi confirmado pela impressão na resina. CONCLUSÃO A distância entre os bordos alveolares e do palato obtiveram redução nos recém-nascidos que utilizaram a placa alveolonasal. REFERÊNCIAS 1. Attiguppe PR, Karuna YM, Yavagal C, et al. Presurgical nasoalveolar molding: A boon to facilitate the surgical repair in infants with cleft lip and palate. *Contemp Clin Dent*. 2016; 7(4):569-573. 2. Bhuskute AA, Tollefson TT, et al. Cleft Lip Repair, Nasoalveolar Molding, and Primary Cleft Rhinoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2016 Nov;24(4):453-4663. 3. Subramanian CS, Prasad NK, et al. A modified presurgical orthopedic (nasoalveolar molding) device in the treatment of unilateral cleft lip and palate. *Eur J Dent*. 2016; 10(3):435-84. 4. Jaeger MRO, Morganti M, Puriccelli E, et al. Experiência de hospital especializado no tratamento precoce do fissurado através da modelagem nasoalveolar. *Arquivos Catarinenses de Medicina (Impresso)*, v. 44, p. 211-214, 2015. 5. Jaeger MRO, Amaral Neto N, Rech D, et al. Aumento da largura da fissura labioalveolar em recém-nascidos não submetidos à tratamento ortopédico precoce. *Arquivos Catarinenses de Medicina (Impresso)*, v. 41, p. 57-59, 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Modelagem | Ortopedia | Fissura labiopalatina

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 792

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRANSFERÊNCIA COMBINADA DE MÚSCULO TEMPORAL E PLICATURA DO MÚSCULO ORBICULAR DOS OLHOS: REANIMAÇÃO DA FACE PARALISADA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GABRIELA HORBE WACHHOLZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL E ESCOLA DE MEDICINA), EDUARDO GROSSMANN (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), LYDIA MASAKO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO E ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA), MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL E ESCOLA DE MEDICINA)

RESUMO: OBJETIVO A paralisia facial de longa duração deve ser sempre tratada por restauração dinâmica. No entanto, os resultados obtidos por uma única transferência de músculo podem não proporcionar um equilíbrio adequado. O objetivo deste trabalho é avaliar o resultado funcional da transferência de músculo temporal (TT) combinada com a plicatura do músculo orbicular dos olhos (OOP) na reconstrução do sorriso da paralisia facial unilateral de longa duração. MÉTODO 16 pacientes House Brackmann (HB) V a VI com paralisia facial unilateral (UFP) foram submetidos a TT mais OOP de julho de 2007 a janeiro de 2008. A média de idade foi de 59,5 anos. A distância entre o filtro dos lábios e o canto da boca até o sulco nasogeniano em repouso e sorrindo foi obtida antes e após a operação e os pacientes foram acompanhados por dois anos após o procedimento. RESULTADOS A distância ao sulco nasogeniano mudou significativamente ($P > 0,001$) ao sorrir, melhorando a pontuação HB para III em todos os 16 pacientes. O aspecto da região dos olhos com o músculo orbicular franzido permite a impressão de que também há expressão ao redor dos olhos. CONCLUSÃO resultado funcional do TT combinado com OOP melhorou o escore HB em todos os 16 pacientes com paralisia facial de longa duração. Isso foi atestado pela quantidade de movimento suficiente para elevar o canto da boca, e um aspecto mais natural da face paralisada. REFERÊNCIAS 1. Jaeger M.R.O., Ferreira M., Amaral Neto N., Ely P.B., et al. Smile Reconstruction Using A Combination of Orbicularis Oris Plication and Temporalis Muscle Transfer to the Long Lasting Facial Paralysis. Plastic and Reconstructive Surgery (Online), v. 130, p. 87, 2012. 2. Chen G1, Yang X, et al. Mini-temporalis transposition: a less invasive procedure of smile restoration for long-standing incomplete facial paralysis. J Craniofac Surg. 2015 Mar;26(2):518-21. 3. Jaeger M.R.O., Ferreira L.M. Técnica Ilustrada em Microcirurgia. Rio de Janeiro: Dilivros, 2015. 55p.

PALAVRAS-CHAVES: Paralisia facial | Reconstrução | Movimento

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 824

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RETALHO NASOLABIAL MIOCUTÂNEO ILHADO DA ARTÉRIA FACIAL PARA RECONSTRUÇÃO LABIAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA FIDELIS SOLLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DECIO LUIS PORTELLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), HAMILTON ALLEARDO GOELA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DIEGO GARDENAL ALCANTARA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: A neoplasia maligna de lábio ,é o câncer mais comum na cavidade oral e apresenta como o tipo histológico mais comum o carcinoma de células escamosas , e é de 20 vezes mais prevalente no lábio inferior quando em comparação com o superior.O tratamento cirúrgico para a ressecção tumoral é o que garante a possibilidade de cura, no entanto torna-se necessária uma cirurgia reparadora. O retalho nasolabial miocutâneo ilhado da artéria facial demonstrou ser uma alternativa eficaz tanto do ponto de vista funcional quanto estético.Objetivo: Apresentar uma alternativa funcional e estética para reconstrução dos defeitos no lábio inferior, com obtenção de resultados satisfatórios no pós-operatório.Métodos: As informações contidas nesse trabalho foram obtidas por meio de análise de prontuário, avaliação do resultados da cirurgia e revisão de literatura. Resultados : Foi analisado o paciente do sexo masculino, encaminhado para o ambulatório de cirurgia plástica apresentando lesão tumoral em lábio inferior à esquerda. Foi optado pela ressecção tumoral e reconstrução labial com um retalho nasolabial miocutâneo ilhado na artéria facial. Desenhou-se o retalho ilhado no sulco nasolabial, tendo a artéria facial como eixo de orientação. A forma e as medidas do retalho correspondem àquelas da região labial a ser reconstruída, mas a largura do retalho é limitada pela quantidade de pele disponível.O procedimento foi realizado com a anestesia local.O paciente evoluiu bem, com boa cobertura do defeito, o retalho apresentou boa perfusão, além de bom resultado estético e funcional.Conclusão: O câncer de lábio , como a maioria das lesões de pele, é comum em indivíduos que se expõe a luz solar intensa. Além disso,o tabagismo pode estar envolvido. O tratamento cirúrgico apresenta altos índices de curabilidade, pois menos de 5 % das lesões metastizam para linfonodos regionais.Entretanto, após a ressecção tumoral, a reconstrução ideal do lábio deve procurar tanto a reparação funcional quanto a necessidade estética. Este equilíbrio apresenta diversas dificuldades, sendo evidenciado por inúmeras técnicas propostas. As ressecções tumorais e os traumas são principais causas de deformidades labiais que necessitam de cirurgia reparadora. A reconstrução labial deve priorizar,primeiramente, o aspecto funcional do órgão, mas o aspecto estético não deve ser esquecido. O retalho descrito demonstrou ser uma alternativa eficaz em ambos os aspectos.

PALAVRAS-CHAVES: Retalho Miocutâneo Ilhado | Reconstrução Labial | Neoplasia Labial

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 830

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SINDROME DE FOURNIER: RECONSTRUÇÃO DA REGIÃO PERINEAL COM O USO DO CURATIVO À VÁCUO E RETALHO FASCIOCUTÂNEO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAMARA NASER (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), FÁBIO CALANDRINI RODRIGUES (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), NIMER RATIB MEDREI (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), ANDRÉ ARAUJO DE MEDEIROS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), LUIZ FLAVIO DE ANDRADE REIS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), ELY JOSÉ DE AGUIAR (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), THALES RENATO TRANQUEIRA (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), ANDERSON MIRANDA ABUD (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), LEONARDO SOUSA RAMOS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A fasciite necrotizante é uma das infecções de partes moles mais fatal, com rápida progressão e acometimento de tecidos adjacentes, com altas taxas de mortalidade. Quando diagnosticada em tempo hábil, se faz necessária o debridamento de todo o tecido necrótico, associada a limpeza e higiene exaustiva da ferida. Novas técnicas vem sendo utilizadas no auxílio terapêutico dessas feridas complexas, incluindo o uso da terapia sob pressão negativa ? curativo à vácuo ? com o intuito de otimizar o processo de cicatrização e preparar o tecido para o reparo cirúrgico, seja através do uso de retalhos ou enxertos. RELATO: Masculino, 33 anos, portador de lúpus eritematoso sistêmico e diabetes mellitus, com queixa de dor em região de glúteo esquerdo há quatro dias, evoluindo com edema local, edema escrotal e sangramento anal há um dia. Exame físico, com orifício de drenagem e saída de secreção purulenta associada a necrose entre bolsa testicular e ânus. Realizado debridamento cirúrgico e curativo à vácuo sob pressão intensa e contínua, além de antibioticoterapia sistêmica endovenosa de largo espectro. Foram realizadas mais quatro trocas de curativo associadas a debridamento e irrigação exaustiva. Na última troca, realizou-se reconstrução cirúrgica com rotação lateral de retalho fasciocutâneo retirado de face medial de coxa interna direita. CONCLUSÃO: A prática clínica vem mostrando resultados cada vez mais superiores no tratamento de feridas através do curativo sob pressão negativa quanto aos tratamentos convencionais, sugerindo que, em breve, a modalidade poderá ser considerada o padrão ouro, ou pelo menos, importante pilar no manejo de feridas complexas.

PALAVRAS-CHAVES: síndrome de fournier, curativo a vácuo, retalho |fasciite necrotizante, tratamento| perineal

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 851

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA E SUBSTITUIÇÃO DE PRÓTESE- TRATAMENTO CIRURGICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY (ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA), JULIANE LOPES DO NASCIMENTO (ITPAC/FAHESA), JULIANA CARREIRO CARVALHO (ITPAC/FAHESA), FILIPE COUTINHO MOTA (ITPAC/FAHESA), VÍCTOR SOUSA SILVA (ITPAC/FAHESA), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC/FAHESA), PATRICK NUNES BRITO (ITPAC/FAHESA), PAULO SILVESTRE DE MOURA (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA)

RESUMO: Introdução: Os tratamentos cirúrgicos conservadores aplicados hoje aos casos de câncer de mama (CA de mama) podem levar a deformidades de difícil resolução cirúrgica, se não houver a reparação imediata. O principal tumor que acomete a mama é o carcinoma ductal, sendo responsável por 75 a 80% dos casos. Localiza-se, geralmente nos quadrantes superiores do órgão. Relato de Caso: Paciente Feminina, 46 anos, chega ao Hospital Regional de Araguaína, para reconstrução mamária devido à mastectomia radical a esquerda há 17 anos por CA de mama. Afirma diabetes (em uso de medicação), etilismo e tabagismo (relata que parou há 10 anos). Nega HAS. Descrição do Procedimento: Paciente encontra-se em Decúbito dorsal, sob efeito de anestesia geral. Faz-se assepsia e antisepsia do tórax e em seguida, a demarcação dos planos cirúrgicos para realização da plástica mamária cirúrgica não estética bilateral. Realiza-se abertura em planos em ambas as mamas e em seguida, troca de próteses mamária direita (170 ml para 300 ml) e esquerda (300 ml para 400 ml). A diferença entre o tamanho das próteses se dá em prol da antissemelhança entre as mamas devido à cirurgia anteriormente realizada devido ao CA de mama. Para finalizar o ato cirúrgico, faz-se curativo com gase e faixa. No 1º, 2º e 3º dias pós-operatório, paciente evolui bem, sem queixas e reclamações, recebendo alta no 4º dia pós-operatório. Conclusão: A reconstrução da mama é um procedimento físico e emocionalmente gratificante para uma mulher que perdeu a mama devido ao câncer ou a outra situação. Uma nova mama pode melhorar radicalmente sua autoestima, autoconfiança e qualidade de vida. No entanto é importante salientar que a mama substituta não terá a mesma sensibilidade da mama substituída e que cicatrizes iram permanecer no local.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA PLÁSTICA|CIRURGIA RECONSTRUTIVA|CÂNCER DE MAMA

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 882

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS INTERNADOS NO ESTADO DO PIAUÍ NO ANO DE 2016

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), DANNIEL ANDRADE DA ROCHA (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), DIEGO COIMBRA ALENCAR (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), MARIANE MENDES GIL BARBOSA SANTOS (HOSPITAL SANTA MARIA), EULER DAVE CARDOSO RIBEIRO MATOS SILVA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA), ALEXANDRE ANDRADE SOUSA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: No Brasil, as queimaduras são responsáveis por 2500 mortes anuais causando o dispêndio de grandes cifras monetárias tanto no tratamento quanto na recuperação e até mesmo com relação ao afastamento dos pacientes de suas ocupações laborais. Além desse ônus anteriormente citado tem-se as repercussões psicológicas negativas abrangendo todas as faixas etárias. OBJETIVO: Caracterizar os pacientes queimados internados no estado do Piauí com relação às variáveis: sexo, média de permanência e idade. MÉTODO: Estudo observacional e retrospectivo através da coleta de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), tabulação e estatística descritiva através do programa Microsoft Excel 2016 e revisão narrativa comparativa da literatura. RESULTADOS: Mesmo com a existência de subnotificações registradas pelo sistema foi observado que os meses de maior prevalência de internação foram agosto e dezembro com predominância do sexo masculino. Já o de menor prevalência foi maio com inversão do padrão com relação ao sexo. A média de permanência também destacou o período de maio com maior proporção das mulheres. Subsequentemente ao se comparar a idade houve destaque o intervalo de 20 ? 29 anos. Provavelmente o primeiro achado supracitado é devido aos meses de férias juntamente com uma exposição maior do sexo masculino. E o último pode ser correlacionado com atividades laborais entre outros fatores. CONCLUSÕES: Apesar de algumas limitações devido às subnotificações de alguns dados, o presente trabalho é válido pois permite uma análise de pontos importantes como o sexo e a média de permanência hospitalar. Dessa forma, isso possibilita verificar falhas e com isso reajustar alguns pontos importantes (como melhorar equipamentos cirúrgicos/curativos), afim de trazer recuperação mais rápida aos pacientes, além de minimizar os gastos com tempo de hospitalização. BIBLIOGRAGIASANTOS, E. A. dos, et al. Ocupações com maior risco para acidente com queimaduras. Rev. Bras. Queimaduras. v.13, n.4, p.260-4. Nov 2014. Disponível em: . Acesso em: 11 Fev. 2017. SIMÃO, T. S.; FELS, K. W.; FAIWICHOW, L. QUEIMADURAS AUTOPROVOCADAS NO IAMSPE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SBQ-R. Arquivos Catarinenses de Medicina. v.41, n.01. 2012. Disponível em: . Acesso em: 11 Fev. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: QUEIMADURAS|HOSPITALIZAÇÃO|EPIDEMIOLOGIA

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 931

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Emprego do Retalho Ântero-Lateral Cross Leg na reconstrução de uma lesão de panturrilha: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), TAINÁ SANTOS DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO AGOSTINHO MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Introdução: As regiões distais dos membros inferiores são muito sensíveis a lesões, e nesse contexto, a região anterior da tíbia apresenta maior susceptibilidade ainda devido ao pouco tecido protetor existente nesse local e a grande exposição de tendões e nervos quando lesionada. O objetivo do presente estudo é através de um relato de caso, reforçar o emprego, a viabilidade técnica e o resultado do uso de retalho Cross Leg na reconstrução de lesões de membros inferiores. O presente caso representa uma ferida distal em membro inferior decorrente de choque elétrico. Relato de caso: O paciente F.E.R.S., 26 anos, procedente de Itarema-Ceará, vítima de choque elétrico e lesão por queda, quando ao conduzir sua moto passou por cima de um fio de alta tensão, deu entrada na Santa Casa de Misericórdia-CE, com lesões distais em ambos os membros inferiores, para realização de procedimento cirúrgico na presente data: 03 de janeiro de 2017. Para que o procedimento fosse bem sucedido foi necessário um preparo cuidadoso dos vasos receptores com boa incisão e dissecação dos mesmos. A técnica de cross leg microcirúrgico ocorre do seguinte modo: o preparo dos vasos receptores envolve a incisão e dissecação dos vasos. Após isso, o retalho Ântero-Lateral é dissecado do sítio doador e fixado no leito receptor posicionando-se o pedículo próximo aos vasos receptores do membro contralateral. O restabelecimento da circulação se dá através da anastomose vascular do tipo término-terminal da artéria e veia tibiais posteriores do membro contralateral, sendo assim qualquer tensão deve ser evitada na linha de sutura. Além disso, para evitar dissecação e trombose do pedículo vascular, este é coberto com retalho local de pele. Para imobilização os dois membros são cruzados e imobilizados por fixação externa rígida entre o fêmur e a tíbia distal de ambos os membros, impedindo qualquer movimento.¹ Conclusões: O presente relato demonstrou, assim como a atual literatura vigente, que a utilização do retalho antero-lateral da coxa, Cross Leg microcirúrgico, é uma possível solução para grandes defeitos nos membros inferiores. Além disso, conforme observado nesse caso, é capaz de fornecer boa viabilidade estética e funcional, possuindo aplicabilidade especialmente nos casos em que não existem vasos receptores adequados no membro afetado e quando o enxerto de veia não é possível. Bibliografia: REISLER, Tom, et al. Revisiting the Fasciocutaneous Perforator Cross-Leg Flap. www.ePlasty.com, Interesting Case, April 28, 2016

PALAVRAS-CHAVES: Cross leg | Lesão de panturrilha | Retalho

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 977

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Schwannoma benigno do nervo supraorbitário sem associação com neurofibromatose

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO DENADAI PIGOZZI DA SILVA (UNIVERSIDADE IGUAÇU), KARIN MILLENI DE ARAUJO (HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI), ALEX DENADAI PIGOZZI DA SILVA (UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO Schwannomas que surgem dos ramos periféricos do nervo trigêmeo têm sido frequentemente reportados em pacientes com neurofibromatose. Uma extensa revisão da literatura (sciELO e MEDLINE) mostrou relatos esparsos de pacientes com schwannomas do nervo supraorbitário (primeira divisão do nervo trigêmeo), principalmente em associação com neurofibromatose. O objetivo deste estudo foi reportar um paciente com schwannoma benigno do nervo supraorbitário sem associação com neurofibromatose. RELATO DE CASO Uma mulher de 35 anos de idade foi encaminhada para a unidade de cirurgia plástica apresentando uma nodulação de crescimento progressivo e lento na região supraorbitária há 1 ano. Exame físico e avaliação neurológica foram normais, com exceção da presença de uma nodulação (indolor, consistência dura, sem aderência a planos superficiais ou profundos, com 3 cm) na região supraorbitária direita. Não houve sinais sugestivos de neurofibromatose e os antecedentes pessoais foram negativos. Diagnóstico e tratamento consistiram de uma ressecção cirúrgica cuidadosa através de uma incisão na margem da sobrancelha direita; identificamos uma tumoração "brotando" do nervo supra-orbitário delicadamente dissecado e isolado. Análise histopatológica compatível com schwannoma benigno. A lesão foi caracterizada como um schwannoma do nervo trigêmeo (tipo E de acordo com a classificação de Yoshida e Kawase). Não houve alteração de sensibilidade pós-operatória e não houve sinais de recidiva em um seguimento de 2 anos. CONCLUSÃO Schwannoma, embora raro sem associação com neurofibromatose, deve ser considerado como diagnóstico diferencial pré-operatório de qualquer tumoração supraorbitária unilateral com o intuito de instituir-se o tratamento (ressecção completa, preservando o nervo) e o diagnóstico (avaliação histopatológica) adequados, evitando-se complicações como a perda de sensibilidade local.

PALAVRAS-CHAVES: SCHWANNOMAS | NERVO TRIGEMEO | NEUROFIBROMATOSE

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1002

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Esteatocistoma simples simulando cistos cutâneos comuns em paciente pediátrico: um desafio diagnóstico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO DENADAI PIGOZZI DA SILVA (UNIVERSIDADE IGUAÇU), KARIN MILLENI DE ARAUJO (HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI), ALEX DENADAI PIGOZZI DA SILVA (UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO esteatocistoma simples é uma má formação nevóide da zona de junção do ducto pilosebáceo, extremamente rara e benigna. É uma forma solitária, histopatologicamente idêntica ao esteatocistoma múltiplo. O objetivo do presente estudo é reportar uma criança com esteatocistoma simples diagnosticada erroneamente e subtratada como cisto sebáceo por pediatras e diagnosticada erroneamente como cisto dermóide por nós. RELATO DE CASO Paciente feminina, 4 anos, com nodulação em sobrancelha esquerda há 16 meses. Pediatras a diagnosticaram com cisto sebáceo; devido insucesso terapêutico (2 drenagens cirúrgicas e antibioticoterapia), ela foi referenciada para nossa unidade. Nosso exame físico revelou uma lesão subcutânea macia, móvel e indolor. Mediante diagnóstico presuntivo de cisto dermóide, realizamos a excisão de um cisto de parede fibrosa repleto de líquido oleoso amarelado e sem invasão dos tecidos adjacentes. Exame histopatológico compatível com esteatocistoma. Como tratava-se de lesão única, o diagnóstico foi de esteatocistoma simples. Nenhum sinal de recidiva ou aparecimento de lesões císticas foi observado durante cinco anos de seguimento. CONCLUSÃO Casos de esteatocistoma simples diagnosticados erroneamente como cisto sebáceo, cisto dermóide ou cisto epidérmico têm sido reportados na literatura. Tais erros diagnósticos podem, provavelmente, estar associado à raridade da lesão, desconhecimento médico acerca desta condição, anamnese e exame físico inadequados e não elaboração de um amplo espectro de hipóteses diagnósticas diferenciais. Além disso, com a disponibilidade cada vez mais expressiva de técnicas diagnósticas laboratoriais e de imagem avançadas, alguns médicos têm a tendência de confiar mais na tecnologia do que na história, exame físico e julgamento clínico. Essa situação é relevante em diferentes cenários clínicos, incluindo nesse caso, uma vez que não há história clínica específica ou critérios laboratoriais/radiológicos que possam auxiliar o diagnóstico. Os médicos devem, portanto, estar cientes da possibilidade do esteatocistoma simples poder mimetizar císticos cutâneos frequentes e, portanto, considerá-lo no diagnóstico diferencial de qualquer paciente pediátrico com lesões císticas faciais. Nesses casos, a excisão cirúrgica é diagnóstica (glândula sebácea com parede cística é uma característica histopatológica patognomônica) e terapêutica (remoção cirúrgica da parede do cisto intacta é curativa e evita recidiva).

PALAVRAS-CHAVES: ESTEATOCISTOMA | PEDIATRICO | DESAFIO DIAGNOSTICO

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1013

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Primeiro Tempo de Reconstrução Mamária na Síndrome de Poland: Relato de caso e Revisão de Literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GERSON VILHENA PEREIRA FILHO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), DANIEL RIBEIRO DEBASTIANI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), EDUARDO FERNANDES DA COSTA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), MARCOS VINÍCIUS CREDIDIO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), ALEXANDRE KATALINIC DUTRA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), VICTOR HUGO LARA CARDOSO DE SÁ (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), JULIANA DALTRINO TEODORO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), LUIZ GUSTAVO MARTINS BURANELLO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC)

RESUMO: Resumo1.1 IntroduçãoA Síndrome de Poland é uma anomalia congênita rara com uma incidência de um para cada trinta e dois mil nascidos vivos. Ela se caracteriza principalmente por uma hipoplasia ou aplasia da parede torácica unilateralmente (forma mais comum) e raramente bilateral, o que promove uma ausência, parcial ou não, do músculo peitoral maior ou então sua malformação. Associada à anormalidade torácica, a síndrome envolve também malformações na mão ipsilateralmente como: sindactilias diversas, ausência de falanges médias, fusão dos ossos do carpo ou encurtamento do antebraço. Nas mulheres ainda pode ocorrer a hipoplasia da mama ou amastia do mesmo lado acometido da parede torácica. 1.2 ObjetivoEste relato de caso objetiva descrever o primeiro tempo de correção cirúrgica de uma paciente portadora da síndrome de Poland.1.3 Relato do CasoPaciente sexo feminino, 21 anos, procurou o serviço no Hospital de Ensino Padre Anchieta por apresentar uma deformidade torácica esquerda, além de apresentar sindactilia na mão ipsilateral. Visando a correção desta deformidade torácica, foi realizado um planejamento cirúrgico em dois tempos. A primeira etapa cirúrgica, trata-se da inclusão de expansor mamário de silicone via sulco mamário, abaixo da musculatura peitoral hipoplásica. Essa etapa permitiu a expansão do tecido mamário sem complicações, para posterior troca por implante mamário de silicone definitivo. 1.4 ConclusãoA inclusão do expansor mamário de silicone, permitiu a expansão do tecido torácico sem complicações, até o presente momento, no caso descrito. Palavras Chave: Síndrome de Poland, Mamoplastia, Implantes de Mama, Sindactilia, Anormalidades Congênitas.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Poland, Implantes de Mama, Mamoplastia | Sindactilia | Anormalidades Congênitas

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1019

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO ? FERIDA EXTENSA EM COXA DIREITA E UTILIZAÇÃO DE CURATIVO A VÁCUO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIA DE OLIVEIRA FONSECA (HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS), DIEGO SILVERIA RODRIGUES (HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS), MILENA DE MACEDO MARQUES (HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS), ROGÉRIO MENDONÇA DE NORONHA (HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS), LÍVIA CARDOSO REIS (HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS), MARCELO MARTINS CASAGRANDE (HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS), PEDRO HENRIQUE BAUTH (HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS), BRUNO DE FREITAS BELIZIA (HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS)

RESUMO: Introdução: A terapia de fechamento de ferida assistida por vácuo refere-se ao sistema de curativo aplicado continua ou intermitentemente com pressão subatmosférica à superfície da lesão. Essa técnica tem sido muito utilizada e indicada no tratamento de feridas agudas e crônicas. O presente relato de caso objetiva discorrer sobre o uso dessa técnica, a princípio com a utilização de vácuo confeccionado pela equipe e posteriormente com o vácuo industrial portátil. Relato: Paciente F.L.O., 41 anos, hipertenso, história de trauma penetrante em coxa direita há 24 horas por vergalhão de ferro. Previamente atendido em outro serviço, foi submetido à sutura, seguida de alta hospitalar com cefalexina e analgesia. Procurou nosso serviço no dia 29/09/16 relatando dor intensa local e drenagem de secreção pela ferida. Realizada abertura da sutura, com saída de grande quantidade de pus, sendo encaminhado ao bloco cirúrgico para exploração e desbridamento. No procedimento, foi feita ampliação da ferida longitudinalmente e abertura de compartimento muscular lateral da coxa, já em sofrimento. Paciente submetido várias vezes à revisão e desbridamento da lesão. No dia 18/10/2016, optou-se por início de terapia com curativo à vácuo na ferida, com tecido de granulação em porção medial e pequena quantidade de tecido necrótico e de esfacelo em compartimento lateral da coxa. Foram feitas múltiplas revisões de curativo por esta técnica, utilizando esponjas pré-cortadas esterilizadas, filme adesivo e confeccionado vácuo com sonda nasogastrica em curativo conectada ao vácuo de parede, até que toda ferida fosse recoberta por tecido de granulação. Após boa evolução no dia 28/11/2016, foi realizado o enxerto e colocação de curativo à vácuo industrial portátil. O paciente recebeu alta hospitalar dia 30/11/16, em boas condições clínicas, com o curativo à vácuo portátil, deambulando com andador, em acompanhamento com cirurgia geral e plástica. Conclusão: A utilização do curativo à vácuo tem se mostrado efetivo, sobretudo na redução do tempo das primeiras fases da cicatrização de feridas extensas. Dessa forma, a ferida tem tecido de granulação homogênea e precocemente por toda sua extensão. No caso descrito, a utilização do sistema alternativo nas primeiras abordagens foi eficiente e assim, a racionalização do uso do sistema industrializado pode permitir a ampliação dessa tecnologia. A posterior utilização do sistema industrial possibilitou o fechamento terciário da ferida e boa evolução.

PALAVRAS-CHAVES: Ferida|curativo à vácuo|enxerto

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1046

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cisto do arco branquial gigante e inflamado: um desafio diagnóstico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEX DENADAI PIGOZZI DA SILVA (UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS), GUSTAVO HENRIQUE DE ARAUJO (UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA), RODRIGO DENADAI PIGOZZI DA SILVA (UNIVERSIDADE IGUAÇU)

RESUMO: **INTRODUÇÃO** Os tumores císticos do pescoço são um desafio diagnóstico para o cirurgião. Embora a recidiva de cistos cervicais laterais infectados seja rotineiramente encontrada na prática clínica, o diagnóstico da etiologia subjacente é, muitas vezes, difícil e deve ser abordado com cautela. O objetivo deste estudo foi reportar um paciente adulto que foi encaminhado como um abscesso cervical recidivante com o intuito de salientar a necessidade de manter um diagnóstico diferencial amplo ao avaliar qualquer tumoração cervical recidivante. **RELATO DE CASO** Paciente do sexo feminino, 48 anos, apresentou-se com uma tumoração cervical esquerda há 3 anos. Durante os últimos 2 anos, ela foi submetida a múltiplas aspirações por agulhas associadas com antibióticos em diferentes unidades de atendimento. A lesão exibia redução de tamanho após cada drenagem e, em seguida, aumentava novamente. Nos últimos 6 meses, atingiu seu o maior tamanho, sendo encaminhada para nossa avaliação com a hipótese de um abscesso cervical recidivante. Ao exame, evidenciamos uma tumoração cervical eritematosa, quente e dolorosa ao longo da borda anterior do músculo esternocleidomastóideo, medindo o tamanho de uma bola de tênis. Exames citológicos e de cultura foram inconclusivos e negativos, respectivamente. Tomografia computadorizada revelou lesão cística cervical lateral esquerda. Após o diagnóstico pré-operatório de cisto do arco branquial gigante e inflamado, a paciente foi submetida a ressecção cirúrgica cuidadosa através de uma abordagem transcervical. A lesão foi completamente removida sem extravasamento do conteúdo e com preservação dos músculos e feixes neurovasculares. Não houve complicações no pós-operatório. A análise histopatológica diagnosticou um cisto do arco branquial sem evidência de infecção ou sinais de malignidade. A lesão foi caracterizada como um cisto do arco branquial (tipo II de acordo com a classificação de Bailey). O seguimento foi realizado por três anos, sem sinais de recidiva. **CONCLUSÃO** Nosso paciente sugere que a recidiva de uma tumoração cervical lateral deve alertar os médicos para a possibilidade de uma lesão congênita subjacente.

PALAVRAS-CHAVES: CISTO | ARCO BRAQUIAL | DIAGNOSTICO

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1053

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Endometriose Cutânea Espontânea: Um Desafio Diagnóstico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEX DENADAI PIGOZZI DA SILVA (UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS), KARIN MILLENI DE ARAUJO (HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI), RODRIGO DENADAI PIGOZZI DA SILVA (UNIVERSIDADE IGUAÇU)

RESUMO: INTRODUÇÃO endometriose é tipicamente confinada aos órgãos pélvicos e abdominais. Ademais, relatos de endometriose envolvendo locais distantes, incluindo pulmão, cérebro ou pele (após cirurgias) têm sido esporadicamente descritos. Interessantemente, a endometriose cutânea espontânea (não relacionadas a cirurgias) é extremamente rara. O objetivo deste estudo foi relatar duas pacientes com endometriose cutânea espontânea, enfatizando a importância do diagnóstico diferencial de lesões cutâneas. RELATO DE CASO A primeira paciente (25 anos; nulípara; períodos menstruais regulares e indolores) apresentou um nódulo umbilical sólido, purpúrico e indolor há 2 anos. A segunda paciente (55 anos; 1 parto vaginal; sintomas pós-menopáusicos tratados com estrogênio 625 mg/dia há 14 meses) apresentou um nódulo sólido, purpúrico e indolor na parede torácica lateral esquerda há 9 meses. Ambas pacientes negaram antecedentes cirúrgicos/traumáticos e haviam sido avaliadas por diferentes médicos, sem que o diagnóstico fosse confirmado. Como o câncer cutâneo (primário ou metastático) estava entre as possibilidades diagnósticas aventadas (hematoma organizado, granuloma ou tumores vasculares), ambas as lesões foram excisadas com margens cirúrgicas de segurança. As análises microscópicas foram compatíveis com endometriose, sem sinais de malignidade. Ambas pacientes foram diagnosticadas com endometriose cutânea espontânea e o seguimento pós-operatório (10 e 18 meses, respectivamente) não revelou sinais de recidiva. CONCLUSÃO É importante que os médicos que lidam com lesões cutâneas coloquem a endometriose entre os diagnósticos diferenciais de mulheres com nodulações cutâneas palpáveis. Um alto índice de suspeita clínica, com história clínica e exame físico cuidadosos, é essencial para fazer o diagnóstico correto e descartar outras condições mais comuns. Exérese cirúrgica com margens de segurança de 2 milímetros é indicada para prevenir recidiva. Avaliação histopatológica é de suma importância, pois oferece o diagnóstico definitivo (presença de estroma e glândulas endometriais) e exclui malignidade.

PALAVRAS-CHAVES: ENDOMETRIOSE|CUTANEA|DIAGNOSTICO

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1070

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DE POLAND LIKE ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANNA LUÍSA FRANCO DE AQUINO (UFPE), MARILI DANTAS DA SILVA (UPE), MARIA EDUARDA BARBOSA DE SOUZA (UPE), CAMILA CECÍLIA JERÔNIMO CARLOS DE OLIVEIRA MOURA (UPE), RODRIGO OTÁVIO MELO FERRAZ (UPE), MAYARA NERI TAVARES (UPE), DANIEL CÂMARA ALHEIROS DE SOUZA (UPE), GABRIEL ALVES MONTEIRO DE MELO (UPE)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A síndrome de Poland (SP) é caracterizada fundamentalmente por agenesia/hipoplasia da musculatura peitoral maior unilateral associada a braquissindactilia ipsilateral. Indivíduos afetados podem apresentar alterações como hipoplasia/agenesia do mamilo e parênquima glandular mamário, encurtamento do membro superior, dextrocardia, prega simiesca e anomalias da escápula e costelas. Existem variações da SP e quando não é possível fechar o diagnóstico clássico denominam-se Síndrome de Poland Like (SPL). Apesar do diagnóstico eminentemente clínico, a avaliação radiológica se justifica para estadiar alterações além dos achados clássicos. A etiologia da síndrome é incerta e a teoria vascular é a mais aceita. Ela propõe uma interrupção do suprimento sanguíneo pelas artérias subclávia e vertebral na gestação, acarretando mudanças no desenvolvimento da musculatura torácica e mão correspondente. Sua ocorrência é tipicamente esporádica, sendo a minoria de origem familiar e tem baixa incidência (1:30.000). O tratamento pode envolver próteses de silicone, retalhos com transposições e rotações para reconstruções da glândula mamária e parede torácica, uso do músculo grande dorsal para reconstrução do tecido subcutâneo e tratamento laparoscópico com retalho por transposição do omento.RELATO DE CASO: J.J.P.S., 36 anos, sexo feminino, branca, procedente de Toritama-PE. Paciente portadora de SPL, com hipomastia e aréola reduzida à esquerda, foi encaminhada para tratamento. A proposta foi colocar uma prótese de 300ml ipsilateral, para dar volume e baixar o sulco mamário, pois a hipomastia faz com que a mama seja implantada mais superior à contralateral. Foi feita redução e mastopexia da mama direita, para simetrizar a posição do complexo aréolo-papilar, deixando-a em um volume um pouco menor, para em um segundo momento colocar outra prótese. Não foi possível a simetrização no primeiro momento, pois antes a prótese precisa alongar a distância da fúrcula ao complexo aréolo-papilar esquerdo, que é mais curta. Apesar da redução mamária, a prótese do lado direito é necessária para que a mama tenha o mesmo aspecto da acometida.CONCLUSÃO: Concluímos que o tratamento da SP é complexo, podendo necessitar de mais de um ato cirúrgico para serem alcançados bons resultados, com adequada simetria das mamas e impacto psicológico positivo. Apesar da necessidade de nova cirurgia, já conseguimos obter bons resultados e grande satisfação da paciente após o primeiro procedimento.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Poland | Assimetria das mamas | Hipomastia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1091

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CONSERVADOR EM INFECÇÃO DE PRÓTESE MAMÁRIA POR MICOBACTERIUM.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS (UFPA), EWERTON ARRUDA TAVARES (UFPA), FABIEL SPANI VENDRAMIN (UFPA), JAMILLY ALVES PADILHA (UFPA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A infecção por micobactéria é um problema que geralmente resulta na retirada do implante, antibioticoterapia por 4 a 6 meses e, após isso, recolocação do implante. A troca da prótese é uma possibilidade, em vez da sua retirada. **CASO CLÍNICO:** Paciente BAN, 37 anos, submetida a mamoplastia com colocação de implantes de silicone de 340ml na mama direita e de 240ml na mama esquerda, através do sulco inframamário e mastopexia. Evoluiu no 13º Dia Pós-Operatório (DPO) com deiscência da Ferida Operatória (FO) na aréola da mama esquerda, com drenagem de exsudato claro tipo seroma. Este persistiu e no 24º DPO houve deiscência da FO também na união da FO vertical com a FO horizontal, por onde o seroma passou a drenar e a deiscência da aréola foi cicatrizando. No 38º DPO foi realizada coleta de material para exame, lavagem da loja do implante com PVPI e aplicação de PRP por sonda introduzida pelo local de deiscência. Culturas negativas para bactérias aeróbias e anaeróbias, GRAM, micobactérias, fungos e BAAR. No 48º DPO iniciaram sinais flogísticos. O ultrassom mamário revelou seroma na loja do implante. Mesmo com hemograma normal, foi tratada com azitromicina 500mg/dia, por 7 dias, e curativo com ácido fusídico (Verutex). Os sinais flogísticos desapareceram, mas o exsudato claro, com grumos brancos, inodoro, persistia. No 60º DPO optou-se por reintervenção cirúrgica. À macroscopia viu-se tecido de aspecto catarral na loja do implante, como os descritos na literatura quando há infecção por micobactéria. Curetagem realizada de todo tecido de granulação, deixando a loja somente com tecido aparentemente são. Fez-se lavagem com PVPI e colocação de outro implante esterilizado. Parte do material foi enviado para cultura. Lavagem diária com solução fisiológica foi feita, via dreno, por 5 dias. Na reoperação iniciou-se tratamento para micobactéria com Ciprofloxacina + claritromicina 12/12h, por 3 meses. A ferida cicatrizou sem intercorrência e cessou o seroma. Follow-up atual de 2 anos sem recidiva do problema. Apesar dos resultados negativos das culturas, concluiu-se pelo diagnóstico de infecção por micobactéria devido o aspecto do tecido catarral, da história clínica e da eficácia terapêutica. **CONCLUSÃO:** O longo tratamento de infecção por micobactéria e a ausência do implante nesse período, gera impacto psicológico negativo no paciente. A conduta conservadora, com a tentativa de trocar o implante, curetar a loja e uso antibióticos, pode ser mais encorajada.

PALAVRAS-CHAVES: Mamoplastia | Micobacterium | Tratamento conservador

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1138

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Utilização do retalho médio-frontal para reconstrução imediata do terço médio da face devido a exérese de lesão tumoral.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), MANOEL AURÉLIO SOARES JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), PABLO AUGUSTO COELHO COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANTONIO AGOSTINHO MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL)

RESUMO: Introdução: As cirurgias para exérese de lesões tumorais na pele geralmente tem teor extenso, necessitando de procedimentos de reconstrução que ofereçam bons resultados e sejam esteticamente aceitáveis. Nesse contexto o retalho médio-frontal surge, em sua versatilidade, como uma opção de tratamento para defeitos complexos na face decorrentes de perda tecidual¹. Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é avaliar, através de um relato de caso, o emprego, a viabilidade técnica e resultado do retalho médio-frontal para reconstrução imediata do terço médio da face devido a exérese de lesão tumoral. Relato de caso: R.P.S, 69 anos, pardo, natural de Acaraú-CE foi admitido na Santa Casa de Misericórdia- CE no dia 26 de dezembro de 2015 para realização de retirada de lesão oncológica ulcerada na região nasal lateral/infrapalpebral direita. A área foi demarcada para retirada, somando, com margens, 2,5 x 2,0 cm. Retirando-se a lesão foi efetuada transferência do retalho da área doadora na região paramediana frontal para a área receptora, na região nasal lateral/infrapalpebral direita. Tal área encontrava-se conectada a pedículo, que foi transecionado em um segundo estágio. O pós operatório imediato revelou uma cobertura adequada da região nasal lateral e infrapalpebral direita. Posteriormente, ocorreu viabilidade, boa integração e cobertura adequada na região de intervenção. Dados da biópsia revelaram presença de carcinoma basocelular ulcerado com margens livres na peça cirúrgica. Conclusões: A utilização desse método foi possível devido a localização da lesão, gerando bons resultados estéticos e funcionais. Isso revela a versatilidade da utilização do retalho médio frontal no âmbito de reconstruções no terço médio da face, como afirma a atual literatura existente. Referências: COSTA, M. J. M, et al Versatilidade do retalho médio-frontal nas reconstruções faciais. Rev. Bras. Cir. Plást. 2016;31(4):474-480; KORTE, R.L. et al, Análise de 12 casos operados com o retalho médio frontal no Hospital de Câncer de Barretos - Unidade de Porto Velho. Arquivos Catarinenses de Medicina - Volume 44 - Suplemento 1 - 2015 XXXI Jornada Sulbrasileira de Cirurgia Plástica - Florianópolis - SC

PALAVRAS-CHAVES: Retalho médio-frontal | Lesão oncológica | Cirurgia reconstrutiva

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1143

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Utilização do Retalho Chinês para cobertura de lesão traumática na mão: um relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), MANOEL AURÉLIO SOARES JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), PABLO AUGUSTO COELHO COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANTONIO AGOSTINHO MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Introdução: A reconstrução tecidual constitui um dos tratamentos utilizados nos casos de traumatismos com perdas de substância, permitindo a proteção de estruturas profundas, evitando perda da vitalidade de áreas e exposição a riscos. Nesse contexto, a utilização do retalho chinês auxilia na reconstrução de lesões traumáticas nos membros superiores. O objetivo do presente trabalho é avaliar, através de um relato de caso, o emprego, a viabilidade técnica e o resultado do retalho "chinês" para cobertura de lesão traumática na mão. Relato de caso: T.S.G, sexo masculino, 37 anos, motorista de caminhão, destro, natural de Fortaleza, foi admitido na Santa Sasa de Misericórdia- CE no dia 11 de dezembro de 2015 após ser vítima de um capotamento de caminhão. Apresentava, em mão esquerda, lesão corto-contusa com fratura exposta, além de perda de substância e amputação traumática do 5º quirodáctilo. Desse modo, foi encaminhado para procedimentos cirúrgicos de correção de fratura e desbridamento das lesões. Nove dias após o ocorrido, foi realizado o procedimento para reconstrução do membro lesado optando-se pela técnica do retalho chinês. Demarcou-se a área doadora e realizou-se a transferência do tecido para a área então lesada. No caso relatado, ocorreu viabilidade, boa integração e cobertura adequada. A utilização desse método foi possível visto a conservação das artérias ulnar e radial pois é importante não só preservar a irrigação local, mas também promover boa integração do retalho à área receptora. Em outro procedimento a área doadora foi reabilitada com utilização de enxerto, que se integrou bem a região. Conclusão: O retalho obteve uma ótima integração à área lesada, possibilitando boa recuperação das estruturas subjacentes durante o processo de cicatrização, evitando exposição a eventuais riscos. Dessa maneira, o retalho chinês pode ser utilizado para reparar áreas dos membros superiores que sofreram perda tecidual, apresentando bons resultados nesse aspecto. Referências:¹SILVA, Jefferson Braga, et al. .Trauma complexo da mão parte II: lesão óssea, amputação e reimplante, perda de substância dos dedos, lesões da polpa digital e lesão ungueal. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 58 (4): 291-301, out.-dez. 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Retalho chinês | Retalho antebraquial | Cirurgia reconstrutiva

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1147

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O Retalho Kite na reconstrução do polegar acometido por lesão traumática: um relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANTONIO AGOSTINHO MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), PABLO AUGUSTO COELHO COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), MANOEL AURÉLIO SOARES JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL)

RESUMO: Introdução: Lesões traumáticas na mão são tipo de lesões que podem deixar seqüelas funcionais e estéticas consideráveis. Diante da variedade e dimensão das lesões, os retalhos são os principais métodos de reconstrução. A escolha desses, varia de acordo com o grau de comprometimento da área, levando-se em consideração o resultado funcional e estético esperado. O objetivo do trabalho é relatar um caso de reparação da mão por meio do retalho de Kite, apresentando como local lesionado o primeiro quirodáctilo com área cruenta e exposição tendínea, avaliando-se a viabilidade técnica desse tipo de retalho. Relato de Caso: A.W.P, 47 anos, procedente de Reriutaba, Ceará, destro, lesionou o primeiro quirodáctilo esquerdo com inclinação no plano volar enquanto realizava atividade laboral com manuseio de serra no dia 29/04/15. Para reconstrução da área foi realizado o retalho de Kite no dia 02/05/15. O procedimento consiste em incluir a fásia do primeiro músculo interósseo. O arco de rotação permite a cobertura do dorso do polegar, da primeira membrana e da porção palmar da primeira falange. O sítio doador é coberto com um enxerto de pele¹. O paciente evoluiu bem no pós operatório, com recuperação dos movimentos e da sensibilidade local. Conclusões: Este caso revelou, assim como afirma a literatura, que o retalho Kite é versátil para cobrir os defeitos da região dorsal e, em alguns casos, da região volar do polegar. O retalho fornece sensibilidade e cobertura adequada de tecidos moles afetados, proporcionando preservação da funcionalidade do segmento reconstruído. Bibliografia: ¹PRABHU, M. , POWAR, R. , SULHYAN, S.R. Fdma flap: a versatile technique to reconstruct the thumb. Int. J. Pharm. Med. & Bio. Sc. Vol. 2, No. 4, Outubro 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Retalho kite | Cirurgia reconstrutiva | Trauma

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1155

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ALOPECIA SECUNDARIA A QUEIMADURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU (UFMG), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), KELLY RENATA SABINO (SANTA CASA BH), CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS (SANTA CASA BH)

RESUMO: Introdução:Alopecia é uma complicação de queimaduras e pode apresentar um grande desafio em seu manejo. Com os expansores teciduais começou-se uma era em que a alopecia do couro cabeludo passou a ser esteticamente tratada, fornecendo uma grande área hirsuta de couro cabeludo com densidade aceitável de cabelo. Mas alopecia residual no couro cabeludo e grandes cicatrizes visíveis ainda levantavam questionamentos estéticos. Já o transplante capilar pode trazer a possibilidade de se alcançar um aspecto mais natural do couro cabeludo, isso tanto pelo fato de a densidade do cabelo assim como a direção natural dos pelos poder ser reproduzida. Objetivo:O objetivo deste trabalho é descrever e discutir as técnicas, indicações, benefícios e limitações dos tratamentos cirúrgicos de alopecia secundária a queimadura. Método:Para a construção deste trabalho foi feita revisão da literatura nas bases de dados PubMed e Google Scholar. Resultados: Área de alopecia envolvendo mais que 50% do escalpo pode ser reparada usando expansão tecidual, no entanto há o inconveniente de vários tempos cirúrgicos e um longo período de desfiguração. Como outra opção de tratamento há o transplante capilar, tendo a vantagem de não causar desfiguração, de oferecer um menor risco cirúrgico e por apresentar resultados razoavelmente aceitáveis. Contudo, a técnica cirúrgica é usualmente trabalhosa e exige longo tempo operatório, sendo também limitada a partir da quantidade de área receptora disponível. Em alguns casos, o transplante será realizado em região com cicatriz instável ou área previamente enxertada, o que aumento os riscos de falha da técnica, com conseqüente não crescimento adequado dos pelos. Apesar disto, cicatrizes de queimaduras em sobrancelhas e no couro cabeludo foram recuperadas através da técnica de transplante capilar. Conclusões: Ainda sendo opção para alguns casos, o uso de expansores teciduais geram o inconveniente de vários tempos cirúrgicos e um longo período de desfiguração.. Como opção cicatrizes de queimaduras em sobrancelhas e no couro cabeludo foram recuperadas com eficácia através da técnica de transplante capilar, com bom resultado estético e menor morbidade local. Bibliografia:Menon S, et al. Pediatric scalp burns: hair today, gone tomorrow?. J Burn Care Res. 2015;36(2):e18-22. Guzey S, Alhan et al. Our experiences on the reconstruction of lateral scalp burn alopecia with tissue expanders. Burns. 2015;41(3):631-7.

PALAVRAS-CHAVES: ALOPECIA|QUEIMADURA|TRATAMENTO CIRURGICO

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1158

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O USO DO RETALHO DE LIMBERG PARA A RECONSTRUÇÃO DE DORSO NASAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EMANOELA DA SILVA GONÇALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT), MARIANA RÊGO FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT), CLARISSA MENEZES MONTEIRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT), LORENA DOS SANTOS SÁ (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALAGOAS - UNCISAL), ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR (MÉDICO CIRURGIÃO GERAL. PROFESSOR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS.), ANNA CRISTINA DE FREITAS COELHO BARROS LIMA (MÉDICA CIRURGIÃ PLÁSTICA. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES.)

RESUMO: INTRODUÇÃO. A incidência de tumores cutâneos vem crescendo devido à exposição solar associada ao envelhecimento da população. O câncer de pele não-melanoma compreende o carcinoma espinocelular (CCE), geralmente menos frequente e mais agressivo, e o carcinoma basocelular (CBC), o qual representa cerca de 90% das lesões cutâneas malignas da cabeça e pescoço, sendo a região nasal frequentemente afetada. Os tumores nasais são de difícil abordagem, pois acarretam consequências estéticas significativas devido à posição de destaque do nariz na face. A ressecção tumoral, se não realizada de forma adequada, ocasiona recorrências frequentes em virtude de uma excisão incompleta. Retalhos cutâneos usados para reconstrução nasal possuem versatilidade em sua aplicação e serão selecionados conforme a particularidade de cada região anatômica acometida.**RELATO DE CASO.** Paciente do sexo masculino, 52 anos, feodermo, hipertenso, apresentou lesão pigmentada, com bordas irregulares e infiltrativas em dorso nasal e foi submetido à cirurgia para exérese do tumor. Realizou-se a demarcação das áreas a serem abordadas com azul de metileno seguida de anestesia local com xilocaína 2%. Para ressecção tumoral criou-se um defeito rombóide, no qual foram respeitadas as margens de segurança preconizadas pela literatura. Analisou-se a região que apresentava uma maior quantidade de pele para a confecção do retalho, o qual foi executado através da extensão da diagonal do defeito ocasionado pela ressecção, traçando ao final desta, uma linha paralela e de igual comprimento ao da face lateral do defeito rombóide. O retalho foi transposto para fechar a falha pós-excisional e o local de onde ele foi retirado é fechado primariamente.**CONCLUSÃO.** O retalho de Limberg apresenta destaque dentre as inúmeras alternativas disponíveis para a reconstrução dos defeitos nasais por preservar a funcionalidade e harmonia estética, respeitando a peculiaridade de cada região. O paciente evoluiu de forma satisfatória, pois foi submetido a uma intervenção operatória adequada

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia plástica | retalho de limberg | nariz

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1159

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cirurgia micrográfica de Mohs - da cirurgia geral à atualidade

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU (UFMG), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), KELLY RENATA SABINO (SANTA CASA BH), CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS (SANTA CASA BH)

RESUMO: Introdução:A cirurgia micrográfica de Mohs (CMM) é um tipo de cirurgia altamente eficaz, empregada para exérese de neoplasias cutâneas, especialmente carcinomas basocelulares de subtipos histológicos localmente agressivos, tumores recidivados ou localizados em regiões nobres. Apresenta elevados índices de cura e permite preservação tecidual.Criada em 1938 pelo cirurgião geral Frederick E. Mohs, a CMM é conduzida de tal forma que o estudo microscópico peroperatório do tecido extraído proporciona a exérese exata do tecido canceroso, preservando o máximo possível de tecido sadio.Objetivo:O objetivo deste trabalho é descrever e discutir as indicações, benefícios e limitações da CMM, além de mostrar ao público que a CMM não é feita apenas por dermatologistas, mas também por cirurgiões plásticos.Método:Para a construção deste trabalho foi feita revisão literária nas bases de dados PubMed e Google Scholar.Resultados: Observa-se que a CMM é um procedimento que exige amplo preparo profissional e técnico, sendo então um procedimento mais oneroso que a excisão cirúrgica simples.Por ser aplicada principalmente em áreas esteticamente importantes como pálpebra, nariz e lábios devido à sua vantagem de demandar menor taxa de ressecção, a CMM é em geral pouco invasiva, feita por cirurgião dermatológico, em regime ambulatorial, sob anestesia local. Contudo, casos em que a infiltração tumoral acaba sendo muito extensa ou chegando a acometer camadas mais profundas como periósteo, a habilidade de um cirurgião plástico passa a ser fundamental para a adequada reconstrução e fechamento da ferida.Conclusões: A CMM é uma excelente técnica para a exérese tumoral por permitir um melhor controle oncológico com o mínimo de dano. Apresenta a praticidade de não precisar ser feita sob anestesia geral, dispensando o bloco cirúrgico.Contudo, frente a um cenário de um tumor extenso, que demanda margens bem amplas, recomenda-se que os defeitos sejam reparados por cirurgião plástico, mais afeito às reconstruções que o cirurgião dermatologista, profissional que utiliza com mais frequência a CMM.Bibliografia:Almeida ACM, et al. Reconstrução em cirurgia micrográfica. Rev. Bras. Cir. Plást.2015;30(2):235-241van Loo E, et al. Surgical excision versus Mohs` micrographic surgery for basal cell carcinoma of the face: A randomised clinical trial with 10 year follow-up. Eur J Cancer 2014; 50:3011.

PALAVRAS-CHAVES: CARCINOMA BASOCELULAR|CIRURGIA MOHS|PELE

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1164

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Levantamento retrospectivo de prontuários de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no ambulatório de cirurgia plástica da faculdade de medicina do ABC

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE SANDOVAL DO CARMO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC - FMABC), LUCIANA CAMPI AURESCO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC - FMABC), ISABELLA TOMÉ SANT`ANNA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC - FMABC), VICTOR HUGO LARA CARDOSO DE SÁ (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC - FMABC), GERSON VILHENA PEREIRA FILHO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC - FMABC)

RESUMO: RESUMOINTRODUÇÃO: Segundo o Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM), o curso de residência em Cirurgia Plástica deve oferecer treinamento aos médicos residentes em cirurgia não só reparadora (85%), mas também estética (15%). Objetivando aumentar a experiência e o aperfeiçoamento dos médicos residentes, a Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) oferece um serviço privado de baixo custo para os pacientes que realizam cirurgias estéticas. OBJETIVOS: Relatar as cirurgias realizadas no Ambulatório de Cirurgia Plástica da FMABC no período de Agosto de 2007 a Agosto de 2012. MÉTODOS: Realizou-se um estudo retrospectivo por meio da análise dos prontuários dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de caráter estético no Ambulatório de Cirurgia Plástica da FMABC. Os dados são referentes ao período de cinco anos, de agosto de 2007 a agosto de 2012. Com isso, foram feitos levantamentos dos procedimentos realizados e de dados epidemiológicos dos pacientes. RESULTADOS: No período de cinco anos, de agosto de 2007 a agosto de 2012, foram realizados 518 procedimentos com uma média de 103,6 procedimentos anuais. Desses, os mais frequentes foram: Mamoplastia de aumento (47,5%); Blefaroplastia (12,35%); Otoplastia (8,88%); Mastopexia(8,5%) ; Rinoplastia (8,1%); Ritdoplastia (6,56%). Dos pacientes submetidos a Mastopexia, 6,37% receberam próteses mamárias de silicone. Tendo em vista que o serviço conta com 13 residentes, cada profissional realizou aproximadamente 40 procedimentos (39,8 cirurgias ou 7,69%). CONCLUSÕES: Foram realizados 518 procedimentos cirúrgicos estéticos no Ambulatório de Cirurgia Plástica da FMABC no período de cinco anos, de agosto de 2007 a agosto de 2012. Os procedimentos mais realizados foram: Mamoplastia de aumento (47,5%); Blefaroplastia (12,16%) e Otoplastia (8,88%). BIBLIOGRAFIA: DataFolha. Cirurgia Plástica no Brasil [internet]. [Local desconhecido], Janeiro de 2009: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Acesso em 07 de Setembro de 2012. Disponível em <http://www.slideshare.net/senhorfisico/pesquisadatafolhasbcp?type=powerpoint>The American Society for Aesthetic Plastic Surgery. 2011 ASAPS Statistics: Complete charts [Including National Totals, Percent of Change, Gender Distribution, Age Distribution, National Average Fees, Economic, Regional and Ethnic Information]. [Local desconhecido], 2011. Acesso em 07 de Setembro de 2012. Disponível em <http://www.surgery.org/media/statistics>

PALAVRAS-CHAVES: mamoplastia de aumento, blefaroplastia, otoplastia|levantamento retrospectivo|ambulatorio FMABC

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1172

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE RECIDIVA DE CICATRIZ QUELOIDIANA APÓS RESSECÇÃO CIRÚRGICA E BETA TERAPIA NO HOSPITAL DE ENSINO PADRE ANCHIETA EM SÃO BERNARDO DO CAMPO, SP.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GERSON VILHENA PEREIRA FILHO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), VICTOR HUGO LARA CARDOSO DE SÁ (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), BEATRICE MARTINEZ ZUGAIB ABDALLA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), GABRIELA ANZAI PAVONI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Quelóide é uma desordem fibroproliferativa da derme, consequente a traumatismos e inflamações. Sua prevalência é igual entre homens e mulheres, é descrita principalmente entre os 10 e 30 anos, e é mais frequente entre negros, hispânicos e asiáticos. Não existe consenso sobre o melhor tratamento, e o uso da radioterapia permanece controverso. Esse tratamento visa a remoção cirúrgica do quelóide e pode ser feito com radioterapia superficial, banho de elétrons e braquiterapia. As complicações do tratamento podem ser eritema, alteração de pigmentação e atrofia. OBJETIVO: Avaliar retrospectivamente a recidiva de quelóide em pacientes submetidos a ressecção seguidos ou não de betaterapia no Hospital Ensino Padre Anchieta. METODOLOGIA: Avaliação retrospectiva desses prontuários, desde 2002 até 2012. Foram avaliados qualitativamente dados epidemiológicos, a recidiva do quelóide e a presença de tratamentos adjuvantes. RESULTADOS: Foram avaliados 74 pacientes, com idade média de 25,57 anos. 62,50% foram tratados com ressecção total e betaterapia. Cerca de 40% dos casos totais recidivaram. Os tratamentos feitos sem betaterapia apresentaram recidivas em 9,72% dos pacientes. As recidivas tiveram como tratamento: infiltração de corticoide intralesional, ressecções associadas ou não à betaterapia, placa de silicone, compressão local e corticóide tópico. DISCUSSÃO: O tratamento sem betaterapia apresentou menos recidivas. Entretanto, a amostra total para tratamento com betaterapia era mais extensa do que a amostra sem betaterapia. A taxa de recorrência do que-loide foi de aproximadamente 40%, apresentando um valor maior do que a literatura. Não foi possível analisar a eficácia dos tratamentos das recidivas, devido à falta de adesão dos pacientes. Não foram encontrados dados efetivos que comprovem a eficácia específica para cada tipo de tratamento dos quelóides. CONCLUSÃO: No presente estudo, foram avaliados 74 pacientes submetidos a ressecção de cicatrizes que-loideanas e foi observado um índice de recidiva (38,89%) após a ressecção, levando em consideração todos os tratamentos ofertados aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Quelóide | Recidiva | Radioterapia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1179

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Retalho médio-frontal utilizado na reconstrução de defeito nasal por leishmaniose

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU (UFMG), MATHEUS SANTOS ALVES FERREIRA (UFMG), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), KELLY RENATA SABINO (SANTA CASA BH), CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS (SANTA CASA BH)

RESUMO: Introdução:O nariz apresenta-se como um dos principais componentes da estética facial e também é uma das estruturas mais sujeitas a traumas devido grande exposição e pouca proteção. Em virtude da anatomia singular e importante papel funcional no que diz respeito a respiração e ao componente estético da face, a reconstrução nasal é um grande desafio ao cirurgião.O retalho médio-frontal foi descrito primeiramente em 600 a.C. por Sushruta Samhita na reconstrução de amputações nasais. Hoje é também conhecido como "retalho indiano" e apresenta-se como um dos principais métodos para reconstrução nasal. O retalho médio-frontal possui algumas vantagens como suprimento sanguíneo suprido pela artéria supratroclear e um comprimento adequado, livrando o retalho de tensão. Dentre algumas desvantagens destacam-se a necessidade de um segundo tempo cirúrgico e cicatriz frontal.Relato de caso: Paciente de sexo masculino, 72 anos, ex-caminhoneiro. Procurou atendimento no serviço de cirurgia plástica o Hospital Júlia Kubitschek - HJK apresentando defeito nasal por sequela de leishmaniose há 15 anos.Ao exame físico, apresentava orifício no dorso nasal de aproximadamente 1,5cm de diâmetro comunicando a cavidade nasal interna, destruição parcial de septo nasal, achatamento de dorso e retração da mucosa da columela.Foi realizada em primeira instância, sob anestesia geral, a desepidermização da área receptora no nariz, delimitação da área doadora do retalho médio-frontal baseada na artéria supra troclear, e posterior dissecação do retalho com rotação do mesmo sem tensão e com uma boa adaptação em seu novo leito.Manteve-se o pedículo vascular para manutenção do retalho, sendo necessária nova intervenção cirúrgica para secção do pedículo após quatro semanas.Conclusão: O retalho médio-frontal é muito utilizado para reconstrução nasal, mostrando-se como primeira escolha na grande maioria das vezes. Demonstrou ser uma opção segura e maleável, permitindo a reconstrução em sua totalidade sem alterações isquêmicas. Pode ser combinado com enxerto ósseo para auxílio do suporte nasal, além de existir a possibilidade de novos tempos cirúrgicos para refinamento do nariz e correção de cicatriz frontal.No caso descrito o paciente evoluiu bem, com a preservação das estruturas envolvidas e boa integração do retalho. A equipe está aguardando decisão do paciente pelo refinamento ou não do nariz com enxerto de cartilagem costal.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA RECONSTRUTIVA | NASAL | LEISHMANIOSE

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1184

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Influência de corticoides locais ou sistêmicos na resistência de cicatrizes da pele

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU (UFMG), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), LUIZ RONALDO ALBERTI (UFMG), KELLY RENATA SABINO (SANTA CASA BH), CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS (SANTA CASA BH)

RESUMO: Introdução: A cicatrização da pele é um processo complexo que envolve inflamação, reepitelização, angiogênese, formação de tecido de granulação e deposição de matriz intersticial, além de outros eventos realizados por diferentes tipos de células, como queratinócitos, fibroblastos, células inflamatórias e endoteliais. Esses fenômenos são influenciados pela matriz intersticial, fatores de crescimento e outros mediadores. Os glicocorticoides parecem atrasar o processo de cicatrização das feridas, causando uma diminuição da proliferação celular, na neovascularização e na produção de matriz. Em animais, foi relatado um atraso no afluxo de macrófagos, neutrófilos e fibroblastos. Sabe-se que os corticosteroides reduzem a fase inflamatória da cicatrização. O uso crônico de corticoides pode influenciar negativamente reepitelização, neovascularização e síntese de colágeno. Objetivo: Comparar a resistência de cicatrizes da pele em camundongos submetidos à administração de hidrocortisona local ou sistêmica, em diferentes períodos pós-operatórios. Método: Incisão e sutura foram feitas na pele da região torácica de 130 camundongos machos: Grupo 1(n=10)-resistência de pele íntegra; Grupo 2(n=30)-submetidos apenas à incisão e sutura; Grupo 3(n=30)-incisão da pele e sutura, seguidos pela administração de solução salina; Grupo 4(n=30)-incisão da pele e sutura, seguidos pela administração de hidrocortisona local; Grupo 5(n=30)-incisão da pele e sutura, seguidos pela administração de hidrocortisona sistêmica. A resistência da cicatriz e o peso dos animais foram avaliados no sétimo, décimo quarto e vigésimo primeiro dia pós-operatório. Exame histológico também foi realizado. Resultados: Os camundongos que receberam corticoide (grupos 4 e 5) apresentaram perda significativa de peso ($p=0.02$). Os grupos 3, 4 e 5 apresentaram menor resistência da cicatriz em relação ao grupo 2 no sétimo dia pós-operatório ($p=0.05$). Conclusões: Administração de hidrocortisona em camundongos é responsável por perda de peso e redução de resistência da cicatriz da pele na primeira semana de pós-operatório. Bibliografia: Alberti LR, Vasconcellos Lde S, Petroianu A. Influence of local or systemic corticosteroids on skin wound healing resistance. Acta Cir Bras. 2012;27(4):295-9.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA|CICATRIZ|CORTICOIDE

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1192

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O USO DO RETALHO DE LIMBERG PARA A RECONSTRUÇÃO DE PÁLPEBRA INFERIOR: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA RÊGO FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), EMANOELA DA SILVA GONÇALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), CLARISSA MENEZES MONTEIRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), LORENA DOS SANTOS SÁ (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS (UNCISAL)), ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR (MÉDICO CIRURGIÃO GERAL. PROFESSOR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS.), ANNA CRISTINA DE FREITAS COELHO BARROS LIMA (MÉDICA CIRURGIÃ PLÁSTICA. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES.)

RESUMO: INTRODUÇÃO. O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna da pele mais comum das pálpebras. Essa região anatômica é de abordagem complexa, pois as reconstruções podem ocasionar sequelas de difícil reparo, dentre elas destaca-se o ectrópio. O retalho de Limberg constitui uma opção adequada, visto que ele disponibiliza uma maior quantidade de tecido para a área cruenta ocasionada pela ressecção tumoral e permite o uso de uma pele de mesma espessura, semelhante ao da área acometida. RELATO DE CASO. Paciente do sexo feminino, 83 anos, leucoderma, hipertensa, apresentou lesão hiperemiada, de centro ulcerado, com bordas irregulares e infiltrativas em pálpebra inferior esquerda. A operação foi realizada objetivando a exérese do tumor com posterior reconstrução da área acometida. Inicialmente, realizou-se a demarcação da área tumoral a ser ressecada com azul de metileno seguida de anestesia local com xilocaína 2%. Para remoção do tumor, respeitou-se as margens de segurança preconizadas pela literatura. O retalho de Limberg foi executado por meio do prolongamento do diâmetro do defeito ocasionado pela retirada da lesão. Ao final desta linha traçada, foi projetada uma outra, de mesmo comprimento, paralela à área de ressecção. Esta área abordada não foi convertida em um rombóide, pois a pálpebra inferior necessita de uma maior preservação tecidual, a fim de evitar complicações. CONCLUSÃO. Existem inúmeras opções disponíveis para a reconstrução pós-retirada de tumores da região palpebral. O retalho de Limberg possibilitou a utilização de um tecido de características semelhantes às da área ressecada, conferindo um bom resultado estético e funcional para a paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia plástica | retalho de limberg | pálpebra

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1196

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O USO DO RETALHO EM AVANÇO DO TIPO V-Y PARA A RECONSTRUÇÃO DE ASA NASAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA RÊGO FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), EMANOELA DA SILVA GONÇALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), CLARISSA MENEZES MONTEIRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), LORENA DOS SANTOS SÁ (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO ESTADO DE ALAGOAS (UNCISAL)), ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR (MÉDICO CIRURGIÃO GERAL. PROFESSOR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO ESTADO DE ALAGOAS), ANNA CRISTINA DE FREITAS COELHO BARROS LIMA (MÉDICA CIRURGIÃ PLÁSTICA. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES)

RESUMO: INTRODUÇÃO. A anatomia singular do nariz, associada à sua relevância funcional e estética, torna sua reconstrução um desafio para a cirurgia plástica. Perdas de substância nasal são recorrentes após ressecções tumorais, a exemplo do carcinoma basocelular (CBC). As subunidades nasais mais frequentemente acometidas são a asa e o dorso. Lesões de asa nasal são comuns na prática cirúrgica e existem inúmeras técnicas disponíveis para a sua reconstrução. O retalho nasogeniano e o retalho de avanço em V-Y, geralmente, são os procedimentos de escolha para a abordagem da asa nasal. RELATO DE CASO. Paciente do sexo feminino, 72 anos, leucoderma, apresentou uma lesão pigmentada, com bordas irregulares, infiltrativas e pouco ulcerado em asa nasal esquerda. Realizou-se delimitação da área tumoral a ser ressecada com azul de metileno, respeitando as margens de segurança preconizadas na literatura, seguida de infiltração de xilocaína a 2%. Posteriormente, demarcou-se um retalho em V-Y, onde o vértice do V foi posicionado sobre o sulco nasogeniano, objetivando minimizar a cicatriz, e sua base, de largura semelhante à do defeito, voltada para a área cruenta da ressecção tumoral. O avanço do retalho se faz por deslizamento e o fechamento da área doadora ocorre em forma de V-Y. Após o posicionamento do retalho foram feitos dois pontos captados, a fim de preservar o sulco da asa nasal para um melhor resultado estético. CONCLUSÃO. Existem diversas opções para a reconstrução nasal após ressecções tumorais. Através da utilização de um retalho de avanço do tipo V-Y, a paciente evoluiu com bom resultado cosmético e funcional da área abordada. Além disso, conferiu uma boa semelhança na textura e coloração da pele transposta, resultando em uma melhora expressiva da região tratada.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia plástica | retalho V-Y | nariz

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1220

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Coexistência de Carcinoma Basocelular e Hemangioma Cutâneo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ MAURÍCIO CALDEIRA FILHO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), GUILHERME DE OLIVEIRA CUCOLICCHIO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), KLEBER NUNO DE SOUZA OLIVEIRA NETO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO)

RESUMO: Introdução: Os hemangiomas são observados em 4-10% da população e representam o tumor mais comum da infância. Os caucasianos, mulheres (3: 1) e os prematuros com baixo peso ao nascer apresentam maior prevalência. O câncer de pele, não melanoma, é o mais frequente no Brasil e corresponde a 30% de todos os tumores malignos registrados no país. Apresenta altos percentuais de cura, se detectado precocemente. O tipo não-melanoma é o de maior incidência e menor mortalidade, segundo o INCA. Relato de Caso: Paciente O.F., 68 anos, sexo masculino, diagnosticado com hemangioma cutâneo gigante em face desde a infância, sem tratamento prévio ou acompanhamento médico, procura o serviço devido aparecimento de duas lesões, uma em orelha esquerda, região afetada pelo hemangioma, e outra em região infra-clavicular direita. Ao exame: lesão nodular perlácea, brilhante com bordos definidos e presença de teleangiectasias. Foi submetido a exérese de lesão com envio a anatomopatológico. Exame anatomopatológico de lesão em orelha esquerda evidenciando Carcinoma Basocelular (CBC) de subtipo histológico nodular com hemangioma capilar associado, com margens cirúrgicas livres, com acometimento de tecido subcutâneo, de alto risco patológico (segundo diretrizes NICE), estadiamento pT1. Exame anatomopatológico de lesão em região infra-clavicular direita: CBC de subtipo histológico nodular com margens cirúrgicas livres com invasão acometendo a derme reticular, de baixo risco patológico (segundo diretrizes NICE), estadiamento pT1. Manteve acompanhamento trimestral e evoluiu com o aparecimento de duas novas lesões em região de mento e V decote. Encontra-se em programação de nova abordagem para ressecção cirúrgica. Discussão: O presente relato evidencia a importância de acompanhamento rigoroso e a incidência rara da patologia devido o aparecimento de neoplasia maligna em área de hemangioma. Sendo encontrado apenas um caso publicado no PubMed em paciente com tratamento na infância para hemangioma com crioterapia e um relato de caso pela Universidade de TelAviv em que o paciente apresentava quadro de pênfigo vulgar e tratamento com corticoesteróides por 8 anos previamente ao aparecimento do CBC. Ambos apresentando fatores de risco para o surgimento de lesão carcinomatosa basocelular. A coexistência de CBC em hemangioma não irradiado é uma apresentação rara com poucos dados na literatura, sendo este o único encontrado sem fatores de risco prévios ao aparecimento da lesão neoplásica.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma | Carcinoma Basocelular | Hemangioma

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1225

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reconstrução de pálpebra inferior com Retalho de Hughes: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), HAMILTON ALLEARDO GOELA (PUC-SP), DANIEL JOSÉ DE MORAIS FOZATI (PUC-SP), DECIO LUIS PORTELLA (PUC-SP), ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO (PUC-SP), KARINE HELENA BÓCOLI (PUC-SP), ANDERSON RYO KUBONIWA (PUC-SP), GILMAR VIEIRA VELOSO JÚNIOR (PUC-SP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A reconstrução palpebral após lesão por trauma ou remoção de tumores de pele é importante para proteção da córnea e da visão, bem como na manutenção estética da região orbitária e palpebral. A técnica a ser usada depende do grau de comprometimento anatômico proporcionado pela ressecção do tumor; assim, são importantes sua localização e dimensões. Nos defeitos superficiais, somente a lamela anterior necessita reparo. Os defeitos de espessura total, entretanto, exigem reconstrução das lamelas anterior e posterior. A utilização do retalho tarsoconjuntival de pálpebra superior, descrito por Hughes em 1937, para reconstrução de defeito palpebral inferior ipsilateral, de espessura total, foi a opção optada para este caso. RELATO DO CASO: Paciente MAG, 64 anos, sexo feminino, branca, olhos claros, aposentada, procedente de Sorocaba ? SP. Atendida no ambulatório de Cirurgia Plástica do Serviço Linneu Mattos Silveira da PUC-SP, em fevereiro de 2016, com histórico de tumoração nodular em região central de palpebral inferior à direita de crescimento lento nos últimos 2 anos. Ao exame: Acometimento de espessura total, com 1,8 cm no seu diâmetro horizontal. Realizado procedimento cirurgico no Day Clinic em Março de 2016, com anestesia local, ressecado tumoração em plano total com margens de 0,5 cm e optado por realização de retalho tarsoconjutival de palpebral superior para recontrução do defeito de espessura total de palpebral inferior. Realizado ainda enxerto de pele para cobertura do defeito, tendo como área doadora a palpebral superior ipsilateral. Mantido oclusão de olho direito e após 6 semanas foi realizado o segundo tempo cirurgico para liberação do pedículo e abertura ocular. Anatomopatológico evidenciou carcinoma basocelular nodular com margens cirurgicas livres. Paciente evolui com boa cicatrização local e encontra-se em acompanhamento ambulatorial devido outros tumores de pele em região de membros superiores. CONCLUSÃO: O retalho tarsoconjuntival mostra-se como boa opção para as reconstruções dos defeitos de espessura total das pálpebras, tendo como grande vantagem a possibilidade de se praticar a reconstrução com o próprio tecido palpebral.

PALAVRAS-CHAVES: Reconstrução palpebral | Cirurgia Orbito-palpebral | Carcinomas de pele

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1227

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Mastopexia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VICTOR HUGO LARA CARDOSO DE SÁ (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), ERIKA TOSHIE AOKI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), GABRIELA DE PAIVA ASCANI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), GERSON VILHENA PEREIRA FILHO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), CÉSAR AUGUSTO DE OLIVEIRA PACHECO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), MAYRA RIBEIRO CARRETTI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), ALINE CAROLINA CAPELLATO DIAS (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC)

RESUMO: Introdução A mastopexia é uma cirurgia que, por meio de diversas técnicas, permite a correção da ptose mamária. Essa correção pode ser feita com ou sem a inclusão de implante mamário de silicone. As complicações pós-operatórias, nas mastopexias, dividem-se em imediatas e tardias. Dentre as imediatas pode-se encontrar: Hematoma, Seroma, Infecção, Deiscência de Sutura, necrose do complexo areolopapilar e complicações decorrentes do ato anestésico. Dentre as complicações tardias encontram-se alterações de sensibilidade, cicatrizes hipertróficas/queloidianas, excesso cutâneo (?orelha de cão?) e assimetria pós-operatória. Objetivo Esse trabalho tem como objetivo relatar eventuais complicações existentes nesse tipo de cirurgia, através de um estudo retrospectivo de todos os procedimentos cirúrgicos de mastopexia realizados pela técnica de MILLAN, na Faculdade de Medicina do ABC, de 2006 a 2012. Resultados Foram analisados prontuários de 25 pacientes submetidas à cirurgia de mastopexia com ou sem a utilização de implantes mamários de silicone, no período citado. A média da idade dos pacientes foi de 37,9 anos (variando entre 25 e 53 anos), 20 pacientes realizaram mastopexia com implante mamário e 5 somente mastopexia. As pacientes não apresentavam nenhuma comorbidade, como exigência para se submeter ao procedimento no local citado. As complicações observadas foram: um paciente (4%) com hematoma; três (12%) com seroma em pequena quantidade; um (4%) com contratatura capsular; 11 (44%) com deiscência pequena; três (12%) com cicatriz hipertrófica; dois (8%) com saída de secreção pela incisão; sete (28%) com cicatriz hipertrófica; um (4%) com cicatriz hipocrômica; três (12%) com alergia ao curativo; um (4%) com alteração de sensibilidade areolar; dois (8%) com recidiva da ptose. Conclusão Neste estudo foram encontradas, como complicações, nas pacientes submetidas à mastopexia: presença de hematoma, deiscências pequenas, seroma, contratatura capsular precoce, alterações cicatriciais (cicatriz alargada, hipertrófica, hipocrômica e hipertrófica), alergia ao curativo, mudança na sensibilidade areolar, recidiva da ptose, saída de secreção da ferida operatória, extrusão de fios de sutura e dor.

PALAVRAS-CHAVES: Técnica de Millan | Complicações | Implante mamário de silicone

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1232

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reconstrução de membro superior após ressecção de carcinoma anexial de glândulas apócrinas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), HAMILTON ALLEARDO GOELA (PUC-SP), DANIEL JOSÉ DE MORAIS FOZATI (PUC-SP), DECIO LUIS PORTELLA (PUC-SP), ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO (PUC-SP), KARINE HELENA BÓCOLI (PUC-SP), ANDERSON RYO KUBONIWA (PUC-SP), GILMAR VIEIRA VELOSO JÚNIOR (PUC-SP)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A reconstrução de membros superiores após grandes perdas de tecido no trauma ou ressecções amplas de tumores cutâneos é um desafio ao cirurgião plástico. O retalho lateral do braço auxilia na cobertura em defeitos à distância, usado de forma micro cirurgica, porém apresenta uma excelente opção para reconstrução de defeitos complexos quando pediculados. **RELATO DO CASO:** Paciente RNF, 65 anos, sexo masculino, branco, agricultor, procedente de Araçoaíba da Serra ? SP. Relata exposição solar durante anos sem uso de filtro. Atendido no ambulatório de Cirurgia Plástica do Serviço Linneu Mattos Silveira da PUC-SP, com história de lesão cutânea ulcerada em braço direito, próximo ao deltoide, de aparecimento há 3 anos e crescimento progressivo. Ao exame: Lesão de cerca de 3cm no maior diâmetro, ulcerada, com hiperemia ao redor. Realizado procedimento cirurgico em agosto de 2016, com exeresse da lesão em bloco até fascia muscular com margens de 2cm. Optado para reconstrução do defeito a utilização de retalho fasciocutâneo lateral do braço, sendo seu pedículo formado pela artéria colateral radial posterior, avançando até o fechamento primário do defeito. Anatomopatológico evidenciando um carcinoma anexial de glândulas apócrinas, confirmado através de imunohistoquímica, com margens cirurgicas livres. Evolui com boa cicatrização e manutenção da movimentação de todo o membro afetado. **CONCLUSÃO:** O retalho fasciocutâneo lateral do braço, na forma pediculada, é versátil, de fácil reprodução e apresentou-se uma excelente opção para reconstrução de defeitos complexos em membros superiores.

PALAVRAS-CHAVES: Reconstrução de Membro Superior | Tumores cutâneos | Cirurgia plástica reconstrutora

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1238

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SILICONOMA: UM DESAFIO PARA O CIRURGIÃO PLÁSTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), HAMILTON ALLEARDO GOELA (PUC-SP), DANIEL JOSÉ DE MORAIS FOZATI (PUC-SP), DECIO LUIS PORTELLA (PUC-SP), ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO (PUC-SP), KARINE HELENA BÓCOLI (PUC-SP), ANDERSON RYO KUBONIWA (PUC-SP), GILMAR VIEIRA VELOSO JÚNIOR (PUC-SP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O silicone líquido industrial tem sido utilizado, de forma clandestina e na maioria das vezes por profissionais não médicos, no organismo humano tanto em mulheres como em homens ou transgêneros com a finalidade de aumento de volumes e corrigir depressões. A longo prazo, podem ocorrer várias complicações, tais como infecções, necroses teciduais e, mais tardiamente, a migração do produto, pelo sistema linfático, venoso ou mesmo pela força da gravidade. RELATO DO CASO: Paciente CCR, 33 anos, sexo masculino, atendido no ambulatório do Serviço de Cirurgia Plástica do Serviço Linneu Mattos Silveira na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em Sorocaba ? SP, com histórico de infiltração de silicone líquido há 10 anos em região mamária bilateral, em ambiente não hospitalar e por indivíduo leigo, evoluindo com processos inflamatórios crônicos, dor local e limitação de movimentos. Realizado cirurgia em setembro de 2016 para remoção de siliconoma em região mamária bilateral. Realizado incisão em sulco mamário com dissecação até região de fascia de musculo peitoral maior, ressecado tecido fibrótico existente deixando um coxim em região de complexo areolo-papilar de 2cm. Pela existência de tecido fibrotico do siliconoma migrar para vários planos em subcutâneo fica limitado sua ressecção completa, podendo ainda ser necessário vários procedimentos cirurgicos. Paciente evolui com melhor controle das dores crônicas, melhor movimentação dos membros e com resultado estético satisfatório. CONCLUSÃO: Este artigo tem como objetivo maior esclarecer as consequências danosas que esse produto pode causar no organismo, como cicatrizes de grandes proporções e sequelas estéticas e funcionais.

PALAVRAS-CHAVES: Siliconomas | Silicone Líquido | Complicações do uso do silicone líquido

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1241

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lipoma gigante: Um desafio ao cirurgião

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), HAMILTON ALLEARDO GOELA (PUC-SP), DANIEL JOSÉ DE MORAIS FOZATI (PUC-SP), DECIO LUIS PORTELLA (PUC-SP), ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO (PUC-SP), KARINE HELENA BÓCOLI (PUC-SP), ANDERSON RYO KUBONIWA (PUC-SP), GILMAR VIEIRA VELOSO JÚNIOR (PUC-SP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Lessões tumorais sólidas de origem mesenquimal são bastante frequentes, como é o caso dos lipomas, principalmente quando encontram-se no subcutâneo e não ultrapassam diâmetro de 2 cm. Lessões maiores de 10 cm ou com crescimento acelerado, encapsuladas, intramusculares, localizadas principalmente em membros inferiores e em pacientes com idade avançada são sugestivas de malignidade, sendo um desafio para o cirurgião. RELATO DO CASO: Paciente MML, 34 anos, sexo feminino, secretaria, procedente de Sorocaba ? SP. Atendida no ambulatório de Cirurgia Plástica do serviço Linneu Mattos Silveira da PUC-SP, com história de abaulamento em região medial de coxa direita com crescimento progressivo desde a infância. Realizado ressonância magnética de membro inferior em janeiro de 2016 que evidenciou tumoração de 30cm no maior diâmetro, bem delimitada, com presença de pedículo posterior e encontrava-se em planos musculares. Realizado exérese da lesão em agosto de 2016, com incisão medial em coxa direita, dissecação por planos até musculatura, encontrava-se abaixo do músculo grácil e do músculo satório e ao lado do músculo adutor magno, encapsulado, com pedículo em artéria femoral. Realizado toda sua dissecação sem romper a capsula e feito a ligadura do pedículo na base. Fechamento por planos e utilizado um dreno de portovac em subcutâneo, sendo retirado no quinto dia pós-operatório. Apesar dos fatores de risco o anatomopatológico evidenciou um Lipoma gigante. Paciente evolui assintomática, com boa movimentação do membro e excelente cicatrização. CONCLUSÃO: O crescimento dos lipomas é incomum, ocasionalmente podem atingir grandes proporções, caracterizando os chamados lipomas gigantes. O uso de exames de imagem, como a ressonância magnética, auxiliam para uma melhor programação cirúrgica. A biópsia prévia tem sido discutível e desaconselhada atualmente. O tratamento dos lipomas gigantes é cirúrgico e consiste em sua total remoção sob visão direta. Existe sempre a possibilidade de transformação sarcomatosa desses lipomas, sendo indicado o procedimento cirurgico assim que diagnosticado.

PALAVRAS-CHAVES: Lipoma Gigante | Tumores de partes moles | Cirurgia plástica reconstrutora

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1243

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: USO DO RETALHO CROSS LEG NA RECONSTRUÇÃO DE MEMBRO INFERIOR APÓS QUEIMADURA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCOS VINÍCIUS MENDES DE OLIVEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS (PUC MG)), LÍVIA BORGES DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE UBERABA), MARIANA DE CASTRO FERREIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS (PUC MG)), PAULA CASTILHO DE SOUZA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS (PUC MG)), RACHEL TIAGO LIGÓRIO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS (PUC MG)), BRUNA SILVA PIMENTA MACEDO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS (PUC MG)), ANA LUIZA SILVA PIMENTA MACEDO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), PAULO VICTOR NUNES ROSA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS (PUC MG))

RESUMO: INTRODUÇÃO: Lesões do terço inferior da perna representam um grande desafio para cirurgiões plásticos. A pobre vascularização e consequente cicatrização deficiente encontrada nestas regiões demanda conhecimentos detalhados da anatomia para selecionar a melhor alternativa cirúrgica. Os retalhos fasciocutâneos cross leg, descritos inicialmente por Hamilton em 1854, sempre constituíram uma ferramenta importante nas cirurgias reconstrutivas da extremidade distal da perna. RELATO DE CASO: Paciente A. P. M., sexo masculino, 60 anos, vítima de acidente de trabalho com queimadura por contato com minério de ferro aquecido, admitido no Hospital de Pronto Socorro João XXIII, na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), em Belo Horizonte. O mesmo apresentou queimadura de 2 e 3 graus acometendo toda circunferência da perna esquerda, com extensa exposição óssea tibial na face ântero-medial. Submetido a debridamento cirúrgico, foi necessária a ressecção da porção cortical anterior óssea da tíbia necrótica. No mesmo tempo cirúrgico, foi submetido à rotação do retalho gastrocnêmio e sóleo com cobertura imediata da exposição óssea nos segmentos proximal e médio da perna, persistindo área de exposição óssea em terço distal. O paciente evoluiu com necrose parcial do retalho de sóleo sendo submetido a novo debridamento cirúrgico e trepanação óssea das áreas de exposição resultantes deste procedimento. Após integração do enxerto foi submetido a novo procedimento cirúrgico com confecção do retalho cross leg e cobertura da área de exposição óssea distal. Foi realizada imobilização gessada ao nível de maléolos e joelhos. Evoluiu no pós operatório com infecção local sendo realizado antibioticoterapia orientada por hemocultura. A secção do pedículo do retalho foi realizada com 21 dias e a área doadora do retalho foi submetida a enxerto cutâneo. O paciente recebeu alta hospitalar sendo encaminhado a fisioterapia para reabilitação. CONCLUSÃO: O retalho cross leg, realizado na face postero-medial da perna, sobre o músculo gastrocnêmio, deve ser pouco mais largo do que o defeito a ser coberto. As desvantagens desse procedimento incluem a limitação da mobilidade do paciente, a necessidade de imobilização e o tempo do tratamento prolongado, envolvendo dois tempos cirúrgicos. Porém, em casos de falha ou impossibilidade de reconstrução microcirúrgica, seja devido à ausência de vasos adequados ou diante da não disponibilidade destes procedimentos, o membro inferior poderá ser salvo.

PALAVRAS-CHAVES: retalho cirúrgico|cross leg|queimadura

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1246

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Retalho de Karapandzic na reconstrução de lábio inferior

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), HAMILTON ALLEARDO GOELA (PUC-SP), DANIEL JOSÉ DE MORAIS FOZATI (PUC-SP), DECIO LUIS PORTELLA (PUC-SP), ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO (PUC-SP), KARINE HELENA BÓCOLI (PUC-SP), ANDERSON RYO KUBONIWA (PUC-SP), GILMAR VIEIRA VELOSO JÚNIOR (PUC-SP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A reconstrução labial representa um desafio ao cirurgião plástico. Os lábios são o centro dinâmico do terço inferior da face, sendo fundamentais para mímica e expressão facial, fala, deglutição, sucção e contenção de secreções salivares. A reconstrução labial deve ter como objetivo o restabelecimento funcional da estrutura lesada e um bom resultado estético. A técnica de Karapandzic, descrita em 1974, é indicada para reparação de defeitos centrais do lábio inferior, por rotação e avançamento de até 3/4 do lábio, preservando a função esfinteriana, inervação e irrigação. para a reconstrução de grandes defeitos labiais. RELATO DO CASO: Paciente MSPD, 72 anos, sexo feminino, aposentada, procedente de Sorocaba ? SP. Atendida no ambulatório de Cirurgia Plástica do Conjunto Hospitalar de Sorocaba do serviço Linneu Mattos Silveira da PUC-SP em Maio de 2016. Apresentava ferimento há 10 meses em região central de lábio inferior de 1,5 cm, sem linfoedemas ao exame físico. Paciente com dificuldade de alimentação por limitação na colocação de prótese dentária. Optado por ressecção tumoral através de cirurgia ambulatorial no Day Clinic, com anestesia local, devido comorbidades. Retirado tumor em espessura total e realizado reconstrução de lábio inferior com retalho de Karapandzic. CONCLUSÃO: O retalho de Karapandzic mostrou-se um excelente opção para reconstrução após ressecção de carcinomas com envolvimento até 2/3 do lábio inferior. A cirurgia tem tempo único e restaura a musculatura orbicular, restabelecendo a funcionalidade e a estética labial, com bons resultados a longo prazo, sendo ainda de fácil reprodução.

PALAVRAS-CHAVES: Retalho de Karapandzic | Carcinomas de pele | Cirurgia plástica reconstrutora

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1255

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Retalho Sural Reverso na reconstrução de membro inferior

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), HAMILTON ALLEARDO GOELA (PUC-SP), DANIEL JOSÉ DE MORAIS FOZATI (PUC-SP), DECIO LUIS PORTELLA (PUC-SP), ORLANDO JOSÉ AVALOS FRANCO (PUC-SP), KARINE HELENA BÓCOLI (PUC-SP), ANDERSON RYO KUBONIWA (PUC-SP), GILMAR VIEIRA VELOSO JÚNIOR (PUC-SP)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O retalho sural de fluxo reverso é um importante retalho fasciocutâneo, que pode ser usado para a reconstrução de perda de substância do terço distal da perna, calcâneo e região plantar proximal. É um retalho versátil, com amplo arco de rotação, e apresenta seu pedículo baseado no fluxo arterial reverso da artéria sural superficial ramo da artéria fibular e drenagem venosa principal por tributárias surais da veia safena parva. **RELATO DO CASO:** Paciente TSR, 57 anos, sexo feminino, dona do lar, procedente de Porto Feliz ? SP. Atendida no ambulatório de Cirurgia Plástica do Conjunto Hospitalar de Sorocaba do serviço Linneu Mattos Silveira da PUC-SP em julho de 2016. Apresentava ferimento há 3 meses em região posterior e distal de perna direita, próximo ao calcanhar, com área de necrose, após acidente com animal peçonhento, uma aranha amarela. Paciente com limitação de movimento devido sintomas algícos. Optado em primeiro tempo por um desbridamento cirúrgico que evidenciou exposição de tendão de aquiles. Para cobertura de ferimento foi optado pela utilização do retalho sural reverso feito em dois tempos, inicialmente realizado autonomização do retalho e posteriormente, após 21 dias, rotação e cobertura do ferimento. **CONCLUSÃO:** O retalho sural reverso mostrou-se um excelente opção para reconstrução de ferimentos distais e complexos de membros inferiores. O índice de complicações é relativamente baixo e as sequelas estéticas são aceitáveis.

PALAVRAS-CHAVES: Retlho Sural reverso |Reconstrução de membros inferiores |Cirurgia plástica reconstrutora

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1275

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ENSINO CIRÚRGICO PARA ACADÊMICOS: SIMULAÇÃO EM ENXERTOS E RETALHOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA FREO (UFCSPA), PAULA GIRELLI (PUCRS), LETICIA MANOEL DEBON (PUCRS), KARINA MENEGUZZI (PUCRS), FELIPE LARANJEIRA (PUCRS), RENATO FRANZ MATTA RAMOS (PUCRS), CARLOS UEBEL (PUCRS), JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA (PUCRS)

RESUMO: Objetivo O processo de ensino cirúrgico na medicina geralmente ocorre pelo conhecimento teórico seguido pela observação do ato cirúrgico. Entretanto, sabe-se que esse método não atinge o nível necessário de aprendizado acadêmico de medicina na prática cirúrgica. Neste contexto, o "Curso Básico de Técnica Cirúrgica em Cirurgia Plástica: Enxertos e Retalhos" promovido pela Liga de Cirurgia Plástica da PUC-RS surgiu com o intuito de complementar a formação acadêmica, contemplando noções básicas sobre os enxertos e retalhos mais utilizados em Cirurgia Plástica, bem como o treinamento técnico de cada procedimento. Assim, o curso objetiva alterar a percepção do aluno para as especialidades cirúrgicas. Método O curso é separado em duas fases; no primeiro dia é ministrada uma aula teórica de 90 minutos que aborda os tipos de técnicas de enxertos e retalhos, suas indicações e limitações, sendo fornecido um manual teórico com texto e ilustrações sobre os retalhos em questão. No segundo dia, é aplicado o treinamento prático dividido em quatro estações. Em cada etapa há dois monitores membros da Liga de Cirurgia Plástica para o ensino de um tipo de retalho. Utilizou-se como material: pedaços de pele suína fresca com rico subcutâneo anexado de 10x10x3cm ? ideal para possibilitar a rotação do retalho-, plataformas rígidas, alfinetes, portas agulhas, bisturi montado com lâmina nº22, pinças dente de rato, tesouras, 1 fio de mononylon 4-0, palito, azul de metileno, régua e compasso. Resultados O modelo de treinamento utiliza a pele suína por ausência de risco de infecção; facilidade de acesso ao material, já que dispensa a doação com termo de consentimento; além do baixo custo. É documentado que uma experiência de um dia de treinamento pode alterar a percepção e a preferência de um aluno por uma especialidade cirúrgica. Ressaltamos que o contato prático favoreceu a compreensão da aplicabilidade das técnicas, as quais seriam insuficientes se ensinadas apenas em aula teórica. Conclusões Dada a positiva repercussão do curso aqui descrito, sugerimos a experiência para todos os centros de graduação em medicina, como forma de aproximar o aluno da especialidade plástica e de adquirir conhecimento cirúrgico teórico e prático. Bibliografia Purim KSM, Santos LDS, Murara GT, et al. Avaliação de treinamento cirúrgico na graduação de medicina. Rev Col Bras Cir. [on-line] 2013;40(2). Khatib M, Soukup B, Boughton O, et al. Plastic Surgery Undergraduate Training. Aesth Plast Surg. 2014;00:1-5.

PALAVRAS-CHAVES: Educação de graduação em medicina | Cirurgia | Capacitação

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1343

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A RESSECÇÃO DE TUMORES CUTÂNEOS MALIGNOS EM FACE NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NICOLA FIORINO BIANCARDI (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), THAÍS MATHIAS AGUIAR DA SILVA (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), LUCIANA SILVA POMBO (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), FLÁVIA SILVA MOREIRA (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), MARINA FIORINO BIANCARDI (HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS CONTANTINO OTAVIANO), MARCIO MENDES MANENTE (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), SULAMITA SHIZUKO OKAYAMA (INCA), LUMA GUARESCHI (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO)

RESUMO: OBJETIVO Determinar os escores de satisfação dos paciente submetidos a ressecção e reparo de tumores cutâneos em face no município de Teresópolis. METODO Estudo coorte retrospectivo baseado no banco de dados do ambulatório de cirurgia plástica reparadora do Hospital das Clinicas de Teresópolis Constantino Ottaviano no ano de 2013. O estudo foi realizado com os pacientes submetidos a ressecção de tumores cutâneos em face, e visou avaliar o grau de satisfação dos pacientes após ressecção, em relação ao reparo realizado. Os pacientes submetidos ao procedimento no ano foram submetidos a questionário padrão, que avaliou o grau de satisfação através de escore numérico de 0-10, sendo 0-2- insatisfatório, 3-5: pouco satisfatório; 6-8: satisfatório; 9-10: muito satisfatório. Foram avaliados também: grau de escolaridade dos pacientes e necessidades de reparos posteriores ou ressecções. RESULTADOS No período do estudo foram submetidos a ressecção cirúrgica por tumores cutâneos em face 20 pacientes, sendo que um dos casos apresentava duas lesões oncológicas em face. Quanto ao sexo dos pacientes, temos: 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino. Quanto a idade dos pacientes, observa-se: 9% na faixa etária dos 40-50 anos; 23% dos 51-60 anos; 27% na faixa de 61-70 anos; 18% de 71-80 anos e 23% nos pacientes com idade acima de 80 anos. Quanto ao grau de escolaridade: 5% eram analfabetos; 50% possuíam ensino fundamental incompleto; 10% ensino fundamental completo; 15% ensino médio incompleto e 15% ensino médio completo/profissionalizante, e 5% ensino superior incompleto. Quanto ao grau de satisfação, temos: 5%: pouco satisfatório; 50%: satisfatório; 40% muito satisfatório; 5% não responderam. Nenhum dos pacientes avaliados necessitou de procedimentos adicionais. CONCLUSÃO grau de satisfação dos pacientes em relação ao reparo pós exérese da lesão tumoral foi boa na avaliação dos pesquisadores, porém o grau de escolaridade interferiu na avaliação do procedimento e no grau de exigência para o resultado.

PALAVRAS-CHAVES: RESSECÇÃO DE TUMORES EM FACE | GRAU DE SATISFAÇÃO | TERESÓPOLIS

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1348

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O USO DE ENXERTO DE PELE TOTAL PARA A RECONSTRUÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR EXTERNO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLARISSA MENEZES MONTEIRO (DISCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), LORENA DOS SANTOS SÁ (DISCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), EMANOELA DA SILVA GONÇALVES (DISCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), MARIANA RÊGO FREITAS (DISCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (DISCENTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO ESTADO DE ALAGOAS (UNCISAL)), ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR (MÉDICO CIRURGIÃO GERAL. DOCENTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO ESTADO DE ALAGOAS), ANNA CRISTINA DE FREITAS COELHO BARROS LIMA (MÉDICA CIRURGIÃ PLÁSTICA. DOCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O carcinoma basocelular (CBC) é responsável por, aproximadamente, 70 a 75% dos casos de câncer de pele. A incidência de tumores cutâneos está associada à exposição crônica aos raios solares e ao envelhecimento da população. As regiões mais comprometidas são face, orelhas, pescoço, couro cabeludo, ombros e dorso, por serem áreas mais frequentemente expostas ao sol. Existem diversas modalidades de tratamento, dentre elas destacam-se os enxertos e os retalhos. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 78 anos, hipertenso, leucodermia, apresentou lesão tumoral extensa, ulcerada, hiperemiada, de bordas irregulares e infiltrativas, comprometendo aproximadamente um terço do pavilhão auricular externo direito em sua porção anterolateral. A área da ressecção tumoral foi demarcada com azul de metileno, respeitando-se as margens de segurança preconizadas pela literatura, seguida de anestesia local com xilocaína 2%. Ressecou-se aproximadamente um terço da hélice, quase a totalidade da anti-hélice e parte da concha. Através da preservação de grande segmento da hélice, foi possível manter a forma anatômica adequada do pavilhão auricular, havendo apenas prejuízo mínimo em seu tamanho total, quando comparado ao lado contralateral. Para cobertura da área cruenta obtida após a ressecção tumoral, retirou-se um fuso de pele total na região posterior do pavilhão auricular externo esquerdo. A fim de evitar a formação de hematomas e deslocamentos do enxerto no sítio receptor, realizou-se um curativo de Brown na área receptora que foi retirado apenas 5 dias após a enxertia. CONCLUSÃO: Existem inúmeras opções disponíveis para a reconstrução pós-ressecção de tumores no pavilhão auricular externo, que proporcionam resultados estético-funcionais adequados. No caso em questão, o paciente evoluiu com um resultado extremamente satisfatório e foi possível preservar a forma do pavilhão auricular externo com diferença mínima de tamanho em relação a orelha contralateral.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA PLÁSTICA|ENXERTO|ORELHA

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1364

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO DE RINOFIMA COM DERMOABRASÃO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANNA LUÍSA FRANCO DE AQUINO (UFPE), MARILI DANTAS DA SILVA (UPE), MARIA EDUARDA BARBOSA DE SOUZA (UPE), ANNA NATHÁLIA DE OLIVEIRA CAVALCANTI MEDEIROS (UNINASSAU), AMANDA MORENO AYRES DA COSTA (FPS), MARIANA GALVÃO PARAHYBA (FPS), RODRIGO OTÁVIO MELO FERRAZ (UPE), MAYARA NERI TAVARES (UPE)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A rinofima é uma inflamação crônica dos tecidos do nariz com acometimento da textura e vascularização, crescimento exofítico irregular e telangiectasias. As alterações histológicas se dão por hipertrofia e hiperplasia das glândulas sebáceas, devido à proliferação fibrovascular da derme e acantose do epitélio. As cartilagens não são acometidas, porém por ação mecânica podem ser afetadas e necessitar de correção. A rinofima pode ser considerada o estágio 3 da rosácea e é tratada por excisão com bisturi frio, laser de CO₂, bisturis eletrônicos ou criocirurgia. Sua etiologia ainda não foi estabelecida, mas homens brancos, etilistas, com mais de 40 anos, história familiar positiva e antecedente de exposição solar acentuada são os mais afetados. Além do prejuízo estético e psicológico, pode ocorrer malignização para carcinoma basocelular, espinocelular ou angiossarcoma, reforçando a necessidade do tratamento. Os casos iniciais podem ser tratados apenas com dermoabrasão e os avançados também com decorticação. São técnicas simples, com excelentes resultados e poucas complicações. Nos casos mais graves, pode-se lançar mão de enxerto de pele total. São complicações dos tratamentos hipopigmentação, hiperpigmentação e cicatriz inestética. O exame histopatológico deve ser realizado devido ao risco de associação com doença carcinomatosa. RELATO DE CASO: E.P., 70 anos, sexo masculino, branco, natural e procedente de Olinda ? PE, foi submetido a tratamento cirúrgico de rinofima, com procedimento de decorticação e dermoabrasão. Foi operado em decúbito dorsal, com anestesia local e sedação. Realizou-se infiltração do nariz com solução composta por 20 ml de xilocaína a 2%, 5 ml de bicarbonato e 1 ml de adrenalina diluídos em 75 ml solução fisiológica 0,9%. Após 20 minutos, para que o efeito vasoconstrictor da adrenalina prevalescesse, foi realizada decorticação com lâmina fria para remoção do tecido hiperplásico, tomando cuidado para não se atingir estruturas nobres, como as cartilagens. A seguir, foi feita dermoabrasão com lixa d'água nº 80 e para refinamento do contorno nasal com lixa nº 100. O paciente apresentou excelente resultado estético, sem recidivas. CONCLUSÃO: Concluímos que a dermoabrasão é um tratamento simples e eficaz, com excelentes resultados cosméticos e psicológicos. Como o nariz ocupa a região central da face, é a região mais importante para sua harmonia, assim, este tratamento traz grande satisfação aos pacientes e quebra os estigmas da doença.

PALAVRAS-CHAVES: Rinofima | Dermoabrasão | Doenças nasais

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1376

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: UTILIZAÇÃO DE EXPANSOR TECIDUAL PARA TRATAMENTO DE NEVO MELANOCÍTICO GIGANTE - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANNA LUÍSA FRANCO DE AQUINO (UFPE), MARILI DANTAS DA SILVA (UPE), CAMILA CECÍLIA JERÔNIMO CARLOS DE OLIVEIRA MOURA (UPE), DANIEL CÂMARA ALHEIROS DE SOUZA (UPE), GABRIEL ALVES MONTEIRO DE MELO (UPE), MARIANA GALVÃO PARAHYBA (FPS), AMANDA MORENO AYRES DA COSTA (FPS), ANNA NATHÁLIA DE OLIVEIRA CAVALCANTI MEDEIROS (UNINASSAU)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O nevo melanocítico congênito é uma proliferação de melanócitos de origem neuroectodérmica presente ao nascimento. Classificam-se quanto ao diâmetro em pequeno (20 cm). Podem ser lisos ou elevados, com cor de castanho claro a escuro, uniformes e com bordas definidas, com ou sem pêlos. As lesões pequenas e médias são relativamente comuns e com risco de degeneração maligna baixo, já o nevo melanocítico gigante (NMG) é uma condição rara e com maior risco de malignização. O melanoma decorrente é grave, com evolução quase sempre letal e de difícil diagnóstico quando sobre um NMG, devido à cor enegrecida das duas lesões. Os sinais de transformação maligna são tardios e geralmente acompanhados de metástases. Os tratamentos cirúrgicos são: ressecção seriada, excisão e cobertura com enxertos, retalhos e eletrocoagulação. Geralmente não é possível a excisão completa em apenas um ato cirúrgico, podendo-se utilizar expansores teciduais para obtenção de retalhos maiores. Estes são envelopes de silicone com orifícios de injeção auto-vedantes, para aumento do tecido cutâneo e fechamento primário de área doadora, com melhor qualidade estética da cicatriz, similar textura e coloração da pele. As principais complicações são: hematoma, infecção, exposição, ruptura do expansor, isquemia e necrose. Independente do tratamento, o acompanhamento periódico deste paciente é por toda a vida. RELATO DE CASO: A.N.S., 17 anos, sexo feminino, branca, natural e procedente de Recife-PE. Paciente portadora de NMG em torno de 22x17cm foi encaminhada para ressecção parcelada do nevo e reconstrução com retalho expandido. Já foram realizados 2 atos cirúrgicos, o primeiro para colocar um expansor tecidual com capacidade de 1000ml, no tecido subcutâneo adjacente à lesão. Foi injetado 100ml de solução fisiológica através da válvula interna e repetido o procedimento semanalmente, até sua expansão máxima. Após 10 semanas, realizou-se a primeira cirurgia de ressecção, sendo retirado ¼ do nevo com avanço de retalho expandido. CONCLUSÃO: Conclui-se que o tratamento com expansor tecidual para cirurgia de ressecção do NMG apresenta vantagens por não incluir novos defeitos indevidamente desfigurantes, evitar retirada de retalhos de sítios distantes e manter boa coloração e textura da pele. O tratamento do NMG necessita de vários momentos cirúrgicos para a retirada total da lesão, sendo necessários neste caso mais 2 ou 3 após novo implante de expansor.

PALAVRAS-CHAVES: Nevo melanocítico gigante | Expansor tecidual | Cirurgia Plástica

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1412

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A INSERÇÃO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO A PACIENTES PORTADORES DE FISSURA LABIOPALATAL NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM BELÉM

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YASMIN COUTINHO HABER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA), LUIZ RENATO OLIVEIRA LOPES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA)

RESUMO: Objetivo: Analisar a interação de várias especialidades na reabilitação de pacientes com lábio e/ou palato fissurados, conhecer o protocolo de atendimento aos fissurados do centro de referência no Estado do Pará, traçar o perfil epidemiológico dos pacientes, observando quais os tipos de fissura mais incidentes em ambos os gêneros. Método: Estudo desenvolvido no Hospital Ophir Loyola (HOL) no serviço de atendimento aos pacientes portadores de fissuras labiopalatais do Estado do Pará. A rotina do Cirurgião Plástico, tanto no centro cirúrgico quanto no atendimento ambulatorial, foi acompanhada por acadêmicos de medicina da Universidade Federal do Pará, membros da LACIPA - Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica do Pará. Resultados: Segundo o protocolo de atendimento e tratamento de pacientes lábio e/ou palato fissurados, o tratamento deve ser instituído logo após o nascimento, sendo iniciado através do acompanhamento com assistente social, pediatra, fonoaudiólogo e odontólogos. Ainda há necessidade de acompanhamento com a otorrinolaringologia, pois muitos destes pacientes apresentam problemas auditivos. Outro profissional fundamental é o nutricionista, uma vez que destaca os benefícios orgânicos do aleitamento materno, apresenta a alimentação adequada no pré, trans e pós-operatório. As cirurgias plásticas reparadoras, denominadas de labioplastia e palatoplastia, são realizadas a partir do 3º mês de vida e 12º mês de vida, respectivamente. As cirurgias secundárias de lábio e/ou palato, alongamento de columela, ou mesmo faringoplastia, são realizadas a partir dos quatro anos de idade. Dentre os casos observados, notou-se que o lado esquerdo do lábio é mais frequentemente acometido, seguido do lado direito e do acometimento bilateral. A fissura labial unilateral é mais frequente no sexo masculino. A fissura labial bilateral e fissura palatina posterior são mais frequentes no sexo feminino. Conclusões: A existência de um protocolo clínico é essencial para o entendimento do tratamento e reabilitação dos pacientes. É ideal que estes pacientes sejam acompanhados durante todo o seu crescimento, recebendo uma assistência multidisciplinar envolvendo vários profissionais da saúde como: assistentes sociais, fonoaudiólogos, geneticista, psicólogos, cirurgiões plásticos, odontólogos, pediatras, nutricionistas e enfermeiros, visando uma maior eficiência na reabilitação morfológica, funcional e psicossocial desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia plástica | fissura labiopalatal | multidisciplinar

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1455

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estudo Anátomo-Morfométricos do Corpo Adiposo Bucal de importância para Cirurgia Plástica Estética

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JAVÉ OLIVEIRA VALDEVIÑO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), RAFAELA MIHO YTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), GUSTAVO JOSÉ SILVA SANCHEZ (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), CRISTIANO CIRQUEIRA DE SOUZA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), ROGERIO PORTO DA ROCHA DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO)

RESUMO: Objetivo O corpo adiposo bucal (CAB) vem ganhando destaque na cirurgia plástica, tanto no campo estético quanto na reconstrução facial. Neste contexto, este estudo tem como objetivo revisar as características anátomo-morfométricas encontradas na literatura acerca da extensão bucal ? a mais utilizada nas cirurgias ? comparando-as com dados obtidos em hemifaces de cadáveres da instituição. Método No presente estudo experimental realizado no Laboratório de Anatomia da instituição, vinte hemifaces de cadáveres adultos com faixa etária entre 30-50 anos de idade foram dissecadas a partir de uma incisão pré-auricular desde o arco zigomático até o ângulo da mandíbula e um prolongamento até o mento, seguindo a margem inferior da mandíbula. Rebateu-se a pele e a dissecação foi aprofundada a partir do plano dos mm. da mímica facial na região triangular cujos vértices são: (A) Comissura labial; (B) Art. zigomático-maxilar; (C) Fossa piriforme. Isolou-se a a. e v. faciais e os mm. masseter, elevador do lábio superior, elevador do ângulo da boca e os zigomáticos. Evidenciou-se, assim, o prolongamento bucal e o corpo do CAB. As dissecações foram realizadas pelo mesmo avaliador. A discussão foi embasada a partir da comparação com publicações indexadas nas bases de dados Lilacs, Scielo e Medline. Foram selecionados trabalhos publicados entre 2012 e 2017, além daqueles considerados clássicos dentro do tema, independente do idioma e país de origem. Foram incluídos os trabalhos que descreviam as relações anatômicas e os aspectos morfométricos e cirúrgicos do CAB em humanos. Resultados Os resultados obtidos neste estudo são concordantes com a literatura. O CAB consiste em uma massa especializada de tecido adiposo localizado no espaço mastigatório. A extensão bucal corresponde a maior parte de seu volume, sendo a mais superficial das extensões e estando situada na porção inferior do lobo posterior do corpo do CAB. Localiza-se inferiormente ao zigoma e ducto parotídeo, e anteriormente ao r. da mandíbula, circundado os mm. pterigoide medial e masseter. Conclusões É necessário que novos estudos sejam realizados para um melhor entendimento anátomo-cirúrgico do CAB, devido às suas complexas relações anatômicas e ausência de um consenso. Bibliografia (1) Tibi M. La Boule de Bichat et ses utilisations en chirurgie orale. Human health and pathology. 2013. (2) Khiabani K, et al. Buccal Fat Pad lifting: An alternative technique for malar augmentation. J Oral Maxillofac Surg. 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Corpo Adiposo Bucal | Bola de Bichat | Corpo Adiposo da Bochecha

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1460

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Retalho zigomático-palpebral: Uma técnica opcional para a reconstrução da pálpebra inferior

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE ROSSINI DE DONATO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), MANOEL PEREIRA DA SILVA NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), MARCO TÚLIO RODRIGUES DA CUNHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), LUCIANA RODRIGUES DA CUNHA COLOMBO TIVERON (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), VINÍCIUS TEIXEIRA DE PAULA PIGNATTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), ALUÍSIO GONÇALVES MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), GUSTAVO DE PÁDUA BRAZÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO)

RESUMO: Introdução: Várias técnicas reconstrutivas das pálpebras têm sido desenvolvidas com o objetivo de reparar defeitos, restaurar a anatomia e função das mesmas, além de tentar uma recomposição estética. A escolha da técnica dependerá das porções da pálpebra acometidas e da extensão do defeito. Relato do Caso: O objetivo deste trabalho é apresentar uma técnica opcional para a reconstrução de defeitos da lamela anterior da pálpebra inferior com retalho cutâneo zigomático palpebral. Esta técnica mostra uma alternativa excelente principalmente nos casos de pele esclero-atrófica de idosos, bem como jovens que não apresentam redundância da pele palpebral superior, impossibilitando por exemplo o uso de enxertos de pálpebra superior ou retalhos como o de Fricke ou Tripier. A técnica baseia-se no uso de retalhos locais, de características muito semelhantes à área do defeito, o que permite mimetização, segurança e exequibilidade. O autor mostra a indicação do retalho em casos de ectrópio cicatricial, reconstrução após ressecção de neoplasias, associação com outros retalhos como de Hughes ou para cobertura de enxertos cartilagosos. É um retalho de transposição composto por pele e subcutâneo, randomizado. O princípio técnico para confecção do retalho é o mesmo em todos os casos. A área receptora tem os seus limites avaliados e baseado na extensão do defeito delimita-se a área doadora na região malar ipsilateral. Então, o retalho é marcado na região zigomática a partir do canto lateral do olho, descendo no sentido perpendicular, 90° em relação à margem ciliar inferior. O retalho cutâneo é elevado com um tecido subcutâneo de espessura suficiente para preencher o defeito. Depois disso, o processo de transposição é realizado, tanto a área doadora quanto a região receptora do retalho são suturadas com pontos simples separados com nylon monofilamentado 6.0. O retalho permite a restauração da altura, comprimento vertical palpebral, prevenindo e corrigindo ectrópio. Os resultados imediatos e tardios são satisfatórios e bem aceitos pelos pacientes e pela equipe cirúrgica em termos de estética, qualidade da cicatriz e em termos funcionais com oclusão palpebral e lubrificação ocular adequadas. Conclusão: A reconstrução palpebral exige não somente um conhecimento anatômico preciso, mas também variadas técnicas cirúrgicas, para se obter um resultado funcional e esteticamente satisfatório, minimizando as complicações pós-operatórias.

PALAVRAS-CHAVES: reconstrução |pálpebra inferior |retalho zigomático-palpebral

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1482

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uso do curativo por pressão negativa no trauma

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA DUTRA HAMILTON (UFFS), FABIANA MARTINO SEHN (UFFS), LAIS RAMALHO CHAVES ISOBE (UFFS), LEANDRO RAMALHO CHAVES ISOBE (MATER DEI), JUNIOR GRANDI (HSVP), CLEISI PEZZINI SANDRI (UFFS)

RESUMO: Uso de curativo por pressão negativa no trauma: um relato de caso. Introdução: O uso da terapia por pressão negativa é um método coadjuvante no fechamento de feridas. Em feridas traumáticas agudas traz como benefício a redução do edema local, contração da ferida, estímulo a neoangiogênese, remoção do exsudato, melhora do fluxo sanguíneo e redução da colonização bacteriana. Relato de caso: Paciente I.N.B., sexo feminino, branca, 55 anos, casada, natural de Tapera RS, agricultora e católica. Paciente foi recebida no serviço de emergência por acidente com maquinário agrícola. Ao exame primário evidenciou-se lesão extensa em hemifacedireita (ferimento nas regiões de zigomático parieto-frontal, parotídea direita) de aspecto dilacerante com importante perda de substância (pele, músculos e óssea. Foi solicitado exame complementar, entre ele, a tomografia de face que resultou em múltiplas fraturas de face à direita: seio frontal, maxilar, zigoma, órbita, osso nasal, e hemossinusetmoidal e maxilar direitos. Em sequência foi realizada, pela equipe da bucomaxilo facial, cirurgia com redução e fixação das fraturas com sutura extensa contendo linhas de tensão na pele. No sétimo pós-operatório, a paciente evoluiu com secreção purulenta e necrose de área operada, quando foi solicitado avaliação da equipe da cirurgia plástica. Assim, iniciou uma série de 14 intervenções cirúrgicas no intuito de correção da complicação cirúrgica resultada. Em que foram feitos e revisados, sendo necessário algumas vezes, reintervirrefazendo os procedimentos já realizados: debridamento de tecidos desvitalizados, drenagem de abscesso, sustentação da pálpebra direita, reconstrução de pálpebra direita, rotação de retalho muscular e de pele, associado a enxertos em um segundo momento da região palpebral, frontal direita e malar, sendo sempre realizados fechamento com uso de curativo com pressão negativa, que proporcionava melhor tecido de granulação e leito para posterior enxertia. Conclusão: O curativo por pressão negativa é importante adjuvante no tratamento no tratamento das feridas traumáticas, pois se mostra eficiente no preparo das feridas para o reparo cirúrgico. O uso do vaco observa-se a formação mais precoce do tecido de granulação, o que possibilita melhor enxertia e precoce fechamento de feridas

PALAVRAS-CHAVES: pressAo negativa | Curativo | Trauma

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1493

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE FOURNIER: 10 anos de avaliação

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL LUNARDI ARANHA (FCMS/JF), GABRIEL ANTÔNIO DE SOUZA MUNIZ (FCMS/JF), FELIPE DE ABREU RODRIGUES (FCMS/JF), MATHEUS CASTELO PRUDENTE (FCMS/JF), LAURA DORNELAS CORRÊA (FCMS/JF), GABRIEL VICTOR DORNELAS (FCMS/JF), NATHALIA PEREIRA VIZENTIN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MARILHO TADEU DORNELAS (HU/UFJF)

RESUMO: Introdução: A gangrena de Fournier é uma fasciite necrosante sinérgica do períneo e parede abdominal, que tem origem no escroto e pênis, no homem, e vulva e virilha, na mulher. O processo inicialmente foi descrito como idiopático, mas atualmente sabe-se que se trata de grave afecção causada por bactérias Gram positivas, Gram negativas ou anaeróbios, que pode levar a comprometimento sistêmico importante e, eventualmente, morte. Método: Foi realizado estudo retrospectivo, baseado na análise de prontuários médicos de 23 pacientes portadores de síndrome de Fournier, no período de janeiro de 2006 a janeiro de 2016. O tratamento dos pacientes incluiu intervenção precoce, com antibioticoterapia de largo espectro e desbridamentos consecutivos. O procedimento terapêutico empregado para a reconstrução variou desde a aproximação das bordas com sutura simples até uso de retalhos e enxertos, nas lesões extensas. Resultados: As técnicas de reparação cutânea foram eficientes e a reparação escrotal foi também efetiva em todos os casos, obtendo-se bons resultados estéticos. Houve 3 (13%) óbitos, 2 deles em pacientes com doenças pregressas e portadores de comorbidades. Conclusões: Apesar da reconhecida gravidade da Síndrome de Fournier, as medidas terapêuticas adotadas, como rápida intervenção, desbridamento precoce e antibioticoterapia de amplo espectro, juntamente com abordagem multidisciplinar, demonstraram-se bastante eficazes no controle da doença, permitindo reconstrução cirúrgica das áreas atingidas, com baixa mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Gangrena de Fournier | Fasciite necrosante | Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1535

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EXPANSORES TECIDUAIS NO TRATAMENTO DE SEQUELAS DE QUEIMADURAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL LUNARDI ARANHA (FCMS/JF), GABRIEL VICTOR DORNELAS (FCMS/JF), LAURA DORNELAS CORRÊA (FCMS/JF), MATHEUS CASTELO PRUDENTE (FCMS/JF), FELIPE DE ABREU RODRIGUES (FCMS/JF), RICARDO CORRÊA FÁVERO JUNIOR (FCMS/JF), GABRIEL ANTÔNIO DE SOUZA MUNIZ (FCMS/JF), MARILHO TADEU DORNELAS (HU/UFJF)

RESUMO: **INTRODUÇÃO** A incidência de queimaduras é de grande relevância estimando-se que ocorram 1.000.000 acidentes/ano no Brasil. A gravidade das sequelas das queimaduras são importantes no planejamento e no pós operatório tardio das mesmas. A abordagem dessas sequelas visa diminuir o prejuízo funcional, psicológico e social de suas vítimas.**OBJETIVO** Apresentar resultados de expansores de tecidos como possibilidade de reconstrução com tecidos regionais, portanto, com semelhança de cor e textura, sem adição de novas cicatrizes de áreas doadoras, oferecendo resultados superiores àqueles obtidos com enxertos cutâneos e retalhos à distância.**MÉTODOS** Avaliação de seis pacientes submetidos à cirurgia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora no ano de 2015/2016, portadores de sequelas cicatriciais extensas causadas por queimadura.**RESULTADOS** Em cinco pacientes a expansão tecidual ocorreu de forma satisfatória, com volume máximo atingido e boa cobertura de cicatriz.

CONCLUSÃO A utilização dos expansores teciduais como tratamento das sequelas de queimaduras é um importante recurso terapêutico, com técnica operatória factível, porém, com necessidade de acompanhamento rigoroso e expansões semanais, além de adesão por parte do paciente da sequência terapêutica. O uso dos expansores teciduais visa diminuir as grandes cicatrizes com avanço de pele regional, melhorando de forma significativa o aspecto das lesões e, principalmente, melhorando a qualidade de vida do paciente tanto funcionalmente como em sua imagem corporal.**REFERÊNCIAS**1- Bozkurt A, Groger A, O`Dey D, Vogeler F, Piatkowski A, Fuchs PCh, et al. Retrospective analysis of tissue expansion in reconstructive burn surgery: evaluation of complication rates. Burns. 2014;34(8):1113-8.2- Manders EK et al. Soft tissue expansion: concepts and complications. Plast Reconstruc Surg, 2015; 74:495-507.

PALAVRAS-CHAVES: Grandes queimados | Cirurgia reparadora | Cirurgia Plástica

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1556

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE HANHART: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ÁLVARO JÚLIO DE ANDRADE SÁ (CIRURGIÃO PLÁSTICO DO PROGRAMA DE TRATAMENTO DE FISSURADOS DO AMAZONAS), EMANOEL NASCIMENTO COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), LUANY VIANA MEDEIROS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO NORTE), GABRIELE SILVA MARINHO (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), JESSICA CORREIA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), PEDRO HENRIQUE DA SILVA GOMES (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), TIAGO WAGNER DA SILVA PORTELA (UNIVERSIDADE NILTON LINS)

RESUMO: Introdução Hanhart ou Aglossia-Adactilia é uma síndrome congênita de etiologia desconhecida que se caracteriza por deficiente desenvolvimento dos membros com dedos hipoplásicos, oligodactilia e sindactilia, micrognatia, microglossia¹ e, por vezes, trismo². Pertence a um conjunto de doenças conhecidas atualmente como síndromes da hipogenesia do arco oromandibular, relativamente raras (1/175,000 nascidos)³. O objetivo deste estudo é a descrição do caso de um garoto de 6 anos portador da síndrome com clássica expressão patológica. Relato de Caso Paciente RNL 6 anos do sexo masculino, morador da cidade de Manaus/Amazonas, estudante é o quinto filho de uma mãe usuária de drogas, tabagista e etilista, diagnosticada com sífilis durante a gestação, nascido a termo com 40 semanas de parto normal em casa, acompanhado de uma gravidez sem acompanhamento médico. Não apresenta déficit cognitivo, com desenvolvimento normal, tendo em vista a suas condições congênicas, nega doenças da primeira infância, assim como outra comorbidade associada, realizou uma cirurgia para correção de sindactilia. Diagnosticado aos dois meses de idade com aglossia congênita. Ao exame da cavidade oral, observou-se micrognatia, ausência dos dentes decíduos, previamente extraídos decorrente a cáries, presença do 1º molar permanente e aglossia. Apresentando focomelia de antebraço esquerdo e da parte média inferior da perna esquerda, possui sindactilia do 2º ao 4º quirodáctilo da mão direita, e má formação da região do pé direito, no qual apresenta apenas o 5º metatarso e duas falanges que suportam o 4º e 5º pododáctilo. Sem quaisquer outras anormalidades, apresenta ótimo desenvolvimento cognitivo. Conclusão Visto o conjunto das comorbidades associadas a síndrome de Hanhart, é necessário o acompanhamento multidisciplinar como fisioterapeuta, fonoaudiologias, cirurgiões dentre outros profissionais para minimizar os seus agravos, além de buscar o melhor enquadramento social para o paciente. 1. Costa, M. F. e, Dicionário de Termos Médicos. 8ª Edição. Porto, Portugal. Porto Editora, 2014. 2. Shires, P. M. and Chow, G. (2015), Trismus in the paediatric population. Dev Med Child Neurol, 57: 339-343. 2015. 3. Gupta, S. R. ?Isolated Aglossia Congenita: A Rare Case of Oromandibular Limb Hypogenesis Syndrome Type I B.? Journal of Oral and Maxillofacial Pathology?: JOMFP 16.3: 414-419. 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Hanhart | Aglossia-adactilia | Malformações dos membros

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1620

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Comparação da taxa de reconstrução mamária pós-mastectomia entre um hospital privado do sul do Brasil e o sistema público de saúde brasileiro.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISABEL CRIVELATTI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS)), ANA PAULA AFFONSO GOMES (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO DE PORTO ALEGRE), BRUNO BOLZON LAUDA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS)), RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS)), MAIRA CALEFFI (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO DE PORTO ALEGRE)

RESUMO: Introdução: A mastectomia (MTC) é uma abordagem cirúrgica mutilante, que gera um impacto psicológico na paciente. Por isso, há indicação de reconstrução mamária (RM) no mesmo tempo cirúrgico (imediate) ao da MTC ou, como segunda opção, em tempo diferente (tardia). A RM tornou-se lei em 2013, no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. No sistema público de saúde britânico foi publicado que há uma média de 3 MTC para 1 RM em 2008. No SUS brasileiro, no mesmo período, essa relação foi de 6 MTC para 1 RM. Idealmente, toda MTC deve ser seguida de RM, salvo situações em que a paciente é impossibilitada de realizá-la. Ainda que uma relação de 1:1 seja incompatível com a prática, pode-se considerar como um bom indicador para avaliar um serviço de saúde o quão perto de 1 essa relação se encontra. O objetivo dessa análise é comparar essa relação entre um hospital privado com o SUS brasileiros. Métodos: Foram analisadas variáveis como tipo de cirurgia e de RM (tardia e imediata) em populações tratadas em diferentes sistemas do país: um público e outro privado. Como centro público de saúde, foram usados dados de uma análise feita da população tratada no SUS entre os anos de 2008 e 2014 (Freitas-Júnior et al J Surg Oncol 2017). Como centro privado de saúde, os dados foram coletados do prontuário eletrônico de 558 pacientes tratadas no mesmo período em um hospital privado do sul do país. A análise dos dados foi feita com base na porcentagem dos dados de ambas as populações. Resultados: Verifica-se uma disparidade significativa entre o sistema público e o privado na relação MTC e RM. O SUS aparece com 7,5% e 14,3% das MTCs recebendo RM imediata e tardia, respectivamente. Já o hospital privado com 58% e 15,6%. O SUS teve 21,8% das MTCs recebendo algum tipo de RM, enquanto o hospital privado, 73,6% (p Conclusão: Apesar do aumento na oferta de RM às pacientes submetidas à MTC no Brasil, esses números ainda demonstram que a população em geral tem menos acesso. Além disso, a RM tardia aparece como principal forma de reconstrução no SUS. Entre outras explicações, pode-se citar o fato de as pacientes levarem mais tempo entre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico, o que lhes reserva um diagnóstico mais avançado, optando-se pela reconstrução tardia. Por isso, não só a lei dos 60 dias, que garante acesso ao tratamento num período máximo de 60 dias após o diagnóstico, quanto a atual lei da RM precisam ter sua execução fiscalizada.

PALAVRAS-CHAVES: reconstrução mamária |SUS| mastectomia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1651

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME PARRY-ROMBERG: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA LUIZA CAVALHEIRO (PUC-SP), ISABELA SANTAS DE MIRANDA (PUC-SP), HUGO SEQUEIRA (HOSPITAL DE BRAGA)

RESUMO: SÍNDROME PARRY-ROMBERG: RELATO DE CASO A síndrome de Parry-Romberg, descrita inicialmente em 1825 por Parry e em 1846 por Romberg, é caracterizada por uma hemiatrofia facial lenta e progressiva sem etiologia totalmente conhecida. Desenvolve-se comumente nas primeiras duas décadas de vida, predominantemente no sexo feminino e acometendo o lado esquerdo. O objetivo deste estudo é relatar um caso de Parry-Romberg, que já passou por terapêuticas clínicas e cirúrgicas, com lipoenxertia autóloga, e vem apresentando um resultado positivo, com melhora evidente em seu aspecto estético. Além de discutir aspectos clínicos, etiológicas, fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos da patologia em questão. Por ser uma doença degenerativa rara e de etiologias ainda desconhecidas, é de muita importância o relato de casos para caracterizar ainda melhor as manifestações e evoluções da mesma. Foi realizado um relato de caso de uma paciente do sexo feminino, de 11 anos de idade, natural e procedente de Braga-Portugal, que foi encaminhada ao serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Braga em setembro de 2015. A paciente apresentava uma hemiatrofia grave com interferência significativamente em sua vida social. Se faz essencial e necessário o acompanhamento multidisciplinar de pacientes portadores da síndrome Parry-Romberg, com o objetivo de promover uma melhora na qualidade de vida destes, e assim deixar que a patologia cause menos impacto sobre o indivíduo portador.

PALAVRAS-CHAVES: parry romberg | hemiatrofia facial | lipoenxertia autóloga

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1671

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Invasão de órbita e periósteo por Carcinoma Basocelular: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISABELA SANTAS DE MIRANDA (PUCSP), ANA LUIZA CAVALHEIRO (PUCSP), FERNANDA FRUET (PUCSP), DECIO LUIS PORTELLA (PUCSP)

RESUMO: O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna com maior incidência na atualidade e dentre os tumores cutâneos, corresponde a aproximadamente 75% dos casos. Possui maior incidência em pessoas do sexo masculino, de idade superior a 40 anos e com história de exposição solar frequente e repetitiva, sem uso de proteção solar. O CBC privilegia áreas fotoexpostas do tegumento. Localiza-se em aproximadamente 80% dos casos na face e região cervical, embora já tenha sido descrito, eventualmente, nas regiões genital, nas axilas, na cicatriz umbilical, no couro cabeludo, nas mucosas e outras (CHINEM, 2011, p.297). É um tumor de baixo grau de malignidade, com capacidade de invasão local, destruição tecidual, recidivante e com limitado poder de metastatização (MANTESE, 2006, p.137). Como esta neoplasia raramente cursa com metástases, sua morbidade está principalmente associada a invasão tecidual associada. Como na maioria dos casos, o tumor encontra-se em face, o CBC pode provocar deformações faciais em pacientes portadores desta malignidade. Além do fator estético, a invasão tecidual pode acometer estruturas com funções importantes, como o ocorrido neste relato de caso. Paciente F.Q.F, de 72 anos, deu entrada em nossos serviços com lesão ulcerativa em face de aproximadamente 3 cm de diâmetro, já com intervenção cirúrgica prévia há um ano em cidade de origem. Entretanto o resultado do estudo anátomo patológico da primeira intervenção demonstrou margens comprometidas de subtipo esclerodermiforme, e não foi realizada nova abordagem cirúrgica, apenas realização de radioterapia adjacente, sem melhora do quadro. Na tomografia computadorizada, realizada já em nossos serviços, foi evidenciada invasão de olho direito e de osso zigomático. Programada abordagem cirúrgica, na qual foi realizada ressecção crânio facial associada a exenteração orbitária e reconstrução de zigoma com tela de marlex e cimento ósseo. Por fim, foi rodado um retalho têmporo-facial. O retalho têmporofrontal (RTF) é por definição um retalho miocutâneo pediculado, fundamentalmente irrigado pela artéria temporal superficial, ramo da artéria carótida externa. Com o resultado do exame anátomo-patológico, realizado após a segunda intervenção, foi laudado um carcinoma basocelular esclerodermiforme com margens livres e paciente mantém-se em acompanhamento com a unidade de cirurgia de cabeça e pescoço do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, livre de doença e com demonstrando um excelente resultado estético.

PALAVRAS-CHAVES: CARCINOMA BASOCELULAR | EXANTERAÇÃO ORBITÁRIA | NEOPLASIAS CUTÂNEAS

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1694

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Avaliação do Perfil Epidemiológico e Taxa de Mortalidade dos Pacientes Vítimas de Queimadura Internados na Unidade de Alta Complexidade do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Geral do Estado-Bahia: Estudo Preliminar.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS VIANA DA SILVA BARROSO (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), NILMAR GALDINO BANDEIRA (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), OSVALDO FERREIRA DE JESUS (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), PAULO PLESSIM DE ALMEIDA FILHO (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), TAMYRES SOUZA BARROS (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), ADSON ANDRADE DE FIGUEREDO (HOSPITAL GERAL DO ESTADO)

RESUMO: Objetivo: Estabelecer o perfil epidemiológico dos pacientes da unidade e verificar a taxa de mortalidade no período estudado. Metodologia: Trata-se de um estudo clínico transversal em pacientes admitidos na unidade de alta complexidade do hospital de referência no tratamento de vítimas de queimaduras do Estado da Bahia no período de 14/10/2016 a 04/02/2017. Serão incluídos no estudo vítimas de queimaduras admitidos no serviço. A coleta de dados clínicos será feita mediante dados obtidos do protocolo já estabelecido no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral do Estado. Serão estudados: idade, sexo, tempo de internamento agente causal da queimadura, divididos em lesão por chama direta, combustíveis, escaldadura, químicos, elétrica e explosão, superfície corpórea queimada (calculada pela tabela de Lund. E Browder) e índice de mortalidade. Resultados: Foram internados 36 pacientes na unidade no período. A idade mínima foi de 15 anos e a máxima de 76, média de 41,02 anos. Sexo masculino correspondeu a 55,5% dos pacientes e feminino a 44,5%. O tempo de internamento variou de 01 a 25 dias, media de 10,10 dias. Em relação ao agente causal: 34,28% decorrente de chama direta, 31,42% por combustíveis, 11,45% elétrica, 8,57% agentes químicos, 8,57% por explosão e 5,71% por escaldadura. A superfície corpórea queimada variou de 2 a 90%, media de 33,48%. O índice de mortalidade foi de 27,77%. Conclusão: A unidade conta com 4 leitos, possuindo um alta rotatividade e resolutividade como se observa pela media de dias de internamento (10,10) e quantidade de pacientes internados no período em relação ao total de leitos (36). A predominância de pacientes do sexo masculino está de acordo com a literatura mundial e a taxa de mortalidade um pouco abaixo da literatura¹. Acreditamos justificada pelo pouco tempo de funcionamento do serviço. Com o tempo e aumento do N de pacientes ela deve se igualar as taxas da literatura. Bibliografia: 1-Pavoni V, Giancesello L, Paparella L, Buoninsegni LT, Barboni E. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2010;18:24. doi:10.1186/1757-7241-18-24; 2-Souza AA, Mattar CA, Almeida PCC, Faiwchow L, Fernandes FS, A Neto EC, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. *Rev Bras Queimaduras*. 2009;8(3):87-90.

PALAVRAS-CHAVES: queimaduras|epidemiologia|unidade de alta complexidade

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1703

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Avaliação do lactato como preditor de mortalidade em pacientes vítimas de queimadura internados na Unidade de Alta Complexidade do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Geral do Estado-Bahia: Estudo Preliminar.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS VIANA DA SILVA BARROSO (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), ADSON ANDRADE DE FIGUEREDO (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), NILMAR GALDINO BANDEIRA (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), OSVALDO FERREIRA DE JESUS (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), PAULO PLESSIM DE ALMEIDA FILHO (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), TAMYRES SOUZA BARROS (HOSPITAL GERAL DO ESTADO)

RESUMO: Objetivo: verificar a correlação existente entre os níveis séricos de lactato e as taxas de mortalidade dos pacientes vítimas de queimadura na unidade de alta complexidade do centro de tratamento de queimados do hospital geral do estado. Metodologia: Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva em pacientes admitidos na unidade de alta complexidade do hospital de referência no tratamento de vítimas de queimaduras do Estado da Bahia no período de 14/10/2016 a 04/02/2017. Serão incluídos no estudo: indivíduos vítimas de queimaduras admitidos no serviço supracitado. A coleta de dados clínicos será feita mediante dados obtidos do protocolo já estabelecido no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral do Estado (HGE) para o atendimento inicial aos pacientes vítimas de queimaduras e pelo registro laboratorial diário. Baseado no lactato inicial os pacientes foram distribuídos em dois grupos: Grupo A (pacientes com lactato 2mmol/L). Foi verificada a taxa de mortalidade dos dois grupos assim como a superfície corporal queimada média dos grupos. Resultados: Foram estudados um total de 32 pacientes internados na Unidade de Alta Complexidade. O grupo A foi composto por 14 pacientes correspondente a 45,16% do total e o grupo B 18 pacientes, 54,84%. A taxa de mortalidade do grupo A foi de 7,14% e do grupo B de 50%. A superfície corporal queimada no grupo A variou de 6 a 40%, média de 19,17% e no grupo B variou de 2 a 90%, média de 43,77%. Conclusão: A dosagem de lactato mostrou-se com alta sensibilidade (90%) e Valor Preditivo Negativo (92%), enquanto a acurácia do exame foi de 68% e valor preditivo positivo de 50%. O Risco Relativo foi de 7,14 para os pacientes com lactato >2mmol/L. Demonstra-se com o estudo a importância do lactato sérico como fator preditor de mortalidade no atendimento inicial de pacientes queimados. Com a ampliação da amostra, esperamos ratificar estes dados e novos estudos são necessários para validar o lactato como fator preditor de mortalidade em pacientes queimados. Bibliografia: Kamolz L, Andel H, Schramm W, Meissl G, Herndon D, Frey M. Lactate: Early predictor of morbidity and mortality in patients with severe burns. Burns. 2005;31(8):986-990. Cochran A, Edelman L, Saffle J, Morris S. The Relationship of Serum Lactate and Base Deficit in Burn Patients to Mortality. Journal of Burn Care & Research. 2007;28(2):231-240.

PALAVRAS-CHAVES: queimaduras|lactato|preditor

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1706

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Mastite Puerperal: um relato de caso com mastectomia e reconstrução mamária

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO MARINO (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA), ISABELA FERNANDES ROSSI (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA), HELENA GOULART GOMES MONTEIRO (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA), MARIA CLARA FERREIRA NONATO ROMANIA (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA), DEBORA ALVES PINTO (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA), LETICIA SANCHES OEZAU (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA), CARLA DE FREITAS (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA), ANA CAROLINA SIQUEIRA (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - UNIARA)

RESUMO: OBJETIVOS: Relatar o processo de reconstrução mamária paciente submetida a mastectomia total (MT) após quadro de mastite puerperal (MP) complicada. METODOLOGIA: Revisão de prontuário e bibliográfica, anamnese e registro fotográfico. RESULTADOS: Puérpera, 23 anos, previamente hígida, iniciou uma semana após parto com febre, dor, edema e hiperemia em mama direita (MD). Internada com diagnóstico de MP, para suporte clínico e antibioticoterapia. Irresponsiva ao tratamento inicial, evoluiu com formação de abscesso mamário. Submetida a drenagens sucessivas e terapia em câmara hiperbárica, também sem sucesso, evoluiu com piora do estado geral e necrose do tecido mamário e muscular subjacente. Sob o risco de sepse e acometimento contralateral (CL), foi realizada MT. Dois anos após, foi encaminhada para serviço de cirurgia plástica e após avaliação, foi programada reconstrução mamária em três tempos. Primeiramente, colocou-se expensor de pele em região peitoral direita com válvula locada lateralmente, associado a mamoplastia redutora a esquerda para a simetrização entre as mamas. Realizou-se expansão volumétrica semanal, com soro fisiológico, até 600 ml. O segundo tempo, se constituiu na remoção do expensor com capsulectomia e a colocação da prótese permanente em MD associada a simetrização final. Na última cirurgia, realizou-se a correção estética de cicatrizes e a confecção do complexo aréolo-papilar. Considerando a gravidade do caso e a situação do local do sítio cirúrgico, como escassez de pele e tecido subcutâneo, o resultado obtido foi muito satisfatório, alcançando o reestabelecimento anatômico e psicológico da paciente. CONCLUSÃO: Mastectomia como tratamento para MP é considerada conduta de exceção e é rara sua descrição como opção terapêutica para esta condição. A escolha da técnica de reconstrução mamária, depende da mastectomia realizada e deve sempre considerar tratamentos adjuvantes, situação local e presença de comorbidades. No presente caso, considerando os itens acima e tratando-se de uma indicação de reconstrução mamária por causa rara de MT, foi proposta a reconstrução em três tempos, o que possibilitou uma satisfatória adaptação entre mama reconstruída e a CL, assim como seu resultado estético.

PALAVRAS-CHAVES: mastite puerperal | reconstrução mamária | puerperal mastitis

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1712

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Retalho de transposição em região malar para tratamento de neoplasia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDUARDO VIEIRA DO NASCIMENTO DE LUCENA (FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS), INGRID JANINE GOMES VIEIRA DE ALMEIDA (FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS), RAVELLY MAIA CUNHA (FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS), MONISE AMÉLIA MARTINS DE OLIVEIRA ALENCAR (FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS), MAYRA CORREIA AZEVEDO (FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS), KLEITON HALLYSSON DA SILVEIRA PINTO (FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS), ROSIMAR DE LIMA LUCENA (FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS), BÁRBARA BERNADETE DE OLIVEIRA BRITO (FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS)

RESUMO: Introdução: O carcinoma basocelular (CBC) é o tumor maligno mais frequente em seres humanos, correspondendo a 30% de todos os tumores malignos existentes no Brasil, de acordo com registros do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Apesar da sua alta frequência e malignidade, apresenta baixas taxas de metástase e é curável por meio de tratamento cirúrgico realizado em único tempo. A maioria dos carcinomas basocelulares aparecem na região facial, com crescimento lento e sem motivação aparente. Porém peles claras e alta exposição solar se caracterizam como fatores de risco. Quando a localização é na região facial a reconstrução requer maiores cuidados no sentido estético e de preservação de estruturas anatômicas importantes. O retalho de transposição é a melhor escolha por se tratar de uma técnica linear, que mantém exatamente as características da pele da área doadora e não têm contração, conferindo assim melhor resultado estético e funcional. Requer maior exigência técnica e minucioso planejamento do procedimento e conhecimento dos vetores de pressão a fim de evitar distorção das estruturas faciais. Relato de caso: Paciente de 60 anos, branco, masculino, agricultor, com exposição solar crônica e histórico de tumor prévio em olho esquerdo e posterior enucleação. Encaminhado para avaliação de lesão em região malar esquerda. Evidenciou-se na dermatoscopia lesão compatível com carcinoma basocelular devido a presença de telangiectasia arboriforme. O paciente então foi submetido à exérese com margens de 5mm da lesão e reconstrução feita com retalho de transposição sendo boa opção para reconstrução malar. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de carcinoma basocelular. Conclusão: A reconstrução por meio do retalho de transposição apresentou desfechos estéticos e funcionais bastante favoráveis. O paciente vem sendo acompanhado periodicamente, não teve complicações e, até a última consulta, não havia qualquer sinal de recidiva.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma basocelular | Neoplasias cutâneas | Retalho de transposição

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1738

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Curativo de Pressão Negativa no Tratamento de Ferida Traumática de Alta Complexidade

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ MAURÍCIO CALDEIRA FILHO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), GUILHERME DE OLIVEIRA CUCOLICCHIO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), LUCIANA APARECIDA MASCHIO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), CARLOS EDUARDO GRASSI MAZZETTO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSE DO RIO PRETO), MARIA FERNANDA MARTINELLI TRABULSI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), KLEBER NUNO DE SOUZA OLIVEIRA NETO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), ANDREIA AUGUSTA FURUKAWA OKUDA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: Introdução: O uso do curativo sob pressão negativa tem sido amplamente utilizado em todo o mundo como opção de tratamento em feridas complexas. São diversos os mecanismos de ação da pressão negativa utilizada no auxílio da evolução da ferida como: redução do edema local, aproximação das bordas da ferida, melhora do fluxo sanguíneo, remoção do exsudato local e otimização na redução da colonização bacteriana. Existem estudos na literatura que correlacionam o uso do curativo a pressão negativa a diminuição da morbidade dos pacientes tendo a otimização no tempo de evolução como um dos principais fatores. Relato de Caso: Paciente I.D.S., 30 anos, sexo feminino, deu entrada no pronto-socorro vítima de atropelamento encaminhada pelo SAMU com colar e prancha. Apresentava ferimento extenso com perda de substância em região glútea e acometimento de região anal. Foi submetida a abordagem cirúrgica para reconstrução de glúteo com rotação de retalho e pontos de ancoragem para sustentação, reconstrução da musculatura de esfíncter anal mais assoalho pélvico e colostomia. Paciente admitida em UTI no POI, aonde permaneceu em uso de Meronem e Vancomicina. A ferida operatória evoluiu com necrose de bordas, sendo realizado curativo local com papaína 10% até fase de delimitação de área necrótica por 4 dias, e realizado debridamento local com instalação de curativo com espuma estéril e vácuo sob pressão negativa. A paciente permaneceu com curativo a vácuo por 31 dias com troca do mesmo a cada 4 dias. E após esse período foi submetida a enxerto cutâneo local com alta hospital após 47 dias de internação. Conclusão: Esse relato de caso tem como objetivo evidenciar a utilização do curativo sob pressão negativa e sua otimização no tempo de evolução de feridas extensas com perda de substância como terapia de escolha, assegurando assim uma melhor integração do enxerto de pele. Os resultados obtidos foram satisfatórios, diminuindo a morbidade, o tempo de cicatrização dessas lesões e o tempo de internação hospitalar.

PALAVRAS-CHAVES: Curativo Pressão Negativa | Ferida Operatória | Vácuo, pressão subatmosférica

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1806

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O USO DO RETALHO GLABELAR ESTENDIDO PARA A RECONSTRUÇÃO DE DORSO NASAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLARISSA MENEZES MONTEIRO (DISCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), LORENA DOS SANTOS SÁ (DISCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), EMANOELA DA SILVA GONÇALVES (DISCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), MARIANA RÊGO FREITAS (DISCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (DISCENTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE ALAGOAS), ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR (DOCENTE DA UNIVERSIDADE DE CIENCIAS DA SAUDE DE ALAGOAS. MEDICO CIRURGIÃO GERAL), ANNA CRISTINA DE FREITAS COELHO BARROS LIMA (DOCENTE DO CENTRO UNIVERSITARIO TIRADENTES. MÉDICA CIRURGIÃ PLÁSTICA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Os tumores malignos de pele não-melanoma são o tipo de câncer de maior incidência e de igual prevalência entre homens e mulheres. O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer de pele mais comum, sendo responsável por, aproximadamente, 70 a 75% dos casos. Caracteriza-se por seu alto grau de malignidade, capacidade de invasão local, destruição tecidual, recorrência e limitado poder de metastatização. Possui maior incidência na face devido sua constante exposição ao sol. Para as áreas anatomicamente comprometidas por esse tipo de carcinoma, opta-se por diferentes tipos de abordagens para a reconstrução, dentre elas, destaca-se os retalhos por oferecerem um melhor resultado estético.**RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 70 anos, feoderma, sem comorbidades, apresentava lesão pigmentada, com bordas irregulares e infiltrativas no centro do dorso nasal. A cirurgia foi realizada há 1 ano e dois meses objetivando a exérese da lesão. No início do procedimento, a área da ressecção tumoral foi demarcada com azul de metileno, seguida de anestesia local com xilocaína 2%. Para a reconstrução da área abordada optou-se pelo uso do retalho glabelar estendido, também conhecido como retalho heminasal, uma vez que a pele dessa região apresenta mobilidade limitada. Este retalho permite que as características teciduais locais sejam preservadas, pois os tecidos utilizados na reconstrução têm as mesmas características. Retirou-se a lesão, respeitando-se as margens de segurança preconizadas pela literatura. A demarcação do retalho foi iniciada pela área de ressecção, estendendo-se superiormente em direção a região glabelar, formando-se um triângulo de base vertical. Cabe ressaltar que a incisão lateral é realizada ao longo da junção da parede nasal lateral com o dorso, possibilitando o recrutamento de pele apenas do ápice nasal e da região glabelar. A pele é elevada completamente em direção ao pedículo, seguido de um movimento de rotação inferior em direção à área do defeito objetivando sua cobertura.**CONCLUSÃO:** Existem inúmeras opções disponíveis para a reconstrução pós-retirada de tumores da região nasal. Através da utilização de um retalho do tipo glabelar estendido, a paciente evoluiu com bom resultado estético e funcional da área abordada. Além disso, conferiu uma boa semelhança na textura e coloração da pele transposta, resultando em uma melhora expressiva da região tratada.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA PLÁSTICA|RETALHO GLABELAR|DORSO NASAL

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1848

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uso de curativos seriados por Terapia de Pressão Negativa (TPN) em ferimento de alta complexidade: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEX DE ALBUQUERQUE LINS BARBOSA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), DOUGLAS JORGE (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), FELIPE LACERDA BARBOSA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), PAULA AUGUSTA LUIZ ALMEIDA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), RAPHAEL TAHA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), DANIELLE DE CARVALHO MANTOVANI (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), RODRIGO BARBOSA NOVAIS (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Apesar dos enormes avanços no tratamento de feridas de alta complexidade, ainda é desafiador conseguir bons resultados na cicatrização de lesões agudas e crônicas. O uso de curativos de pressão negativa permite uma mais rápida e eficiente cicatrização desses tipos de ferida, reduzindo o tempo de internação dos pacientes. O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência com uso do método ?a vácuo? através do relato de caso de um paciente com Eumicetoma no dorso. Lesões causadas por fungos que comprometem a pele e partes moles mais profundas, geralmente nos pés, com evolução lenta formando trajetos fistulosos. A.M.M, 18 anos, sexo masculino, morador de zona rural do nordeste brasileiro, com lesão infiltrativa no dorso diagnosticada com eumicetoma demaceo. Anteriormente, havia sido submetido a tratamentos clínicos com antifúngicos, sem sucesso, durante dois anos. Encaminhado ao ambulatório da Cirurgia Plástica do nosso serviço, chegou com doença localmente avançada, acometendo toda a região lombar. A Ressonância Nuclear Magnética mostrou acometimento do plano subcutâneo e estabelece contato com a fáscia muscular paravertebral, sem evidência de comprometimento sub fascial. O tratamento cirúrgico consistiu de exérese de toda lesão com margens de ressecção cutânea laterais amplas e margem profunda incluindo a fáscia muscular. No pós-operatório (PO), foram feitos curativos com pressão negativa de 125-200mmHg, com trocas a cada 72horas, em média. O curativo V.A.C Therapy™ ou marcas correlatas estão geralmente indisponíveis em grande parte dos hospitais públicos. Os curativos foram realizados até o 28ºPO. A ferida apresentou excelente evolução cicatricial e foi enxertada no 29ºPO, com 100% de integração. Através da diminuição do edema, favorecimento do aumento do fluxo sanguíneo, remoção contínua de exsudatos da ferida, aumento do clearance bacteriano, aceleração da formação do tecido de granulação, atração centripeta das bordas da ferida e menor número de trocas de curativo. É importante lembrar que a TPN está contraindicada em algumas situações como por exemplo: fístulas de alto débito, sangramento ativos, tecidos necróticos e osteomielite não tratada. Dessa forma, a TPN neste caso foi útil ao ter possibilitado uma observação direta da evolução favorável da ferida, sem aparente evidência de lesão remanescente, dando maior conforto ao doente sem a necessidade de trocas frequentes do material e de ter propiciado uma condição favorável a reparação da ferida.

PALAVRAS-CHAVES: Terapia de Pressão Negativa (TPN) | Eumicetoma demaceo | V.A.C Therapy

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1857

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DESMOIDE NA PAREDE ABDOMINAL APÓS ABDOMINOPLASTIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA CUNHA DA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), LUCAS DE DEUS SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), JOÃO LISBOA DE FLORES NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), ALANA SOARES NOGUEIRA DE CASTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), MARIANA PIMENTEL LOPES (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ), SABAS CARLOS VIEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), DAVIS OLIVEIRA BARBOSA (CIRURGIÃO ESPECIALISTA), SIMONE CARVALHO FONTENELE GRAMOZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ)

RESUMO: INTRODUÇÃO tumor desmoide é uma doença rara e corresponde a 0,03% de todas as neoplasias. Surge a partir de células-tronco mesenquimais e proliferação de fibroblastos dos tecidos músculo-aponeuróticos. É mais diagnosticado em mulheres entre 20 e 40 anos. RELATO DE CASO Paciente do sexo feminino, 50 anos, previamente hígida, procurou o Serviço de Cirurgia Plástica em julho de 2005 com queixa de abaulamento epigástrico após abdominoplastia realizada em 2004, foi então realizada outra abdominoplastia. No 5º mês PO da segunda cirurgia, a paciente referia abaulamento epigástrico. Ao exame físico: área de endurecimento subcutâneo indolor. Ultrassonografia da parede abdominal mostrou imagem hipoecóica subcutânea. A paciente foi submetida a lipoaspiração localizada na região epigástrica em agosto de 2006. Após quarenta e cinco dias observou-se novo crescimento tumoral na região epigástrica, desta vez com retração na pele. Levantou-se a hipótese de neoplasia e realizou-se biópsia incisional da lesão em outubro de 2006. O diagnóstico histológico foi de tumor desmoide. Realizou-se tomografia computadorizada (TC) abdominal que detectou lesão inflamatória envolvendo o músculo reto abdominal sem envolvimento do peritônio parietal na região epigástrica medindo 10x15 cm. Radiografia de tórax, TC de coluna torácica e antígeno carcinoembrionário (CEA) normais. Realizou-se ressecção ampla com reconstrução em dezembro de 2006, incluindo pele, subcutâneo, lâmina anterior da bainha do músculo reto abdominal e parte anterior do ventre do músculo reto. O estudo anatomopatológico confirmou a hipótese inicial, com margens cirúrgicas livres. Pós-operatório sem intercorrências. Atualmente encontra-se sem evidência de recidiva. CONCLUSÃO Apesar da raridade, o cirurgião plástico deve estar atento à possibilidade de ocorrência do desse tumor, pois este pode ocorrer após realização de cirurgia plástica na parede abdominal, devendo ser diferenciado de granulomas e processos inflamatórios. Deve-se recomendar a terapia cirúrgica, evitando o comprometimento visceral e a necessidade de operações extensas com grandes sequelas. BIBLIOGRAFIA 1. Choi SH, Lee JH, Seo BF, et al. Desmoid tumor of the rectus abdominis muscle in a postpartum patient. Arch Plast Surg. 2012;39:439-441 [PubMed] 2. Gabriel Djedovic, Ralph Verstappen, Gerhard Pierer, and Ulrich M. Rieger. Abdominoplasty Access for Desmoid Tumor Resection in the Rectus Abdominis Muscle. Arch Plast Surg; 40(4): 451-3, 2013 Jul. [MEDLINE]

PALAVRAS-CHAVES: Tumor desmóide | Abdominoplastia | Tumor de parede abdominal

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1931

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: CARCINOMA EPIDERMOIDE DE TRAQUEIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA RODRIGUES IZOLAN (HOSPITAL CIDADE PASSO FUNDO), CAROLINA BEIRITH (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO)

RESUMO: ResumoIntrodução: O carcinoma primário de traqueia é raro na literatura médica, sua incidência corresponde a 0,1 a cada 100,000 pacientes por ano. A doença apresenta prognóstico reservado pelo elevado número de casos subdiagnosticados. Relato de Caso: Apresentamos caso de paciente masculino, de 64 anos, com queixa de dispneia progressiva, diagnosticado com carcinoma epidermoide de terço média de traqueia. Realizado tratamento por ressecção tumoral cirúrgica por cervicotomia. Discussão: As neoplasias primárias de traqueia incluem em, aproximadamente, 65% dos casos carcinoma epidermoide de traqueia e o restante se deve ao adenoma cístico. O tratamento cirúrgico com ressecção e anastomose término-terminal oferece os melhores resultados e deve ser realizado sempre que possível, ou seja, quando não houver invasão de estruturas adjacentes e a ressecção compreender menos de 60% da extensão da traqueia. Conclusão: o tratamento cirúrgico de ressecção deve ser realizado sempre que possível e apresenta resultados satisfatórios em até 90% dos pacientes submetidos.

PALAVRAS-CHAVES: NEOPLASIA DE TRAQUEIA | CÂNCER DE TRAQUEIA | EPIDERMÓIDE DE TRAQUEIA

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1936

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reconstrução com múltiplos retalhos faciais após excisão de extenso Carcinoma Basocelular: Um relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDUARDA VIDAL ROLLEMBERG (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), JULIANA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), LIS ROCHA CAMPOS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), AUGUSTO GURGEL FARIA ARAÚJO (INSTITUTO DE CIRURGIA DO LAGO)

RESUMO: Introdução: O Carcinoma Basocelular (CBC) é o tipo mais comum de câncer de pele³. Dentre os subtipos do CBC, o esclerodermiforme é o de pior prognóstico e manifesta-se como placas atróficas de limites imprecisos com alta probabilidade de recidiva. O Tratamento padrão-ouro do CBC é a excisão cirúrgica com margens de segurança adequadas. A reconstrução após excisão cirúrgica é etapa fundamental devido aos danos causados pela ressecção do tumor. Relato do caso: P. A.P, 58 anos, submetido a ressecção de carcinoma basocelular há 10 anos em pálpebra inferior direita, referia tumoração no mesmo local de crescimento lento e progressivo há 6 anos, associado à lacrimejamento e eritema conjuntival. Ao exame, apresentava tumoração eritemato-escamosa, descamativa que compreendia toda pálpebra inferior direita (lamela posterior e anterior), região malar direita e dorso nasal. Foi submetido à cirurgia de ressecção de lesão com biópsia de congelação transoperatória que revelou margens cirúrgicas livres de neoplasia. Para a reconstrução da pálpebra inferior direita foi utilizado retalho miocutâneo monopediculado da pálpebra superior ipsilateral associado ao enxerto de cartilagem auricular para substituição do tarso ressecado. A região malar foi coberta com retalho de avanço após descolamento da pele pré-auricular e cervical. O retalho médio-frontal baseado na artéria supra-troclear foi utilizado para reconstrução da região nasal. A drenagem lacrimal foi refeita por meio de fratura do osso nasal e manutenção de uma sonda no pertuito por 7 dias para epitelizar o novo ducto lacrimal. O paciente se recuperou satisfatoriamente, sem complicações pós-operatórias. Realizou outras pequenas cirurgias para refinamentos. Apresenta-se, após 4 anos de acompanhamento, sem sinais de recidiva e resultado estético satisfatório. Conclusão: O CBC esclerodermiforme é um tumor agressivo que pode trazer graves acometimentos à área atingida. Para o tratamento eficaz, a ressecção deve ser ampla e o tratamento com retalhos deve ser executado preferencialmente após confirmação histopatológica de margens cirúrgicas livres. Diante de defeitos complexos na face envolvendo várias subunidades faciais, o tratamento abordado com diversos retalhos específicos para cada subunidade facial facilita o planejamento cirúrgico e apresenta resultados satisfatórios.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma basocelular | Retalho facial | Reconstrução pálpebral

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1943

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Sindactilia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BIANCA ZANETTE DE ALBUQUERQUE (PUCRS), RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL (PUCRS), CAROLINA MARQUEZIN GIACOMELLO (PUCRS), RAFAEL CANANI SOMMER (PUCRS), JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA (PUCRS)

RESUMO: Objetivo: Definir a técnica cirúrgica adequada para cada tipo de sindactilia, otimizando a função da mão, já que sindactilia é a mais comum das deformidades congênitas da mão, sendo bilateral em até 50% dos casos. Método: Este trabalho é baseado em livros, participações em conferências internacionais, experiência clínica dos autores e artigos selecionados no PubMed através da busca pelos termos [Syndactyly]AND[Surgery]. Resultados: A sindactilia é classificada como cutânea (simples) ou óssea, completa ou parcial, ou complicada (sindrômica). A mais frequente é a sindactilia cutânea (simples) completa. Cada tipo de sindactilia apresenta um tratamento específico, e frequentemente são necessários enxertos e retalhos. O tratamento cirúrgico busca um resultado cosmético e funcional de cada dedo e um sulco interdigital semelhante ao normal. Para sindactilia simples incompleta, utiliza-se o retalho em ilha vascularizado e sutura interdigital primária sem uso de enxertos. Sharma et al. descreveram uma técnica cirúrgica utilizando um retalho em forma V-Y interdigital. Após uma incisão interdigital longitudinal, remove-se gentilmente o subcutâneo, possibilitando, assim, o fechamento primário dos dedos. Entretanto, esta técnica confere uma cicatriz linear à linha central lateral do dígito que pode levar à contratura e deformidade do dedo e da unha ao longo do tempo. Nos casos de sindactilias complexas, a reconstrução da face lateral da ponta digital comprometida necessita geralmente de um retalho de polpa digital para a cobertura óssea. Shevtsov et al. descreveram uma técnica baseada separação gradual dos dedos e ossos metacarpais por meio de um fixador externo, a fim de permitir o crescimento dos tecidos moles interdigitais para subsequente cirurgia em Z-plastia, dispensando o uso de enxertos. Nos casos de sindactilias completas e/ou complexas, preconiza-se o uso de enxerto de pele completa. A cirurgia utiliza um retalho dorsal vascularizado triangular, quadrangular ou pentagonal e incisão interdigital em Z-plastia. Nos casos em que uma boa cobertura lateral ao sulco ungueal é necessária, utiliza-se o retalho de Buck-Gramcko, que dá origem a dois retalhos em cada polpa digital que servirão para cobrir ambos os defeitos. Conclusões: Os procedimentos cirúrgicos descritos dependem de cada tipo de sindactilia. Geralmente, são utilizados retalhos vascularizados dorsais, incisões em Z-plastia interdigitais e enxertos de pele de espessura completa.

PALAVRAS-CHAVES: Sindactilia | Cirurgia da mão | Cirurgia reparadora

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1952

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Versatilidade do Retalho Sural de Fluxo Reverso no Tratamento de Lesões Extensas no 1/3 distal da Perna

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JAMILLY ALVES PADILHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), FABIEL SPANI VENDRAMIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), FLAVIO BRAYNER RAMALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), EWERTON ARRUDA TAVARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: há poucas opções de retalhos para tratamento da região distal da perna. O retalho sural de fluxo reverso é uma delas, porém com dimensões limitadas. A possibilidade de ser utilizado duas vezes, por divisão em planos, proporciona vantagem. CASO CLÍNICO: Paciente EAC, 22 anos, vítima de acidente motociclístico, apresentando esmagamento da perna esquerda com fratura exposta cominutiva e perda de partes moles. Foi tratado inicialmente pela traumatologia, que realizou fixação externa da fratura em 08/07/16. Realizou debridamentos seriados, curativos e antibioticoterapia com ceftriaxone e clindamicina. A ferida evoluiu com melhora e após um mês existia uma grande ferida parcialmente granulada, que abrangia a região lateral, anterior e medial da perna, com exposição dos focos de fraturas da tíbia e fíbula. No dia 11/08/16 fez a primeira cirurgia reparadora onde foi transposto por interpolação o retalho fasciocutâneo sural de fluxo reverso cobrindo a fratura exposta da fíbula, na ferida na parte lateral da perna esquerda. Esse retalho requer três semanas de autonomização e a segunda cirurgia foi realizada em 31/08/16, cuja programação era avançar o mesmo retalho, já autonomizado, cobrindo tanto a fratura exposta da parte medial quanto lateral. Porém, após o descolamento do retalho de seu leito na parte lateral do tornozelo, o mesmo não conseguiu alcance suficiente para cobertura lateral e medial, pela frente do tornozelo. Procedeu-se à enxertia de pele na parte lateral e transposição do retalho por trás do tornozelo para cobrir a fratura exposta da tíbia na região medial. Parte do enxerto na região lateral da perna se perdeu, expondo novamente a fíbula. Aguardou-se novamente o tempo de autonomização e em 21/09/16 realizou-se a divisão do retalho sural, deixando a parte fasciosubcutânea, sem pedículo e já autonomizada, cobrindo a tíbia e levando a porção cutaneoadiposa, pediculada, para cobrir a fíbula na parte lateral do tornozelo. A parte fasciosubcutânea permaneceu viável, cobrindo a tíbia e a porção cutaneoadiposa também permaneceu viável cobrindo a fíbula. Em 13/10/16 foi realizada secção do pedículo do retalho e enxertia nas áreas cruentas. Desta forma conseguiu tratar a ferida e promover uma melhor cobertura das exposições ósseas. CONCLUSÃO: É possível a divisão do retalho fasciocutâneo sural de fluxo reverso em fasciosubcutâneo e cutâneo adiposo, após a autonomização do mesmo, permitindo o tratamento de duas áreas diferentes com o mesmo retalho.

PALAVRAS-CHAVES: retalho sural|enxerto|autonomização

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 1992

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOMINOPLASTIA EM ÂNCORA EM PACIENTE PÓS-GASTROPLASTIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO VICTOR FERNANDES DE PAIVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), JOSÉ ROMERO DE ALMEIDA FERREIRA FILHO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), WAGNER DA SILVA LEAL (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL)

RESUMO: **INTRODUÇÃO** A obesidade, condição caracterizada pelo excesso de tecido adiposo distribuído de maneira heterogênea e IMC acima de 30 kg/m², é considerada pela OMS a epidemia do início do século, e acomete, no Brasil, uma população em torno de 10 milhões de pessoas, segundo pesquisa do IBGE e ministério da saúde. O tratamento cirúrgico da obesidade tem se tornado cada vez mais comum, promovendo uma perda considerável de peso, resultando em defeitos estéticos/funcionais com importante excesso cutâneo. Os serviços de cirurgia plástica estão sendo cada vez mais acionados para resolução dessas grandes dismorfias cutaneoadiposas. A ressecção dos excessos cutâneos envolve diversas técnicas e etapas, o presente relato enfoca na técnica de abdominoplastia vertical modificada em âncora, inicialmente proposta por Correa-Iturraspe.**RELATO DE CASO**.A.B., 41 anos, sexo feminino, paciente em pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica (1 ano e 8 meses) apresentando IMC 35,4, encaminhada para o serviço de Cirurgia Plástica com queixa de grande excesso de pele na região abdominal, após perda de 60 kg devido ao procedimento prévio. A indicação cirúrgica foi de realização de dermolipectomia abdominal utilizando abordagem "em âncora", visando, além da retirada do excesso de pele abdominal, a pexia da região púbica. Para a marcação do procedimento, desenhou-se uma elipse vertical que seguia do apêndice xifoide até a comissura vulvar, seguido do teste de pinçamento para determinar os pontos de referência laterais da "âncora", finalizando com a marcação inferior de Pitanguy-Callia. Durante o procedimento, realizou-se a incisão nas bordas determinadas, obtendo um retalho ressecado pesando 9.350 kg, o procedimento foi finalizado com sutura dos bordos e neo-onfaloplastia. Paciente apresentou boa evolução no pós-cirúrgico, apresentando seroma, já esperado, na região, sem outras complicações decorrentes, com bom resultado estético-funcional.**CONCLUSÃO** Apesar da abdominoplastia com abordagem em âncora resultar em extensas cicatrizes, permite a correção das dismorfias cutaneoadiposas, tanto em sentido vertical como horizontal, além de permitir a pexia da região púbica e onfaloplastia com uso de dois retalhos cutâneos, atenuando desarmonias no contorno corporal, apresentando benefício funcional e estético, com incremento na autoestima e benefícios na realização de atividades diárias (deambulação, higienização, atividade sexual).

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Plástica | Abdominoplastia | Procedimentos Cirúrgicos Cosméticos Reconstructivos

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2017

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RECONSTRUÇÃO NASAL POR RETALHO NASOGLABELAR: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCIANA BENEVIDES DE ARAÚJO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS), ELSON TAVEIRA ADORNO FILHO (UNIVERSIDADE DE CUIABÁ MT), LAÍNE RIBEIRO LAÍNE ANTONELLI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS), KAMILLA GUIMARÃES DIAS (INSTITUTO MASTER DE ENSINO PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS)

RESUMO: Introdução: O dorso nasal é um local comum para o desenvolvimento de neoplasias cutâneas, em especial o carcinoma basocelular, e constituem as principais indicações clínico-cirúrgicas das reconstruções nasais. Em intervenções cirúrgicas de reconstrução escolhe-se uma modalidade de cobertura baseada na experiência, na condição clínica do paciente e na possibilidade de recidiva da lesão. Os retalhos de vizinhança possibilitam restabelecimento do relevo e apresentam coloração mais semelhante, sem a necessidade de manuseio em locais mais distantes (área doadora do enxerto de pele). Existe consenso de que o melhor tecido para reconstrução do nariz seja aquele de maior proximidade possível do defeito, que mimetize ao máximo as características da pele perdida. Os objetivos do presente trabalho são: apresentar o uso do retalho nasoglabelar por deslizamento na reconstrução nasal após uma cirurgia de retirada de um carcinoma basocelular e elencar as vantagens da técnica de escolha. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 82 anos foi submetida à exérese de tumor nasal há 10 anos. Permaneceu sem acompanhamento médico por cinco anos, quando apresentou nova lesão na área ressecada. A paciente procurou o Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (Campo Grande-MS) apresentando lesão em dorso nasal de aproximadamente 3x2 cm ulcerada com base eritematosa e limites mal definidos. No planejamento cirúrgico demarcou-se a área doadora do Retalho Nasoglabelar, que se projetava sobre a região de mesmo nome. Devido à pouca elasticidade da pele do nariz, as regiões da glabella e das pregas nasolabiais dispõem de uma pele de fácil mobilização e com uma vascularização abundante, sendo uma excelente fonte de retalho cutâneo. Por isso, a versatilidade e a utilidade do Retalho Nasoglabelar por deslizamento são bem reconhecidas na reconstrução do nariz. Dentre as vantagens, incluem a simplicidade da execução, a baixa morbidade, o tempo operatório reduzido e, praticamente, ausência de cicatrizes na área doadora. Conclusão: A escolha da técnica de reconstrução nasal visa fundamentalmente a cura da lesão e restauração da função a que se destina o nariz, mantendo-se boa permeabilidade respiratória e o restabelecimento da unidade funcional e estética nasal mais próximo do natural.

PALAVRAS-CHAVES: carcinoma basocelular | reconstrução nasal | retalho nasoglabelar

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2111

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TERAPIA COM CURATIVO VAC EM FASCEÍTE NECROSANTE POR ABSIDIA CORYMBIFERA PÓS CIRURGIA PLÁSTICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ADRIANA CARNEIRO CORRÊA NASCIMENTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), WASTON GONÇALVES RIBEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), ARTUR SERRA NETO (HUUFMA- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), RAFFAEL MEDEIROS ALVARENGA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), MICHELLY SAMPAIO BONATES DURANS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), MARIA SILVANE DE FÁTIMA VIANA RANGEL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), ROCLIDES CASTRO DE LIMA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO)

RESUMO: Introdução: Absidia spp são fungos filamentosos encontrados no solo e na vegetação em decomposição em todo o mundo e pertencem a classe dos Zigomicetos. Absidia corymbifera é a única espécie patogênica em seres humanos, responsável por 3% das amostras clínicas de zigomicoses. Infecções cutâneas necrosantes são caracterizadas por necrose rapidamente progressiva generalizada da pele, tecido subcutâneo e fáscia superficial. A terapia VAC (Vacuum assisted closure) é um sistema utilizado na cicatrização de feridas em que se institui uma pressão negativa localizada e controlada, com o objetivo de estimular granulação e cicatrização das feridas, sendo uma das propostas de tratamento em casos de feridas agudas e crônicas. Relato de caso: R.P.P.O, 26 anos, feminino. História de infecção de partes moles após realização de lipoaspiração de coxa e glúteo associada a dermolipectomia no município de Pedreiras/MA, evoluindo com fasceíte necrosante em face lateral de coxa direita e glúteo após sete dias do procedimento (Figura 1). Foi admitida no HUUFMA e iniciado tratamento com antibioticoterapia de amplo espectro e debridamento cirúrgico seriado, sendo instituído terapia com curativo VAC a partir do segundo debridamento (Figura 2). Realizado ao todo 16 debridamentos cirúrgicos com curativo VAC em intervalos de 3 a 5 dias. Em cultura de material da ferida foi encontrado o fungo Absidia corymbifera, pelo qual foi acrescentado anfotericina B ao tratamento inicial. Desde então a paciente evoluiu com melhora clínica e cirúrgica, com aspecto granulado de sítio cirúrgico (Figura 3), cuja programação final foi enxerto dermoepidérmico, realizado com sucesso (Figura 4). A alta hospitalar se deu após 82 dias de internação. Conclusão: A detecção precoce e a localização precisa de processos infecciosos têm importantes implicações clínicas e são cruciais para o tratamento adequado do paciente. A maioria dos casos de infecção cutânea necrosante é de origem bacteriana e são comumente associados com a toxicidade sistêmica grave e altas taxas de mortalidade, sendo raro os casos de zigomicoses. A terapia VAC tem sido extremamente bem sucedida no tratamento de feridas agudas e crônicas, e tem sido relatado como um método para fixar enxertos de pele. Portanto, a terapia combinada de curativo VAC associado ao tratamento antimicrobiano na fasceíte necrosante é uma proposta terapêutica promissora.

PALAVRAS-CHAVES: Postoperative infection | necrotising fasciitis | Vacuum-assited Closure.

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2241

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MELANOMA CUTÂNEO: ESTUDO RETROSPECTIVO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE 2002 A 2012 NO OESTE DO PARANÁ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL ANGELO GARUTE ZENATTI (CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ), WILLIAN ANTONIO SEIJIN INAMINE (CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ), ANGELA RENATA DE MELO (CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ), FABRICIO MACHADO PELICOLI (CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ), BRUNA DE SOUZA BRITO (CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ)

RESUMO: OBJETIVO: Este estudo retrospectivo teve como objetivo analisar os dados de pacientes diagnosticados com melanoma cutâneo, em dois hospitais oncológicos referência na região oeste do Paraná. Além disso, foi montado um perfil clínico-epidemiológico dos doentes, visando futuras ações solutivas bem fundamentadas em tal âmbito, motivado pela alta taxa de mortalidade desse tumor, principalmente na região Sul do Brasil. MÉTODOS: Este estudo investigativo analisou 324 pacientes, por meio da plataforma online do Instituto Nacional de Câncer (INCA), de dois hospitais oncológicos referência do oeste paranaense: União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer (UOPECCAN) e o Centro de Oncologia Cascavel (CEONC). RESULTADOS: Sinteticamente, houve o predomínio do sexo masculino (55%), a partir da quinta década de vida, caucasoides (92,9%), com ocupação na área agropecuária, com os tumores localizados principalmente no tronco (38,8%), com novidades epidemiológicas no que tange o sexo e a localização primária dos tumores, além de novos dados relacionando a ocupação dos pacientes. CONCLUSÕES: Concluiu-se, em geral, com a concordância com dados previamente analisados por outros autores, com exceção da discrepância entre o sexo e a localização primária predominante. Ademais, notou-se a prevalência do melanoma cutâneo em indivíduos com ocupação agrária, abrindo leques para os gestores de saúde da região. BIBLIOGRAFIA:- World Health Organization. World Cancer Report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer; Geneva: World Health Organization, 2014.- Instituto Nacional do Câncer (INCA) [Internet]. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [acesso em 05 jan 2017]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>- American Cancer Society [internet]. Survival Rates for Melanoma Skin Cancer, by Stage [acesso em 05 jan 2017]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/melanoma-skin-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates-for-melanoma-skin-cancer-by-stage.html>- CHIBA, F. B.; DELFINO, A.C.G.; DAMASCENO, S.A.S; SCHETTINI, A.P.A.; CHIRANO, C.A. Perfil clínico-epidemiológico dos melanomas em duas instituições de referência na cidade de Manaus, Brasil. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2012; 86(6): 1239-1241.- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre mortalidade (SIM). [Internet]. Brasília, 2013. [acesso 10 jan 2017] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

PALAVRAS-CHAVES: melanoma | câncer de pele | neoplasia cutânea

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2248

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HTLV: TUMORAÇÃO PRIMÁRIA DE PELE, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA FERNANDES DE CARVALHO (UFBA), VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH (UFBA), RODRIGO DEL PINO SILVA (UNIFACS), JULIANA VIEIRA PINTO TRAVASSOS (UFBA), GUSTAVO VIANA CONCEIÇÃO (UNIFACS), PEDRO MORAES DÓREA (UNIFACS), LUCAS RIOS ROCHA (UFBA), JOSÉ VALBER LIMA MENESES (UFBA), NILMAR GALDINO BANDEIRA (HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O linfoma de células T do adulto (ATL) é uma doença linfoproliferativa incomum do linfócito T CD4+ maduro causada pelo vírus linfotrópico para células T humanas do tipo 1 (HTLV-1), endêmico em algumas regiões do mundo, com estimativa de 10 a 20 milhões de portadores do vírus. Salvador é uma cidade endêmica, onde a prevalência global da infecção pelo vírus é de 1,7%. A maioria dos portadores não desenvolve doenças, mas cerca de 5% podem manifestar doenças de difícil controle como o ATL. A ATL é classificada em 5 subtipos: aguda, crônica, linfomatosa, smoldering e tumoral primária de pele. A tumoral primária de pele é caracterizada por tumores na pele e ausência de linfocitose, hipercalcemia, linfadenopatia e comprometimento de outros órgão. O valor de LDH é 1,5 vezes superior ao normal. O diagnóstico de ATL é feito com base na triagem sorológica para anticorpos anti-HTLV-1 usando métodos enzimáticos, na demonstração da integração monoclonal do vírus, na comprovação citológica ou histopatológica de leucemia e ou linfoma de células T CD4+/CD25+, e na presença de LTA em sangue periférico, principalmente ?células em flor?. Os tratamentos mais usados para ATL são quimioterapia e a associação de Interferon ? (IFN-?) com ziduvudina (AZT). RELATO DE CASO: EP, 36 anos (08/08/1979), natural e procedente de Salvador, negra, solteira. HMA: em abril/15, surgimento de lesão tumoral em dorso baixo, evoluiu após 2m com lesões também em frente e ombro, de crescimento progressivo rápido e sangrantes. Apresenta infecção secundária nas lesões, em tratamento com cefalexina, permanganato e diprogenta. Ao exame físico apresentava 4 nódulos: em dorso (10cm), testa (5cm), ombro (5,5cm), abdome (2,3cm). TCs de pescoço, tórax e abdome sem linfonodomegalias ou infiltração de vísceras. A paciente foi submetida à ressecção cirúrgica da lesão em dorso e a análise anatomopatológica e imuno-histoquímica da peça evidenciou um padrão de linfoma T periférico compatível com ATL. A paciente fez quimioterapia com protocolo CHOEP (6 ciclos), apresentando melhora progressiva das lesões cutâneas tumorais. Em abril/2016 iniciou AZT+IFN CONCLUSÃO: Há necessidade de que haja a identificação e suspeição da patologia para, com o diagnóstico, definir o tratamento adequado.

PALAVRAS-CHAVES: HTLV|CÂNCER DE PELE|CIRURGIA PLÁSTICA

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2320

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Retalho pediculado temporofrontal: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL VICTOR DORNELAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA/SUPREMA), MARILHO TADEU DORNELAS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), MATHEUS CASTELO PRUDENTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA/SUPREMA), GABRIEL ANTÔNIO DE SOUZA MUNIZ (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA/SUPREMA), PEDRO HENRIQUE RODRIGUES CRUZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), GABRIEL LUNARDI ARANHA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA/SUPREMA), THIAGO ABIZAID KLEINSORGE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), LARISSA VITORIA DORNELAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA/SUPREMA)

RESUMO: Introdução: O retalho temporofrontal (RTF) ou retalho frontal com base temporal é um retalho miocutâneo pediculado (pele da região frontal e músculo frontal subjacente), fundamentalmente irrigado pela artéria temporal superficial, ramo da artéria carótida externa. A sua viabilidade é mantida por uma conexão vascular temporária ou definitiva, sendo aplicado quando a reconstrução primária é inviável. O RTF é utilizado principalmente pela cirurgia plástica e pela cirurgia de cabeça e pescoço em um grande número de reconstruções no segmento cabeça e pescoço além da cavidade orbitária, como a região geniana, jugal, assoalho da boca, etc. Tais regiões são reconstruídas principalmente por terem sido previamente afetadas por grandes tumores que foram manipulados e deixaram graves sequelas. Atualmente o RTF não é mais o padrão-ouro na cirurgia reparadora, sendo este posto ocupado pela microcirurgia. Todavia, esta é muito onerosa, sendo contraindicada em casos nos quais o paciente é portador de comorbidades, devido ao grande tempo cirúrgico. Por isso, a RTF ainda é muito utilizada em diversos serviços no país. Relato de caso: Paciente JLAL, 51 anos, branco, masculino, atendido no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), apresentando lesão invasiva dos seios da face à esquerda, havendo comprometimento de assoalho da órbita e osso maxilar, com evolução de cerca de 1 ano, tendo sido previamente tratado com 25 sessões de Radioterapia e 6 procedimentos cirúrgicos. Evoluiu para cirurgia de maxilectomia esquerda + exanteração de órbita esquerda com reconstrução imediata pela cirurgia plástica. Resultados anatomopatológicos evidenciaram um carcinoma epidermoide invasivo ulcerado bem diferenciado, com comprometimento de osso maxilar e mucosa de seio maxilar, sendo as margens comprometidas e orientada nova ressecção. A técnica de escolha para a reconstrução imediata foi o retalho frontal com pedículo temporal associada a enxerto de pele total em região frontal, tendo sido a área supraclavicular esquerda a doadora. Conclusão: Apesar da reconhecida deformidade gerada pela RTF, esta ainda demonstra grande efetividade para resolução de casos complexos de reconstrução pós tumorectomia em face por ser um retalho de fácil reconstrução, reprodutível, com poucas complicações e de baixo custo.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Plástica | Retalho Temporofrontal | Cirurgia Reparadora

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2373

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uso do CVMOB para avaliação do movimento da parede abdominal após cirurgia plástica: estudo prospectivo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS RIOS ROCHA (UFBA), VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH (UFBA), ANA PAULA ANDRADE GOMES QUIXADÁ CARNEIRO (UFBA), REBECA FERNANDES DE CARVALHO (UFBA), BRUNA MUCCINI DE ALMEIDA (EBMSP), AULLUS GALASSI MARQUES REGO (UFBA), RODRIGO DEL PINO SILVA (UNIFACS), JOSÉ VALBER LIMA MENESES (UFBA)

RESUMO: Objetivo: O presente estudo de coorte prospectivo pretende descrever a alteração na mobilidade da parede abdominal proporcionada pelas abdominoplastias clássica e pós-bariátrica, comparando com as alterações de dor e qualidade de vida nos períodos pré e pós-operatório. Método: Os participantes do estudo realizaram a cirurgia abdominal prospectivamente no serviço de cirurgia plástica do hospital universitário de referência. Foram submetidos à aplicação do questionário de qualidade de vida (SF-36), à escala da dor (EVA), e à avaliação da mobilidade da parede abdominal por meio de vídeo-análise com o software CvMob. Tais medições ocorreram em cada um dos períodos cirúrgicos: pré-operatório, 1º mês e 3º mês de pós-operatório. O CvMob foi utilizado para avaliar especificamente os movimentos de rotação lateral, inclinação lateral e hiperextensão do tronco, sendo realizadas 3 medidas para o mesmo movimento, com a obtenção dos dados por meio da média das medidas e avaliando-se o desvio padrão, para se obter confiabilidade. Foi realizada uma estatística descritiva. Os dados pré-operatórios foram estabelecidos como base para comparação com os dados pós-operatórios em uma mesma variável. O modelo de regressão linear foi utilizado buscando definir a existência de correlações estatísticas. Resultados: Os resultados obtidos com o procedimento sugerem, melhoria gradual média nos domínios de Estado geral de saúde e Vitalidade da qualidade de vida e piora nos domínios de Capacidade funcional, Limitação por aspectos físicos, Dor e Aspectos sociais. A dor pós-operatória não teve grande papel na população estudada. De maneira geral, ocorreu um declínio da amplitude de movimento com posterior recuperação no 3º mês de pré-operatório. Os domínios de Capacidade funcional e Aspectos emocionais foram influenciados por alterações na mobilidade no 3º mês do período pós-operatório pelos movimentos de rotação e hiperextensão do tronco. Conclusões: É importante um aumento da população avaliada e o acréscimo de um período de coleta tardio para que mais hipóteses possam ser formuladas ou reforçadas. Referências: Papadopulos N a, Does abdominoplasty have a positive influence on quality of life, self-esteem, and emotional stability?; 2012. Staalesen T, A systematic review of outcomes of abdominoplasty; 2012. Sosin M, A patient-centered appraisal of outcomes following abdominal wall reconstruction: a systematic review of the current literature, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Abdominoplastia | Amplitude de Movimento | Qualidade de Vida

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2384

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA NO CENTRO CIRÚRGICO E AMBULATÓRIO DE RECONSTRUÇÃO DE MAMA DO HOSPITAL OPHIR LOYOLA NO ESTADO DO PARÁ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YASMIN COUTINHO HABER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA), LUIZ RENATO OLIVEIRA LOPES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA), STEPHANIE GONÇALVES CARNEIRO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA)

RESUMO: Objetivo: relatar experiência no ambulatório e bloco cirúrgico de reconstrução mamaria no hospital de referência do estado do Pará, observando o protocolo de atendimento de reconstrução mamaria e a satisfação das pacientes. Método: Estudo desenvolvido no Hospital Ophir Loyola (HOL) no serviço de atendimento aos pacientes submetidos a mastectomia seguida de reconstrução mamaria. Acadêmicos de medicina da Universidade Federal do Pará, membros da liga acadêmica de cirurgia plástica do Pará (LACIPA), acompanharam a rotina desenvolvida, no ambulatório e no centro cirúrgico, pelos cirurgiões plásticos, observando os procedimentos, resultados das cirurgias e satisfação dos pacientes. Resultados: As mulheres que sofreram mastectomia parcial ou total fazem uma consulta no ambulatório de reconstrução mamaria, no qual é vista a condição do local da cirurgia (pele, cicatriz, tecido mamário) e solicitado exame para posterior reconstrução. O procedimento reconstrutivo mais utilizado é a reconstrução mamaria com retalho miocutâneo do musculo reto abdominal (TRAM) feito em três tempos, de acordo ordem decrescente de grandeza do porte cirúrgico: 1) Retalho TRAM (a pele, gordura e os músculos reto abdominais são rodados e levados para região da mastectomia) 2) Simetrização das mamas (mastopexia, implante e/ou enxerto de gordura) e reconstrução do umbigo, 3) Reconstrução da aréola (com enxerto de pele da virilha) e mamilo (a partir de parte do mamilo da mama saudável). Pode-se observar uma mudança radical na aparência física das pacientes e uma perceptível melhora no seu aspecto emocional, pois a maioria relata que mesmo com o doloroso pós-operatório, devido ao inchaço e os drenos de sucção, elas se sentiam satisfeitas com o resultado tanto da mama, alvo da cirurgia, quanto do abdome (aparenta ter feito uma abdominoplastia). O uso do retalho miocutâneo favorece a obtenção de uma mama com aspecto próximo ao natural, textura, cor e consistência semelhantes à mama original, podendo permitir o retorno da sensibilidade à nova mama e melhorando a perfusão vascular da pele. Conclusão: Mulheres diagnosticadas com Câncer de mama que fizeram mastectomia tem sua vida transformada drasticamente devido sensação de mutilação, que tem implicações físicas, estéticas, sociais e sexuais. A reconstrução da mama aparece com grande importância na recuperação da autoestima e no sentimento de bem-estar das pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Mastectomia | Cirurgia Plástica | Reconstrução Mamaria

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2426

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RECONSTRUÇÃO NASAL COM RETALHO FRONTAL DEVIDO A MÁ FORMAÇÃO ARTERIOVENOSA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA MORAES (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), ALEXANDRE FERRIAN (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), MARCELO BELLI (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), CRISTIANO CARMO GALINDO (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), JOEL ANTONIO BERNHARDT (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), ARETUSA KRUCHINSKI (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), EVELYN MÁRCIA LEITE PEREIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), MARILIA HIRTH RIBAS (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN)

RESUMO: Introdução: A cirurgia reparadora para lesões nasais tem seu berço na Índia, quando Sushruta Shamita 600 ac apresentou a técnica de reconstrução do nariz com retalho frontal mediano. A técnica foi desenvolvida para correção das amputações nasais, que eram a punição pelo crime de adultério². E hoje é denominada método indiano¹. Descrição: G. G. F., masculino, 16 anos, sem comorbidades, negou cirurgias prévias. Desde a infância apresentava tumoração em dorso nasal, compatível com má formação arteriovenosa. Submetido à arteriografia de artérias da face, em 26/09/2016, que evidenciou hipervascularização com microfístulas no nariz por ramos da face bilateralmente, seguido de embolização superseletiva do ramo nutridor da artéria bilateralmente, através da injeção de partículas de PVA 500-700 MC. Arteriografia de controle com desvascularização da região tumoral e preservação dos ramos do nariz e face. Após 2 dias da arteriografia paciente submetido a ressecção do tumor em ponta nasal e reconstrução utilizando a rotação de retalho frontal desepidermizado em túnel, em tempo cirúrgico único, com boa evolução estética. Discussão: Na técnica do retalho indiano a incisão é iniciada na linha paramediana em região medial da sobrancelha estendida até a raiz dos cabelos. No ponto de rotação a incisão será estendida até epicanto medial³. Sabe-se que a pele da região frontal é ideal para as reconstruções nasais, devido a sua cor, textura, vascularização e capacidade de cobertura dos defeitos nasais³. 1 CINTRA, et al. Uso do retalho médio-frontal na reconstrução do nariz. Revista Brasileira Cirurgia Plástica. 2013. v. 28. p. 212-217. Disponível em: . Acesso em: 12 mar 2017. 2 LIMA, et al. RECONSTRUÇÃO NASAL COM RETALHO FRONTAL: NOSSA EXPERIÊNCIA. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2007. v. 36. Disponível em:. Acesso em: 12 mar 2017. 3 THORNE, C.H. GRABB AND SMITH'S PLASTIC SURGERY. 2014. Filadélfia. 7 ed. p. 361-372.

PALAVRAS-CHAVES: retalho de face|reconstrução nasal|retalho indiano

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2436

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RETALHO DO MUSCULO GASTROCNEMIO NO REPARO DE PERCA DE SUBSTÂNCIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DAVI BRAGA DE CARVALHO (FACID), RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO (FACID), ISADORA MARIA MATIAS BATISTA (NOVAFAPI), JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO (FACID), LEONARDO FORTES GOMES (FACID), DÉBORA SARA NEVES LIMA (NOVAFAPI), MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO (NOVAFAPI), RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO (NOVAFAPI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O musculo gastrocnêmio é composto de duas porções, com boas dimensões para uma transposição, podendo ser utilizado como retalho miocutâneo ou somente como retalho muscular. Cada ventre muscular é irrigado pela artéria sural. Não tem sido detectados clinicamente déficits funcionais ou alterações na deambulação como resultado da transposição desse musculo. A importância do retalho miocutâneo do músculo gastrocnêmio já está consagrada para o tratamento de lesões traumáticas e infecciosas no membro inferior (coxa distal, perna proximal). Como exemplo, na cobertura de exposições ósseas, tendinosas ou de implantes metálicos, como também nas reconstruções após infecções de partes moles ou ósseas. RELATO DE CASO: A.T.R, 19 anos, feminino, paciente com fratura de tíbia e fíbula em terço proximal com exposição óssea; realizou fixação externa de osso para tratamento de fratura evoluindo com exposição óssea e perda cutânea de terço proximal da perna; indicado realizar retalho muscular gastrocnêmio medial para cobertura da exposição óssea; 7 dias após o primeiro tempo da cirurgia foi realizado enxerto de pele sob retalho muscular, paciente evoluiu sem complicações. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Retalhos musculares rotacionais são um método de tratamento de primeira escolha para o tratamento de lesões com a perda de tecido ósseo e partes moles no terço superior da tíbia, sem aplicar técnicas de microcirurgia. Isto irá facilitar a cobertura das estruturas importantes, com um baixo índice de complicações.

PALAVRAS-CHAVES: GASTROCNEMIO | RETALHO | MICROCIRURGIA

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2445

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RECONSTITUIÇÃO DA PAREDE TORÁCICA EM TUMORES AVANÇADOS DA MAMA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DAVI BRAGA DE CARVALHO (FACID), RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO (FACID), ISADORA MARIA MATIAS BATISTA (NOVAFAPI), THAIGRA NUNES LULA REIS (FACID), JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO (FACID), LEONARDO FORTES GOMES (FACID), MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO (NOVAFAPI), RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO (NOVAFAPI)

RESUMO: INTRODUÇÃO câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais prevalente no mundo e o primeiro entre as mulheres.¹ Apesar dos avanços no rastreamento e no diagnóstico precoce do câncer de mama, ainda há muitos casos dramáticos de tumores localmente avançados, ou de recidivas tumorais locorregionais, que exigem grandes ressecções cutâneas e, em alguns casos, até ressecções do gradil costal e do esterno, levando a grandes defeitos da parede torácica.² As técnicas mais utilizadas para o fechamento de partes moles em casos extremos são os retalhos miocutâneos. Este trabalho teve como objetivo demonstrar algumas das estratégias cirúrgicas utilizadas na reconstrução de grandes defeitos no tórax pós ressecção de tumores avançados na mama. MÉTODO Foi realizado um estudo clínico prospectivo no período de julho de 2016 a janeiro de 2017, de uma série de casos de tumores extensos na mama. RESULTADOS Foram realizados 4 retalhos do músculo grande dorsal para cobertura de defeitos da parede anterior do tórax, 4 retalhos fasciocutâneos na parede anterior do tórax e abdômen. Observou-se uma cobertura eficaz dos defeitos originados pós ressecção das neoplasias. DISCUSSÃO Nas intervenções sobre a parede torácica, o planejamento deve considerar: a extensão da ressecção de partes moles, ossos e cartilagens, tipo de material a ser usado para a reconstrução do arcabouço, retalhos disponíveis, recursos para garantir a adequada expansão pulmonar.³ O retalho do músculo grande dorsal, pediculado na artéria toracodorsal, é uma boa opção para cobertura de defeitos anteriores e anterolaterais do hemitórax.⁴ Tem a vantagem de ter um bom arco de rotação e poder ser desenhado de formas e tamanhos variados. Os retalhos fasciocutâneos baseiam-se na vascularização superficial dos plexos subdérmicos da fáscia superficial dos tecidos que recobrem a parede torácica.⁵ Por ser uma região ricamente vascularizada permite a confecção de retalhos longos, espessos, resistentes e seguros. Pode-se utilizar com base pedicular medial ou lateral. Nos relatos apresentados, foram realizados quatro retalhos fasciocutâneos para a cobertura de defeitos torácicos. CONCLUSÃO tratamento cirúrgico agressivo é viável nestes tumores e, diferentes técnicas para a reconstrução do tórax são possíveis, devendo ser realizado o reparo que possibilite um menor trauma cirúrgico e menor morbidade, de forma a não retardar o tratamento adjuvante nestes pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: RECONSTRUÇÃO|TUMOR|MAMA

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2452

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Queimadura química por água de bateria: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL ADAILTON DOS SANTOS JUNIOR (UNIVERSIDADE TIRADENTES), BRUNO BARRETO CINTRA (HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE), ALEX RODRIGUES MOURA (HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE)

RESUMO: INTRODUÇÃO As queimaduras são lesões nas quais ocorre perda tecidual, que resultam em grandes consequências clínicas, locais e sistêmicas. Apresentam múltiplas etiologias, gravidade e prognóstico variados.^{1,2,3} Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a queimadura é classificada nos Estados Unidos como a quarta causa de morte por injúria e quinta causa de morte violenta em todo o mundo.⁴ Estimativas apontam que ocorrem em torno de 1.000.000 de acidentes com queimaduras por ano. Destes, 2.500 irão a óbito direta ou indiretamente ocasionados por suas lesões.⁵ O hidróxido de sódio e o ácido sulfúrico (constituente eletrolítico das baterias automotivas) correspondem aos dois principais agentes responsáveis pelas queimaduras químicas, respectivamente. No que relaciona-se ao gênero, 79% são do sexo masculino, e os indivíduos de 19 a 45 anos responderam por 75% dos pacientes desse estudo.⁸ Em virtude da apresentação clínica peculiar e do manejo diferenciado, ressalta-se a importância do seu conhecimento para obtenção de bons resultados. RELATO DE CASO PFJ, sexo masculino, 20 anos de idade, apresentou-se no pronto-socorro do Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE) com lesões infectadas ocasionadas por queimadura química por ácido sulfúrico em membro inferior esquerdo 15 dias antes. O membro inferior esquerdo apresentava queimaduras de 2º e 3º graus, associadas a edema, hipertermia, drenagem de secreção purulenta e necrose cutânea extensa. Foi submetido a debridamento cirúrgico, com grande exposição da musculatura da coxa e internado na UTQ do HUSE. Durante a internação, fez uso de terapia tópica com Sulfadiazina de Prata e Dersani®, complicou com febre de difícil controle, colite pseudomembranosa e insuficiência renal aguda. No 38º DIH, foi submetido a auto-enxertia de pele parcial e após correção das complicações clínicas e avaliação do enxerto, recebeu alta hospitalar no 52º DIH. CONCLUSÃO As queimaduras químicas figuram num cenário a parte, tendo em vista que muitos profissionais não estão aptos a fazer o correto manejo, além de elas apresentarem-se clinicamente de maneira peculiar, requerendo cuidados especiais. O atendimento inicial rápido e eficaz é de fundamental importância na evolução da queimadura. Quando isso não ocorre, o tratamento posterior é dificultado como visto no presente relato, em que só foi estabelecida conduta adequada dias após o ocorrido e diante de uma infecção grave e de difícil controle.

PALAVRAS-CHAVES: Queimaduras|Queimaduras Químicas|Enxertos

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2465

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estratégias na reconstrução de perdas cutâneas em membros inferiores pós-traumas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO (UNINOVAFAPI), MARIA CLARA CHAVES MONTEIRO (UNINIVAFAPI), DÉBORA SARA NEVES LIMA (UNINIVAFAPI), RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO (FACID), ISADORA MARIA MATIAS BATISTA (UNINOVAFAPI), DAVI BRAGA DE CARVALHO (FACID), LEONARDO FORTES GOMES (FACID), JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO (FACID), CAIO ALCOBAÇA MARCONDES (UESPI), PAULO AFONSO DE OLIVEIRA RIBEIRO (FACID), ALESSANDRA MARIA CERQUEIRA DE SOUSA (UESPI)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Nos últimos 30 anos, avanços na cirurgia reconstrutora, como o reconhecimento e a utilização de retalhos pediculados fasciocutâneos têm ampliado o arsenal terapêutico do cirurgião plástico e evoluído no tratamento das lesões traumáticas. A escassez de tecidos moles e pele delgada, levam a grande dificuldade no tratamento de lesões de partes moles nessa localização e a reconstrução de defeitos de partes moles no terço inferior da perna, tornozelo, calcanhar e pé é um desafio à cirurgia plástica reconstrutora. O retalho sural reverso é uma boa opção para esses casos. Apresenta maior arco de rotação, não atinge artérias importantes, sendo utilizado como uma alternativa à microcirurgia. A técnica é simples e o dano na área doadora, mínimo. O retalho do músculo gastrocnêmio medial, é conhecido pela sua confiabilidade na reconstrução dos membros inferiores. As vantagens do retalho são a presença de um pedículo vascular constante, seguro e confiável. O retalho plantar medial é baseado na artéria plantar medial e consiste em um retalho fasciocutâneo usando pele do arco plantar do pé, tecido ideal para cobertura de defeitos da região do calcâneo pela sua semelhança estrutural. A inervação desse retalho é preservada, o que confere sensibilidade, fator este de proteção do mesmo. **OBJETIVO:** Demonstrar diferentes técnicas de reconstrução de membros inferiores com perda cutâneas pós-trauma. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo clínico prospectivo no período de abril de 2016 a janeiro de 2017 de uma série de casos de reconstrução de membros inferiores pós-trauma. Foram realizados 12 reconstruções no Hospital Getúlio Vargas, Teresina-PI. Na casuística estudada, 75% dos pacientes eram do sexo masculino, a idade variou dos 18 aos 52 anos, quanto a etiologia, o acidente moto ciclístico foi a principal causa dos traumas. **RESULTADO:** Foram realizados 12 reconstruções de membros inferiores, sendo 08 pacientes submetidos a enxerto de pele, pois não apresentavam exposição de estruturas nobres e 04 retalhos (01 retalho gastrocnêmio, 01 retalho fasciocutâneo, 01 retalho plantar medial e 01 retalho sural reverso). Não houve complicações no pós-operatório e todos os pacientes tiveram uma boa cobertura dos defeitos. **CONCLUSÃO:** Como princípio básico que deve nortear qualquer tipo de cirurgia plástica, deve-se optar, sempre que possível, pelos procedimentos mais simples, desde que eficazes e seguros.

PALAVRAS-CHAVES: reconstrução | retalho | trauma

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2492

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: REMOÇÃO DE TECIDO GORDUROSO E ENXERTIA PARA O CONTORNO CORPORAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANTONIO ARCANJO BATUIRA TOURNIEUX (CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAULO), FUGÊNCIO COSTA RAMOS (CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAULO), TATIANA TOURINHO TOURNIEUX (CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAULO), WANESSA DA COSTA LIMA (CIRURGIA PLASTICA SAO PAULO)

RESUMO: REMOÇÃO DE TECIDO GORDUROSO E ENXERTIA PARA O CONTORNO CORPORAL. AUTOR: ANTONIO ARCANJO BATUIRA TOURNIEUX CO-AUTORES: FUGÊNCIO COSTA RAMOS TATIANA TOURINHO TOURNIEUX WANESSA DA COSTA LIMA

OBJETIVO: A NOSSA INTENÇÃO FOI REALIZAR ESSE PROCEDIMENTO COM ANESTESIA LOCO-REGIONAL, PROCURANDO APROVEITAR PARA ENXERTAR O TECIDO GORDUROSO NA SUA AMPLITUDE, MODELANDO AS REGIÕES A SEREM TRATADAS, COM VÁRIAS SESSÕES PROGRAMADAS. DESTA MANEIRA LOGRAMOS UM RESULTADO DA PERFILOPLASTIA DO QUADRIL. MÉTODOS: AS PACIENTES SE SUBMETERAM DUAS A QUATRO SESSÕES CIRÚRGICAS CONSECUTIVAS, PREVIAMENTE FOI UTILIZADO ULTRASOM EXTERNO; INFILTRAÇÃO COM SOLUÇÃO ANESTÉSICA, NÃO ULTRAPASSANDO 800MG DE LIDOCAINA, COM ADRENALINA 1/1000 (UMA AMPOLA) E BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 2ML, EM SORO FISIOLÓGICO DE 500 A 1000ML. A REMOÇÃO DA GORDURA, UTILIZAMOS CANULAS CONECTADAS A VIBRAÇÃO. ENXERTIA DA MESMA NOS LOCAIS PRÉ DETERMINADOS. A EXECUÇÃO DAS SESSÕES FOI RESPEITADO INTERVALOS DE 15 DIAS. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: TRATAMENTO LOCO-REGIONAL, COM A SOLUÇÃO ANESTÉSICA, SENDO A LIDOCAINA, O PRINCIPAL FÁRMACO, COM A PROPRIEDADE DE CONTATO NAS TERMINAÇÕES NERVOSAS, POSSIBILITA NA ÁREA PRÉ ESTABELECIDADA, INFILTRAR VOLUME, QUE A EXPERIÊNCIA DO CIRURGIÃO SE FAZ PRESENTE, PARA NÃO HAVER DEFORMAÇÃO; A IDADE DOS PACIENTES VARIOU DE 18-56 ANOS; ÍNDICE DE SATISFAÇÃO FOI DE 98,6%. OS RESULTADOS INESPERADOS FORAM RAROS SENDO A MAIORIA REVERSÍVEL, POSSIBILITOU REGULARIZAÇÃO DAS REGIÕES COM ONDULAÇÃO REALIZADA POR OUTRA TÉCNICA. ESSA TÉCNICA PROMOVE UM RESULTADO ADEQUADO E SATISFATÓRIO DO CONTORNO CORPORAL, COM BAIXO RISCO CIRÚRGICO. COM GRANDE FREQUÊNCIA, OS PACIENTES SE SENTEM MOTIVADOS A FINALIZAR O TRATAMENTO.

PALAVRAS-CHAVES: Lipoaspiração | Contorno corporal | Lipo enxertia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2513

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MASTOPEXIA PARA ELEVAR, MEDIALIZAR , AUMENTAR OU MANTER O MESMO VOLUME DAS MAMAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANTONIO ARCANJO BATUIRA TOURNIEUX (CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAULO), TATIANA TOURINHO TOURNIEUX (CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAULO), FUGÊNCIO COSTA RAMOS (CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAULO), WANESSA DA COSTA LIMA (CIRURGIA PLASTICA CIENTIFICA SAO PAULO)

RESUMO: MASTOPEXIA PARA ELEVAR, MEDIALIZAR , AUMENTAR OU MANTER O MESMO VOLUME DAS MAMAS
AUTOR: ANTONIO ARCANJO BATUIRA TOURNIEUX
CO-AUTORES: TATIANA TOURINHO TOURNIEUX FUGÊNCIO COSTA RAMOS WANESSA DA COSTA LIMA
INTRODUÇÃO: ESTE TRABALHO, FOI BASEADO, INICIALMENTE, CONFORME O PROCEDIMENTO TÁTICO DA "MAMA PLÁSTICA EM (L)" DE ARMANDO CHIARI JUNIOR. A PARTE INTERESSADA, FOI A POSSIBILIDADE DE POSICIONAR COM MANOBRAS BIDIMENSIONAIS O FUTURO POSICIONAMENTO DA PLACA AREOLO-MAMILAR, PROCURANDO DAR AO PACIENTE A IDÉIA DA FORMA E ADEQUAÇÃO DA POSIÇÃO DA MAMA. TÉCNICA E COMENTÁRIO: FAZ-SE INCISÃO PERI AREOLAR E MEDIAL NA PELE, DESCOLAMENTO DO TECIDO DERMOGORDUROSO DA GLÂNDULA MAMÁRIA, PROCEDE EXCISÃO MEDIAL E RETROGLANDULAR PARA RESSECÇÃO OU NÃO DO TECIDO MAMÁRIO; EM SEGUIDA FAZ-SE A INCLUSÃO DA PROTESE, FIXAÇÃO DA MESMA COM O RETALHO GLANDULAR EXTERNO NA CARTILAGEM COSTAL, PROCURANDO MEDIALIZAR O CONJUNTO, FECHAMENTO DOS PLANOS ANATÔMICOS, E RESSECÇÃO DO TECIDO DERMOGORDURO EM EXCESSO, TANTO NA VERTICAL E HORIZONTAL, FAZER SIMETRIZAÇÃO ANTES DA SUTURA FINAL. A CIRURGIA PLÁSTICA DA MAMA, É CLARO E DESEJÁVEL OBTER UMA BOA PROJEÇÃO, SENDO QUE DEVEMOS LEVAR EM CONTA A MANUTENÇÃO DA FORMA A LONGO PRAZO. COM ESTE PROCEDIMENTO, ESTAMOS CONSEGUINDO TEXTURA E POSIÇÃO GRATIFICANTE.

PALAVRAS-CHAVES: Mastopexia | Inclusão de silicone | Plástica mamária

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2641

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HIPERTROFIA MAMÁRIA VIRGINAL: RELATO DE CASO EM HOSPITAL DA AMAZÔNIA OCIDENTAL - ACRE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO ROCHA RAMALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), FERNANDA GERALDINI COELHO VENDETTE (BELLE PLÁSTICA)

RESUMO: Introdução: Hipertrofia Mamária Virginal (VBH) é uma condição rara, geralmente limitada à mama, caracterizada pelo aumento rápido e maciço de um ou ambos os seios que pode levar aos sofrimentos físico e psíquico de meninas pré-púberes. Segundo Kupfer et al., o primeiro caso de VBH foi relatado por Henry Albert em 1910. O tratamento desta condição inclui triagem para desequilíbrio hormonal e mamoplastia redutora (MR). Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 12 anos, encaminhada para Hospital das Clínicas do Acre queixando-se de aumento acelerado em ambas as mamas e peso que causava dores intensas em dorso. Ao exame físico das mamas apresentou gigantomastia, hiperemia e veias dilatadas. Contagem sanguínea completa, perfil bioquímico e dosagem hormonal normais. À ultrassonografia mamária presente parênquima mamário com predomínio do tecido fibroglandular. MR realizada e retirados nódulos de ambas as mamas, sendo o maior com dimensão de 22cm. Não realizou tratamento farmacológico. Ao relatório anátomo-patológico apresentou mastopatia fibrocística e fibroadenoma gigante (FaG) bilateral. Em ultrassonografia mamária pós-cirúrgica de cerca de um ano presentes nódulos com 6 e 3cm de dimensão na mama direita e esquerda respectivamente. Atualmente, a paciente está satisfeita com o tamanho e a forma dos seus seios. Discussão: Pré-púbere com crescimento acelerado de mamas com ou sem deformidade e presença de nódulos deve-se investigar VBH que pode mimetizar carcinoma. FaG são tumores maiores do que 5 cm ou desproporcionalmente maiores comparados com o restante da mama, são neoplasias benignas e 0,4% dos casos ocorrem em fase juvenil. O diagnóstico é simples por exame clínico e análise citopatológica de aspirado com agulha fina. Na avaliação clínica deve-se investigar tuberculose mamária, gestação, tumor filóide que são importantes diagnósticos diferenciais. Ainda não foi entendida a exata etiopatogenia do FaG, porém o maior fator contribuinte é a influência hormonal, excesso de estimulação estrogênica, sensibilidade no receptor ou redução dos níveis de antagonistas de estrogênio durante a puberdade. O tratamento é cirúrgico e a terapia farmacológica não é consenso na literatura. Conclusão: Tamanho aumentado e deformidade de seios são problemas estéticos que levam aos sofrimentos físico e psíquico em adolescentes. Além de que VBH deve ser suspeita em meninas pré-púberes que apresentem nódulos mamários e devem ser tratadas com MR e se necessário terapia com tamoxifeno.

PALAVRAS-CHAVES: Hipertrofia mamária virginal | Mamoplastia redutora | Puberdade

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2650

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL DE CIRURGIAS PLÁSTICAS EM UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO NADER GUIDOUX (IMEPAC ARAGUARI), JACKELINE RIBEIRO OLIVEIRA GUIDOUX (IMEPAC ARAGUARI), ANDRÉIA GONÇALVES DOS SANTOS (IMEPAC ARAGUARI), CLEIDINEY ALVES E SILVA (IMEPAC ARAGUARI), JÉSSICA DE CARVALHO ANTUNES BARREIRA (IMEPAC ARAGUARI)

RESUMO: OBJETIVO: Listar as cirurgias plásticas realizadas em um centro cirúrgico de um hospital de médio porte do interior de Minas Gerais. Correlacioná-las com o perfil dos pacientes (idade, sexo) e com o tipo de anestesia utilizada nos principais procedimentos. MÉTODO: Trata-se de um recorte de um trabalho de levantamento de perfil de cirurgias dos últimos quatro anos realizadas no centro cirúrgico do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araguari ?MG. Os dados foram analisados e tabulados em planilha de Excel, análise estatística simples, e referem-se ao período de janeiro a dezembro de 2016. RESULTADOS: Foram encontrados 288 registros de pacientes que totalizaram 326 procedimentos cirúrgicos, representando 9,94% do total de cirurgias realizadas no período citado. Destas, 85,89% foram realizadas no sexo feminino e 14,11% no masculino. A faixa etária mais acometida foi a de adultos jovens (19 ? 44 anos) que se submeteu a 50,92% de todas as cirurgias plásticas, seguida da faixa de 45 a 59 anos, com 17,48%. Cerca de 16,26% dos procedimentos não tiveram a coluna idade preenchida. Os três procedimentos mais observados podem ser classificados tanto como cirurgia plástica reparadora quanto estética e correspondem a um total de 49,09% do total, sendo respectivamente representadas pela inserção de prótese mamária (26,69%), lipoabdominoplastia (11,66%) e blefaroplastia (10,74%). CONCLUSÃO: Sabe-se que a cirurgia plástica divide-se em dois ramos principais: estética e reparadora, mas pode ter um caráter misto. Observou-se que a maior quantidade de abordagens cirúrgicas foi em mulheres, adulto-jovens e em região de tronco e face, condizente com a literatura atual, o mesmo valendo para os tipos anestésicos. Vale ressaltar que a falta de informações acerca da idade no livro de registo pode mascarar uma análise mais fidedigna no presente trabalho.REFERÊNCIASCOELHO, Fernanda; et al. Insatisfação corporal e influência da mídia em mulheres submetidas à cirurgia plástica. Rev. Bras. Cir. Plást. 30(4):567-573, 2015.SIMONETI, Fernanda; et al. Perfil epidemiológico de pacientes com tumores cutâneos malignos atendidos em ambulatório de cirurgia plástica de serviço secundário no interior de São Paulo. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba 18(2): 98-102, 2016.SOUZA, Cecília; et al. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo serviço de cirurgia plástica do hospital João XXIII em Belo Horizonte/ MG no período de março à agosto de 2013. Rev. Bras. Cir. Plást. 29(2):269-74, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: perfil cirúrgico | cirurgia plástica | estatística

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2693

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A importância da reconstrução mamária na paciente mastectomizada.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉIA RENATA DE ANDRADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO), AMANDA SANTANA ARAÚJO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO), JOSÉ NEVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO)

RESUMO: Um estudo realizado em 1996 por Braga¹, avaliou a presença de depressão em 35% das mulheres após a mastectomia, demonstrando que apesar do alívio obtido após a cirurgia de remoção do tumor, há um grande sentimento de perda nessas mulheres, gerando sofrimento psicológico importante. A cirurgia de reconstrução mamária, além da melhora da estética, surte efeito na autoimagem dessa paciente. **OBJETIVO:** Avaliar aspectos psicológicos nas pacientes mastectomizadas e a importância da reconstrução mamária. **MÉTODO:** Revisão integrativa da literatura brasileira, com avaliação e análise crítica dos reflexos psicológicos em pacientes submetidos a mastectomia sem reconstrução mamária. **RESULTADOS:** A mastectomia é um procedimento essencial e imprescindível para o tratamento das neoplasias mamárias. Porém a mutilação da mulher deixa cicatrizes não apenas no tecido, a paciente que vai passar ou passa por uma cirurgia de retirada da mama tem como preocupações: a perda da feminilidade e beleza, uma vez que a mama é um símbolo feminino; comprometimento da sua sexualidade, com medo da perda do parceiro e como isso pode afetar seu âmbito familiar; e a paciente também tem relações sociais afetadas por muitas vezes ter vergonha de sair de casa. Dados da Sociedade Brasileira de Mastologia apontam que menos de 10% de 20mil mulheres mutiladas vão sair dos centros cirúrgicos com seus seios reconstruídos, apesar da reconstrução mamária para pacientes mastectomizadas ser lei desde 2013, sendo obrigatório ao SUS realizá-la após a mastectomia, quando houver condições médicas, sendo parte importante (e final) do tratamento do câncer de mama, devolvendo a essas pacientes a auto estima perdida. Estudos mostram que as mulheres reconstruídas têm menor chance de reincidir no câncer porque essas doenças estão relacionadas à produção de endorfina e ao equilíbrio emocional. **CONCLUSÃO:** A mulher que teve sua mama removida total ou parcial é triste, depressiva e tem uma autoimagem prejudicada. Mulheres reconstruídas retomam sua autoestima, reconstróem seus relacionamentos afetivos e melhoram seu humor e saem do estado depressivo e de isolamento social. **BIBLIOGRAFIA** OLIVEIRA, M. C. M. et al.. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes submetidas à mastectomia ou quadrantectomia com linfadenectomia axilar. Revista Médico Residente, v. 15, n. 3, p. 1-14. 2013.¹ Vianna, A.M.S.A. (2014). Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto [Versão eletrônica]. Estudos de Psicologia.

PALAVRAS-CHAVES: mastectomia | reconstrução | depressão

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2785

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HIDRADENITE SUPURATIVA PERINEAL ? FORMA ATÍPICA TUMORAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROGERIO RAFAEL DA SILVA MENDES (HC-FM-USP), LUIZ GUILHERME DE MORAES PRADO MAZUCA (HC-FM-USP), SUMAYA ABDUL GHAFAR (HC-FM-USP), ESTHER MIHWA OH CHOI (HC-FM-USP), JOAO PAULO FONTANA BRAGAGNOLO (HC-FM-USP), FABIO DE FREITAS BUSNARDO (HC-FM-USP), ROLF GEMPERLI (HC-FM-USP)

RESUMO: Introdução Hidradenite supurativa consiste em uma patologia das glândulas apócrinas, particularmente das regiões axilar e inguinal. Cursa com oclusão folicular, inflamação crônica, infecção recorrente e retrações cicatriciais. Dentre as variantes clínicas, pode-se apresentar como pápulas eritematosas, abscessos, fístulas e traves fibróticas em diversos graus de acometimento. O relato de caso a seguir relata a apresentação atípica de paciente com lesão tumoral crônica decorrente de hidradenite supurativa inguinal, tratada com ressecção, terapia por pressão negativa de ponte e reconstrução com retalhos locorregionais. Relato de caso Mulher, 43 anos, procedente do ambulatório de tumores do serviço com diagnóstico prévio de hidradenite supurativa perineal, diabética e insulino dependente, com ressecção prévia de lesão axilar seguido de reconstrução com retalhos locais há 6 anos. Apresentou nova lesão na região perineal, tumoral e volumosa de crescimento progressivo e rápido em 2 anos. No início do quadro, havia sido realizado tratamento clínico, sem melhora. Optado por abordagem cirúrgica com debridamento amplo e instalação de terapia por pressão negativa, com fechamento no 12PO com retalhos de avanço V-Y mediais da coxa bilaterais. Evolução da paciente em PO foi favorável, com pequena deiscência de tratamento conservador. Anatomo-patológico da peça retirada mostrou ausência de células neoplásicas. Conclusão O tratamento cirúrgico de hidradenite supurativa é um desafio para o cirurgião plástico. Tratam-se de pacientes com doença recorrente, por vezes sensibilizados com o tratamento prolongado, submetidos terapias diversas e múltiplas abordagens cirúrgicas. O ?Hidradenitis Suppurativa Clinical Response (HiSCR)?, score utilizado para avaliar o tratamento, definiu êxito de tratamento um mínimo de redução de 50% no total de abscessos e nódulos inflamatórios, sem nenhum acréscimo na formação de novos abscessos ou fístulas drenantes após 12 semanas de tratamento. Estes valores de referência são compatíveis com a melhora da paciente. A apresentação de uma forma ?inflamatória tumoral? de hidradenite supurativa com crescimento progressivo, sem componente neoplásico associado, tratada efetivamente com ressecção e reconstrução com retalhos locorregionais. Revisão da literatura não demonstrou caso com lesão semelhante.

PALAVRAS-CHAVES: hidradenite supurativa tumoral | terapia a vácuo | retalhos

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2805

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso. Técnica de reconstrução nasal com ajuda do retalho médio frontal: EXPERIÊNCIA NO HUGG

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAZLY GARCES MURILLO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), VLADIMIR SANCHEZ JIMENEZ (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), EDUARDO COSTA TEIXEIRA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), LEIDY CATHERINE PINZON MURILLO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), EDWIN CHARRIS CABALLERO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO)

RESUMO: Introdução: O tipo de câncer de maior incidência no Brasil é o de pele. Este trabalho apresenta um relato de caso de reconstrução nasal realizado no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, com o objetivo de demonstrar a indicação cirúrgica, tipo de anestesia e a conduta cirúrgica utilizada, de acordo com a técnica do retalho frontal descrita por Sushuta Samhita (retalho indiano). Método Foi realizada a avaliação retrospectiva de um caso de reconstrução nasal realizado em junho de 2016 pela equipe do Departamento de Cirurgia Geral e Especializada da Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO, com o objetivo de mostrar a aplicabilidade da técnica na região nasal. Foram analisadas as variáveis, indicação cirúrgica, anestesia utilizada e técnica cirúrgica. Relatado um caso de paciente tratada pela técnica proposta no Hospital Universitário Gaffrée Guilne, sendo os resultados comparados ao descrito na literatura atual. Resultados: A indicação cirúrgica foi o carcinoma basocelular (CBC), o tipo de anestesia empregado foi anestesia local e o procedimento realizado foi o retalho médio frontal. A evolução do retalho foi satisfatória, com resultado final considerado bom, dentro dos parâmetros encontrados na literatura.. Conclusão: O retalho médio frontal tem uma grande vantagem que consiste na manutenção da vascularização o que é parte fundamental para garantir a viabilidade do retalho, além de, um ótimo resultado estético.

PALAVRAS-CHAVES: Nariz/métodos | Ressecção | Retalho Médio Frontal

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2807

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE FOURNIER: RECONSTRUÇÃO PENIANA COM RETALHO DA FACE MEDIAL DA COXA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RICARDO ESTEFANI (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA), HEITOR VIEIRA NOGUEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA), FLÁVIO EXPEDITO DE MORAIS FREJUELLO (FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA), TIAGO DIAS GOLDONI (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA)

RESUMO: INTRODUÇÃOAs doenças crônicas, imunossupressoras e traumas cutâneos apresentam grande relação com infecções de partes moles. No caso da fasciíte necrotizante o acometimento infeccioso provoca a invasão da fáscia com total prejuízo e destruição do complexo tecido celular subcutâneo/pele promovendo a perda tecidual local, descontinuidade anatômica, necrose e formação de gangrena. No campo da reconstrução, os retalhos musculares apresentam-se como opção viável diante das sequelas decorrentes destas infecções em congruência com Mathes-Nahai por ser opção viável, de relativa e fácil execução e cuja morbimortalidade pós-operatória é baixa. Este relato apresenta caso de Gangrena de Fournier com a reconstrução peniana valendo-se de retalho miocutâneo/pedículo medial da coxa. RELATO DE CASOMasculino, 42 anos, internado em hospital secundário no interior do Estado de S. Paulo com o diagnóstico de fasciíte necrotizante. Após 7 dias de internação aos cuidados da Urologia, submetido a tratamento com antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro (Cefepime), tratamento hiperbárico, desbridamentos e sondagem vesical de demora, houve melhora clínica e laboratorial paciente. Neste ponto, havendo possibilidade clínica de reconstrução foi solicitada avaliação da Cirurgia Plástica da referida instituição. Notou-se extensa exposição de uretra, dorso e ventre peniano, com preservação da glândula, grande área de granulação compondo 90% do órgão. Assim, seguindo-se as prioridades de reconstrução, foi optado por reconstrução local em dois tempos usando o retalho medial da coxa, miocutâneo de pedículo da artéria femoral superficial. Seguiu-se de 21 dias pós operatório, secção do pedículo vascular e pequena enxertia em região dorsal peniano devido à discreta deiscência local, permanecendo o mesmo internado durante todo o tratamento. Após alta hospitalar, em seguimento ambulatorial foram descritas pelo paciente função sexual, funcional/micção e sensibilidade preservadas e de forma satisfatória. CONCLUSÃO Consideramos importante a descrição diante dos poucos casos descritos em literatura. O referido retalho já é conceituado e aceito como grande opção para reconstruções de bolsa escrotal, porém seu uso para reconstrução peniana é limitado e pouco descrito. Apesar do sucesso terapêutico cirúrgico em questão, consideramos importante a realização de novas abordagens para que o referido retalho possa tornar-se uma opção viável no tratamento das sequelas oriundas da fasciíte necrotizante.

PALAVRAS-CHAVES: Reconstrução Peniana | Gangrena Fournier | Fasciíte Necrotizante

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2810

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Versatilidade do retalho tóraco-dorsal para reconstrução torácica: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO GARDENAL ALCANTARA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), HAMILTON ALLEARDO GOELA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DECIO LUIS PORTELLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), MARIANA FIDELIS SOLLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), KARINE HELENA BÓCOLI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), GISELE CRISTINA SILVA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: **Intrdução:** O retalho miocutaneo do músculo grande dorsal é uma das abas mais confiáveis e versáteis utilizados em cirurgia reconstrutiva e é hoje conhecido por seu uso na parede torácica, reconstrução pós-mastectomia e também tem sido utilizada de forma eficaz para a cobertura de grandes defeitos dos tecidos moles na cabeça e pescoço. Não existem contra-indicações absolutas ao uso do músculo grande dorsal, desde que o pedículo vascular esteja intacto.**Método:** Realizada ressecção de todo tecido fibrosado em região de defeito torácico, com liberação de pleura visceral subjacente ao mesmo, aproximação de tecidos e introdução de tela de polipropileno com posterior rotação de retalho. **Resultado:** A reconstrução da área de defeito torácico foi satisfatória, com cobertura local adequada. O paciente permaneceu internado por 3 dias no serviço, não apresentando complicações pós cirúrgicas como necrose, infecção ou deiscências. Nota-se ainda, melhora da expansibilidade e função respiratória do mesmo.**Conclusão:** Tendo em vista suas proporções e localização, o retalho de grande dorsal apresentou-se como boa opção para correção, com resultado favorável, de fácil reprodutivada e com baixos riscos de complicações pós operatórias, correspondendo ao planejamento e objetivos propostos.

PALAVRAS-CHAVES: Parede torácica | Retalhos cirúrgicos | Retalho Miocutâneo

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2811

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Versatilidade do retalho tóraco-dorsal para reconstrução torácica: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO GARDENAL ALCANTARA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), HAMILTON ALLEARDO GOELA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DECIO LUIS PORTELLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), MARIANA FIDELIS SOLLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), KARINE HELENA BÓCOLI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), GISELE CRISTINA SILVA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: **Intrdução:** O retalho miocutaneo do músculo grande dorsal é uma das abas mais confiáveis e versáteis utilizados em cirurgia reconstrutiva e é hoje conhecido por seu uso na parede torácica, reconstrução pós-mastectomia e também tem sido utilizada de forma eficaz para a cobertura de grandes defeitos dos tecidos moles na cabeça e pescoço. Não existem contra-indicações absolutas ao uso do músculo grande dorsal, desde que o pedículo vascular esteja intacto.**Método:** Realizada ressecção de todo tecido fibrosado em região de defeito torácico, com liberação de pleura visceral subjacente ao mesmo, aproximação de tecidos e introdução de tela de polipropileno com posterior rotação de retalho. **Resultado:** A reconstrução da área de defeito torácico foi satisfatória, com cobertura local adequada. O paciente permaneceu internado por 3 dias no serviço, não apresentando complicações pós cirúrgicas como necrose, infecção ou deiscências. Nota-se ainda, melhora da expansibilidade e função respiratória do mesmo.**Conclusão:** Tendo em vista suas proporções e localização, o retalho de grande dorsal apresentou-se como boa opção para correção, com resultado favorável, de fácil reprodutivada e com baixos riscos de complicações pós operatórias, correspondendo ao planejamento e objetivos propostos.

PALAVRAS-CHAVES: Parede torácica | Retalhos cirúrgicos | Retalho Miocutâneo

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2867

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Suspensão Estática com Silicone no tratamento para Ptose Palpebral induzida por TARV ? Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO MORAES DÓREA (UNIVERSIDADE SALVADOR), JULIANA VIEIRA PINTO TRAVASSOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), VICTOR ARAUJO FELZEMBURGH (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), RODRIGO DEL PINO SILVA (UNIVERSIDADE SALVADOR), LUCAS RIOS ROCHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), DARLAN RODRIGUES TORRES (FACULDADE DE CIENCIA E TECNOLOGIA), JOSÉ VALBER LIMA MENESES (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), VICTOR DINIZ POCHAT (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A ptose palpebral se caracteriza pela oclusão incorreta da pálpebra superior, por uma disfunção congênita ou adquirida do músculo levantador da pálpebra. Varia desde uma queda discreta até oclusão total da fenda palpebral.-- A posição normal da pálpebra superior corresponde a 1 a 2 mm abaixo do limbo superior da íris, com a fenda palpebral vertical medindo em torno de 10 mm². A classificação quanto a etiologia é importante, pois determinará a técnica cirúrgica a ser empregada, uma vez que, existe maior elevação palpebral por milímetro de músculo levantador ressecado em ptoses adquiridas quando comparado às congênicas. A base patológica da ptose palpebral congênita é uma deficiência das fibras musculares estriadas do levantador que ocorre na fase embrionária, sendo que o grau desta alteração irá determinar a gravidade da ptose. As ptoses adquiridas envolvem etiologia neurogenética, miogênica, aponeurótica ou mecânica. Dentre estas, pode-se destacar a relação entre uso de TARV com ptose palpebral, especialmente a Zidovudina (AZT). A droga provoca inibição da DNA polimerase mitocondrial do músculo e consequente depleção do seu DNA mitocondrial, resultando em miopatia e consequente fraqueza muscular. Apresentação clínica da ptose grave com comprometimento do campo visual, associada ao uso de antirretroviral é pouco prevalente. Assim, a escolha do tratamento deve ser individualizada por se tratar de uma miopatia não somente do levantador da pálpebra, mas também de outros músculos que estão envolvidos, como forma de tratamento da patologia. RELATO DE CASO: Masculino, 60 anos, com diagnóstico de HIV há 10 anos, apresentou ptose palpebral progressiva após 2 anos de uso de TARV. Oclusão importante dos olhos, ptose grave com pouca excursão muscular ao teste do músculo levantador da pálpebra, apresentando processo de lentificação ao exame da musculatura intrínseca do olho, sendo necessária correção cirúrgica, realizada com suspensores de silicone. Foi executada suspensão de silicone com posicionamento em região de frente com 3 pontos de fixação na pálpebra. Foi elaborada a troca da medicação pela equipe de infectologia. Paciente foi acompanhado pelo serviço apresentando pós operatório satisfatório no curso de 1 ano. CONCLUSÃO: Os resultados se mostraram positivos pois não houveram complicações pós-operatórias, o paciente cursou com significativo ganho visual e posicionamento adequado da pálpebra superior, o que representa o sucesso da técnica aplicada.

PALAVRAS-CHAVES: PTOSE|TARV|SUSPENSÃO SILICONE

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2883

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE RETROSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA DOS CÂNCERES CUTÂNEOS BASOCELULARES E ESPINOCELULARES NO OESTE DO PARANÁ DE 2005 A 2015

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANGELA RENATA DE MELO (CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ), WILLIAN ANTONIO SEIJIN INAMINE (CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ), GABRIEL ANGELO GARUTE ZENATTI (CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ), BRUNA DE SOUZA BRITO (CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ), FABRICIO MACHADO PELICOLI (CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ)

RESUMO: OBJETIVO: Analisar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com câncer cutâneo não-melanoma em hospitais da região oeste do Paraná - o Centro de Oncologia de Cascavel (CEONC) e o Hospital do Câncer de Cascavel (UOPECANN). A motivação em realizar essa pesquisa advém da grande frequência de casos relatados na região Sul do Brasil, de forma geral. MÉTODOS: Estudo retrospectivo de pacientes diagnosticados com câncer não-melanoma cutâneo entre os anos de 2005 a 2015 por meio da plataforma online do Instituto Nacional de Câncer em dois hospitais referência em oncologia no oeste do Paraná. Foram coletados dados referentes ao tipo de câncer, à idade, ao sexo, à raça e à ocupação dos pacientes. RESULTADOS: 4.823 pacientes foram analisados no período do estudo. De modo geral, houve predomínio do sexo masculino (51,2%), a partir da quinta década de vida, brancos (89,7%), com ocupação na área agropecuária (16,5%). CONCLUSÕES: A presente série de casos é significativa na concordância com a literatura vigente. Conclui-se que há discordância apenas quanto ao sexo acometido, mas não para todos os tipos de tumores cutâneos não-melanoma e parcialmente quanto à ocupação. Além disso, o predomínio de casos em pessoas expostas ao sol sugere uma importante necessidade de prevenção no que tange o sistema de atenção primária. REFERÊNCIAS: ROSSATO, L. A., Carneiro, R. C., Macedo, E. M. S. D., Lima, P. P. D., Miyazaki, A. A., & Matayoshi, S. Diagnosis of aggressive subtypes of eyelid basal cell carcinoma by 2-mm punch biopsy: prospective and comparative study. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2016; 43(4), 262-269. COSTA, C. S. Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção. *Diagnóstico e tratamento*, 2012; 17(4). SENA, J. S., GIRÃO, R. J. S., CARVALHO, S. M. F. D., TAVARES, R. M., FONSECA, F. L. A., SILVA, P. B. A., & BARBOSA, M. C. F. P. Occupational skin cancer: Systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2016; 62(3), 280-286. FERREIRA, F. R., PEVIDE, B. D. C., RODRIGUES, R. F., NASCIMENTO, L. F. C., & LIRA, M. L. D. A. Differences in age and topographic distribution of the different histological subtypes of basal cell carcinoma, Taubaté (SP), Brazil. *Anais brasileiros de dermatologia*, 2013; 88(5), 726-730. World Health Organization. *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; Geneva: World Health Organization, 2014. Instituto Nacional do Câncer (INCA) [Internet]. Tipos de câncer: pele não-melanoma

PALAVRAS-CHAVES: Não-melanoma | Câncer de pele | Carcinomas basocelular e espinocelular

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2889

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: USO DO CURATIVO À VÁCUO EM COMPLICAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA: PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DA FERIDA E APLICAÇÃO PÓS-ENXERTIA CUTÂNEA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMYLA LEMOS BUDIB (UNIVAG), MARCEL NORONHA GONZAGA (HOSPITAL SANTA ROSA), RÔMULO TORQUATO (UNIVAG), PEDRO AUGUSTO DE OLIVEIRA NETO (UNIVAG), GISELI CRISTINA TEIXEIRA (UNIVAG)

RESUMO: INTRODUÇÃO A utilização de pressão subatmosférica (curativo à vácuo) para cicatrização de feridas resulta na contração da ferida, estimula o crescimento epitelial e previne infecções. Em casos de enxertia cutânea, favorece a integração do enxerto. Nas cirurgias artroplásticas, uma infecção é catastrófica, por isso o uso da pressão negativa nas feridas pós-operatórias destes casos. O presente trabalho objetiva a descrição de um caso, no qual foi utilizado curativo à vácuo no pré e pós-operatório para tratamento de ferida de complicação ortopédica, o que culminou em resultado satisfatório, otimizando a integração do enxerto. RELATO DE CASO Paciente BRO, 53 anos, sexo masculino, realizada artroplastia de joelho direito há 43 dias. Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal crônica, em hemodiálise. Exames laboratoriais: Hb: 9.4, Leucócitos: 5.540, Plaquetas: 110.000. Realizada exploração cirúrgica em outro serviço, deixando ferida operatória aberta. Transferido para este Hospital, realizada artroplastia de joelho e terapia com câmara hiperbárica para otimizar a cicatrização da ferida. Após 20 dias, a Cirurgia Plástica Reparadora avaliou a ferida (10x18 cm) em joelho direito nas fases intermediárias cicatriciais, com tecido de granulação e superfície irregular. Feito uso de terapia por pressão negativa por 8 dias que preparou o leito da ferida (superfície mais regular e compacta) para a enxertia cutânea. Submetido à enxertia de pele total e reintroduzido curativo à vácuo por 6 dias sobre o enxerto. Iniciado uso de curativos com compressa não-aderente e óleo de Ácidos Graxos Essenciais. Alta 15 dias após a cirurgia, com 100% de ?pega? do enxerto. CONCLUSÃO A terapia por pressão negativa age por da macro e microdeformação, remoção de fluidos, angiogênese e formação de tecido de granulação, transformando ferida aberta em fechada. Há retirada de exsudato da ferida com redução do odor, dor e das complicações, como deiscência, infecção, hematoma e seroma. É frequente a drenagem prolongada da ferida após artroplastia total do joelho, com risco 12,7 vezes maior de infecção periprotética articular (IPA). O uso de pressão negativa tem evidência clínica forte nesses casos. Conclui-se que o uso do curativo à vácuo, no pré e no pós-operatório do paciente a que se refere, promoveu melhora da vascularização e um ambiente mais favorável para receber enxerto cutâneo. Assim, o uso da terapia citada justifica-se, sendo tratamento auxiliar na resolução do caso.

PALAVRAS-CHAVES: Terapia por pressão negativa | Curativo à vácuo | Enxertia cutânea

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2899

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Mastite Necrotizante por *Stenotrophomonas maltophilia* e Amamentação: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAMIRIS VILAS BOAS NEVES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO), STEFANO TERSARIOLLI MUTO (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO), LARISSA GONÇALVES DOS SANTOS (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO), LISANDRA AYUSSO (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO), LUDMILA LILIANA GUAZELLI DE FREITAS (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO), MARCUS ODILON ANDRADE BALDIM (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO), LUCAS FILENI BAPTISTELLA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO), ALINE STIVANIN TEIXEIRA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELANO)

RESUMO: RESUMO: A mastite é definida clinicamente como a presença de inflamação dolorosa e localizada nas mamas, associada a sintomas sistêmicos de infecção. Pacientes imunodeprimidos, alcoólatras, diabéticos, portadores de doenças vasculares e usuários de drogas podem desenvolver a mastite necrotizante bacteriana. OBJETIVO: Este relato tem como objetivo expor o caso de uma paciente imunocompetente com quadro de mastite necrotizante avançada, reforçar as condutas médicas adequadas e a necessidade de intensificar a detecção precoce dos problemas relacionados à lactação e seu manejo. MÉTODO: Paciente de 44 anos, deu entrada no HUAV (Hospital Universitário Alzira Velano), com queixa de ?mal-estar?, síncope e apatia, com piora progressiva, de início há quatro dias, associado à hiporexia. Estava em tratamento de mastite em mama esquerda com Cefalexina. Nega comorbidades. Último parto há dois anos, estando em amamentação até hoje. A hipótese diagnóstica foi de sepse grave de foco cutâneo, forçando a realização de cirúrgica imediata, com internação hospitalar e solicitação de exames laboratoriais e complementares. Iniciou-se o tratamento medicamentoso com Ceftriaxona. No ultrassom mamário houve espessamento cutâneo e aumento difuso da ecogenicidade do parênquima mamário e áreas anecóides. O resultado da cultura da secreção foi de *Stenotrophomonas maltophilia*, sensível a Levofloxacino e Trimetroprima + Sulfonamida. RESULTADOS: Com todos os laudos complementares em mãos e a mastectomia total realizada, pode-se constatar a gravidade do quadro, uma vez que a bactéria *Stenotrophomonas maltophilia* tem importante papel no cenário das infecções hospitalares e apresenta uma característica multirresistente aos antibióticos disponíveis. Tipagem fenotípica e genotípica têm sido utilizadas no cenário atual na tentativa de definir padrões de transmissão e disseminação intra- e inter-hospitalar, porém a metodologia molecular é considerada o recurso técnico mais promissor no estabelecimento da epidemiologia desse importante patógeno. Somente após essa investigação é que poderá ser concluída a forma como essa paciente adquiriu tal patógeno, buscando relação íntima com a amamentação prolongada que a mesma realizava para seu lactente.

PALAVRAS-CHAVES: MASTITE | *Stenotrophomonas maltophilia* | AMAMENTAÇÃO

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2909

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Retalho Sural Reverso de Pedículo Fasciossubcutâneo: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL NUNES E SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)), MARCELO ROSSETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)), AGLIBERTO AUGUSTO BARSAGLINI MARCONDES REZENDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)), ISABELA CARRIJO PESSOA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)), MARIANNA DA GAMA MACHADO (SANTA CASA CAMPO GRANDE MS)

RESUMO: Introdução: As perdas de substância no terço inferior da perna costumam exigir elaboradas estratégias cirúrgicas para sua reconstrução. Especialmente os defeitos complexos da região do Tendão de Aquiles, intercorrências comuns pós-cirurgias ortopédicas, podem representar verdadeiros desafios para os cirurgiões plásticos, devido as altas taxas de complicações e insucessos. Dentre as opções existentes para essa reconstrução, o retalho sural reverso de pedículo fasciossubcutâneo - opção pouco relatada na literatura - surge como excelente alternativa. Relato de caso: paciente sexo masculino, 28 anos, vítima de acidente automobilístico, submetido a cirurgia ortopédica para correção de ruptura subtotal de Tendão de Aquiles, evoluindo com necrose tecidual e exposição do tendão no sétimo dia de pós-operatório. Realizados desbridamentos pela equipe de ortopedia, sem melhora do quadro até que, no trigésimo dia de pós-operatório, foi encaminhado ao serviço de cirurgia plástica. Após avaliação, o paciente foi submetido a reconstrução do terço ínfero-posterior da perna com um retalho sural reverso de pedículo fasciossubcutâneo. Não houve complicações, a cicatrização evoluiu bem e o paciente apresentou resultado satisfatório, com recuperação da função no membro atingido. Conclusão: O retalho sural reverso de pedículo fasciossubcutâneo é uma alternativa válida para cobertura de lesões de terço inferior da perna, apresentando vantagens em relação as técnicas mais descritas na literatura.

PALAVRAS-CHAVES: Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos | Retalhos Cirúrgicos | Retalho Sural

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2911

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Avaliação do paciente submetido à cirurgia bariátrica sobre sua mudança do contorno corporal.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLERSON MATTIOLI (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA), ANTONIO MATEUS ANDRADE DE SOUSA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), FAUSTO VITERBO (UNESP), FLAVIO MENDES (UNESP), ANA CLARA DE FRANÇA CAMPOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), VICTOR DE FRANÇA OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LORENNNA DE SOUSA FONTENELE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), SUZANA BERNADO DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: INTRODUÇÃO:A obesidade mórbida é atualmente uma pandemia. Desde a década de 50, com o advento das cirurgias para redução do peso corpóreo, inúmeras modificações a este procedimento têm sido direcionadas no sentido de minimizar as complicações bem como atingir uma perda de peso ideal. A cada dia o número de cirurgias bariátricas estão crescendo em todo mundo e por conseguinte um número crescente de pacientes com importante perda ponderal e mudança no seu contorno corporal. Os grandes excessos cutâneos podem ocasionar distúrbios posturais, higiênicos, dermatológicos (dermatites) e restrições sexuais, entre outras privações psicossociais. É sabido que a flacidez cutânea atinge todas as áreas do corpo, face e pescoço, braços, mamas, abdome e coxa porém ainda é desconhecida a dinâmica desta flacidez. O objetivo deste trabalho é mostrar a avaliação do paciente submetido a cirurgia bariátrica sobre sua mudança do contorno corporal tentando avaliar uma tendência da dinâmica da flacidez cutânea. MÉTODOS:Foram realizados questionários por conveniência, de pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, no período de dezembro de 2010 a agosto de 2011 submetidos a cirurgia bariátrica. Estes foram questionados para avaliarem sua flacidez cutânea atribuindo notas de 1 a 10 da face e pescoço, mamas, braço, abdome e coxa, antes e depois da redução ponderal e qual a região do corpo com a maior queixa estética.RESULTADOS Dos pacientes entrevistados, 64 (63,91%) estabilizaram o peso após a cirurgia bariátrica e 35(36,08) ainda não estabilizaram. Após a realização da cirurgia bariátrica a média de nota para a flacidez cutânea da face e pescoço foi de 3.28, sendo a maior parte dos pacientes (50,52%) dando nota 1. A média de nota para a flacidez cutânea dos braços foi de 7.3, sendo a maior parte dos pacientes (34.2%) dando nota 10. Após a realização da cirurgia bariátrica a média de nota para a flacidez cutânea das mamas foi de 8.57, sendo a maior parte dos pacientes (55.67%) dando nota 10. Após a realização da cirurgia bariátrica a média de nota para a flacidez cutânea do abdome foi de 8.79, sendo a maior parte dos pacientes (55.67%) dando nota 10. Após a realização da cirurgia bariátrica a média de nota para a flacidez cutânea da coxa foi de 8.16, sendo a maior parte dos pacientes (41,2%) dando nota 10 (Gráfico 1).

PALAVRAS-CHAVES: Bariátrica | Cirurgia | Obesidade

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2923

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SUPLEMENTAÇÃO DO ÁCIDO FÓLICO NA GESTANTE: DESENVOLVIMENTO DE FENDAS LABIOPALATINAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ESIANE DE FREITAS CORREIA (DISCENTE FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ANA BEATRIZ SILVA BARBOSA (DISCENTE FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), BEATRIZ GOMES ARRUDA (DISCENTE FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), FRANCISCO RODOLFO DE FREITAS PEREIRA (DISCENTE FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), IANA BEZERRA QUEIROZ ARAÚJO (DISCENTE FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LARA LÍVIA VALENÇA BATISTA (DISCENTE FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), THIAGO DO VALLE ROCHA (DISCENTE FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ANDRÉ MACEDO LUNA (DOCENTE FAMENE - FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Objetivos: A suplementação de ácido fólico na gestação já vem sendo correlacionada com a diminuição do desenvolvimento de fendas labiopalatinas, o estudo em questão busca comprovar a influência da ingestão do folato para prevenção desta mal formação. Método: Estudo retrospectivo no qual foram revisados prontuários de 89 pacientes atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley - PB e que apresentavam fissura labiopalatais, correlacionando com artigos encontrados nos principais bancos de dados. Resultados: Dos 89 pacientes analisados entre 2010 - 2016, aproximadamente 58% eram do sexo masculino, o que mostrou-se ainda mais prevalente no tipo de fenda transforame direita (TD), sendo 82% deste sexo. Observou-se ainda predomínio dos tipos de fenda transforame, com 66%, sobre 19% pré forame e 14% pós forame. A quantidade de procedimentos também foi maior na transforame, com média de 2,5 cirurgias. Correlacionando o uso do folato e o desenvolvimento da fenda, foi encontrada discreta prevalência, 26%, entre as gestações não suplementadas, dado que pode ter sido mascarado pela escassez de informações em 54% dos prontuários. Conclusão: Os resultados foram condizentes com a literatura, em que pudemos encontrar uma maior incidência do sexo masculino^{1,2} e maior prevalência do tipo transforame, o qual também é considerado o mais grave, necessitando de maior número de cirurgias³. Foi verificado na literatura que vários fatores influenciam na implementação do folato na dieta das gestantes, sendo o baixo nível socioeconômico um das causas marcantes⁴. Apesar da discreta prevalência dos pacientes que não tiveram a gestação suplementada, a subnotificação dos prontuários acabou por ser fator comprometedor para estabelecer a eficácia da suplementação do folato. Bibliografia: 1. Santana et al. Nascidos vivos com fissura de lábio e/ou palato: as contribuições da fonoaudiologia para o Sinasc. Rev. Cefac. Recife; 17(2), p. 485-491, mar./abr., 2015. 2. Tabaquim, M. L. M. ; Joaquim, R. M. Avaliação neuropsicológica de crianças com fissura labiopalatina. Archives of health investigation, v. 2, n. 5, 2013. 3. Rocha, Sanyra Lopes Dias. "Perfil epidemiológico de pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato atendidos em um centro especializado de Salvador-Ba no período de 2000 a 2013." (2016). 4. De Marquia, Paola Agatina, et al. Principais Fatores da Baixa Adesão ao Uso do Ácido Fólico. Journal of Health Sciences, 16.2, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: fenda labiopalatina | ácido fólico | gravidez

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2958

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÍNDICE DE INFECÇÃO ENTRE PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS INTERNADOS EM HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-PI

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRENNO IVO SOARES SANTOS (UFPI/HSPE), THIAGO AYRES HOLANDA (NOVAFAPI), CAROLINA HOLANDA VICTOR DE OLIVEIRA (NOVAFAPI), CARLO VICTOR SOUSA RODRIGUES (NOVAFAPI), BRENDA IRLA SOARES SANTOS (UFPI)

RESUMO: OBJETIVOS: Queimadura é definida como uma lesão da pele causada por um agente externo. Objetivou-se com essa pesquisa avaliar os índices de infecção entre os pacientes que foram internados em um hospital de urgência de Teresina-PI em novembro de 2016. MÉTODOS: Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, por meio da coleta de dados em 28 prontuários de paciente internados por queimadura. RESULTADOS: infecções se sobressaíram mais naqueles com porte de queimadura grave, sendo o principal agente causador o fogo, com índices de infecção em torno de 25%, onde os principais tipos foram: infecção urinária, a infecção de pele e a infecção de partes moles, sendo o agente causador mais mencionado a *Morganela Morganim*. CONCLUSÕES: Pacientes com queimadura do tipo grave apresentaram no estudo um maior índice de infecção, sobretudo naqueles internados fora da Unidade de Tratamento de Queimados. A ocorrência considerável de infecção por *Mortadela Morganim* sugere falha na higiene destes pacientes, por provável contato das queimaduras com as fezes. REFERÊNCIAS: 1. Shoja S, et al. Dissemination of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* in patients with burn injuries. *J Chin Med Assoc.* 2017 Mar 3 2. Saeidinia A, et al. Partial-thickness burn wounds healing by topical treatment: A randomized controlled comparison between silver sulfadiazine and centiderm. *Medicine (Baltimore).* 2017 Mar.

PALAVRAS-CHAVES: infecção|queimadura|índice

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2963

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CIRURGIAS PLÁSTICAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM TERESINA-PI NO ANO DE 2015

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA CUNHA DA COSTA (NOVAFAPI), BRENNO IVO SOARES SANTOS (UFPI/HSPE), THIAGO AYRES HOLANDA (NOVAFAPI), CARLO VICTOR SOUSA RODRIGUES (NOVAFAPI), LUCAS DE DEUS SOUSA (NOVAFAPI), JOÃO LISBOA DE FLORES NETO (NOVAFAPI), BRENDA IRLA SOARES SANTOS (UFPI)

RESUMO: OBJETIVO: Descrever características epidemiológicas de cirurgias plásticas estéticas realizadas em hospital de referência no estado do Piauí. MATERIAL E MÉTODOS: O universo pesquisado foi o conjunto de pacientes submetidos a cirurgia plástica no ano de 2015 em hospital de referência, sendo analisadas as seguintes variáveis: mês de realização, sexo do paciente, idade, tipo de cirurgia realizada, tipo de procedimento anestésico realizado. RESULTADOS: Foram realizadas 819 cirurgias plásticas no hospital pesquisado. Mulheres corresponderam a 91% dos casos. Lipoaspiração (29,4%) e mamoplastia (21,3%) foram as cirurgias mais executadas. Em homens, o implante capilar correspondeu a 52% dos procedimentos realizados neste sexo. Os meses de Janeiro, Julho, Outubro e Dezembro foram os de maior movimento cirúrgico (41,7% dos casos). Quanto ao tipo de anestesia, geral endovenosa foi a via preferencial sendo utilizada em 69% dos atos cirúrgicos, nestes em 47 % associada a anestesia peridural. A duração média das cirurgias plásticas estéticas correspondeu a 290 minutos. CONCLUSÃO: Apesar de ser considerado um dos estados de menor PIB da federação, o presente estudo concluiu que a cirurgia plástica estética representa um importante segmento das cirurgias realizadas. Lipoaspiração e mamoplastia foram as cirurgias mais executadas, correspondendo com a literatura. Mulheres corresponderam à mais de 90% dos casos, dado um pouco discrepante da realidade nacional, onde os homens já representam um segmento maior. REFERÊNCIAS: 1. Srinivasa DR, et al. Global Adverse Event Reports of Breast Implant-Associated ALCL: An International Review of 40 Government Authority Databases., *Plast Reconstr Surg.* 2017 Jan 20. 2. Hammoudeh ZS, et al. The "Independent" Plastic Surgery Match: Analysis of Changes in Recent Years and Applicant Preferences. *J Surg Educ.* 2016 Nov - Dec.

PALAVRAS-CHAVES: perfil | epidemiologia | cirurgia plastica

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2970

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: UTILIZAÇÃO DE ENXERTOS CARTILAGIONOSOS EM PONTA NASAL EM RINOPLASTIA: REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLERSON MATTIOLI (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA), ANTONIO MATEUS ANDRADE DE SOUSA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), FERNANDO MARCOS MATTIOLI (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA), VICTOR DE FRANÇA OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ANA CLARA DE FRANÇA CAMPOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JADER TAVARES DE MENDONÇA FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), RAVENA ALVES MARTINS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LORENNIA DE SOUSA FONTENELE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Introdução:A rinoplastia é a quinta cirurgia plástica mais realizada no mundo,como objetivo,criar um nariz elegante e funcional,seja por fins de reparação ou estética.O enxerto mais usado é enxerto autólogo de cartilagem. Os enxertos mais comuns são a estaca columelar, Escudo de Sheen,Asa de Gaivota,alar contour grafts,lateral crural strut grafts e enxerto morcelizado.Objetivo:O trabalho trata-se de uma revisão da literatura sobre os enxertos cartilagosos de ponta nasal em rinoplastia analisando suas funções, benefícios e utilizações. Metodologia:Foi elaborado um levantamento bibliográfico baseado na pesquisa de artigos, nas bases de dados:SCIELO E LILACS.Utilizou-se descritores:enxertos,rinoplastia e afinamento de ponta nasal,no período de 2012 a 2016.Resultados e discussão:Devido à complexidade das deformidades da ponta nasal encontradas pelos cirurgiões,nenhuma técnica isolada é suficiente para corrigir adequadamente as numerosas apresentações anatômicas da ponta nasal.Para alcançar uma melhor definição da ponta nasal,é de fundamental importância que todo cirurgião trabalhe o conhecimento das variações anatômicas,tipos de enxertos possíveis,além de conservação do esqueleto,reposicionamento de cartilagem e técnica cirúrgica altamente precisa.Segundo Casanueva et al.,o Escudo de Sheen é a forma do enxerto mais utilizada.Usado principalmente para aumentar a definição e projeção da ponta nasal.O enxerto em Asa de Gaivota utiliza comumente a cartilagem auricula.O enxerto morcelizado é uma alternativa para ao aumento da definição e projeção de ponta em pacientes com pele fina.O enxerto de Contorno Alar corresponde a um enxerto que reconstitui o suporte e contorno da margem alar.Usando o ponto domal cefálico, naturalmente levanta a bordo distal da cruz lateral, aumentando o volume do contorno alar.A Estaca columelar é a primeira escolha para manutenção ou ganho de projeção da ponta, podendo ser fixado à espinha nasal, ao septo caudal ou a um spreader graft mais longo.Segundo Casanueva et al.,a lateral crural strut grafts consiste num método para correção da porção lateral da cartilagem lateral inferior mal posicionada.Conclusão:É de suma importância o conhecimento do cirurgião plástico sobre o tipo de enxerto e o seu uso em cada variedade anatômica dos pacientes, na busca incessante da satisfação estética e funcional, proporcionando adequado suporte ao esqueleto osteocartilaginoso e às válvulas nasais.

PALAVRAS-CHAVES: Enxertos | Rinoplastia | Cirurgia

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2990

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: TRATAMENTO CONSERVADOR EM CASO DA SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON DESENCADEADA POR ANTICONVULSIVANTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELLA REZENDE HACHUL (FAME), MARCO RINOLDI (FAME), LAURA DORNELAS CORRÊA (SUPREMA), LIVIA DORNELAS CORRÊA (HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA TEREZINHA), MARILIA DE PÁDUA DORNELAS CORRÊA (UFJF E PLASTIC CENTER), MARCÍLIA DE CASSIA DORNELAS (PLASTIC CENTER E DABIN)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Descrita em 1922, a Síndrome de Stevens-Johnson é uma reação cutânea grave, com potencial para morbidade e mortalidade, acometendo a pele e mucosa. Quando acomete mais de 30% na superfície corpórea, é denominada Necrólise Epidérmica Tóxica. Quadro clínico caracterizado por exantema eritematoso disseminado de acometimento centrífugo, lesões em alvo, envolvendo também as mucosas oral, ocular e genital. A SSJ é uma afecção rara, com incidência descrita de 2-3 casos por milhão habitante / ano na Europa e Estados Unidos, é fatal em 5% dos casos, podendo chegar a 30% na NET. Fatores predispõem: comorbidades múltiplas, medicamentos, idade avançada, susceptibilidade genética e doenças imune. A patogênese básica é uma reação de hipersensibilidade imunomediada, relacionada principalmente ao uso de fármacos. O diagnóstico é empírico. RELATO DE CASO: Paciente C. S. R., sexo feminino, três anos, apresentou quadro de febre sem foco infeccioso, nove dias após iniciar uso de Oxcarbazepina. Fazia uso de Periciazina como anticonvulsivante, procurou atendimento hospitalar após cinco dias do início dos sintomas, apresentando pápulas eritematosas. Levantadas, inicialmente, as hipóteses diagnósticas de Dengue e Sarampo todavia excluídas por exames laboratoriais e história vacinal. Evoluiu com formação de lesões esfoliativas, bolhas e epidermólise disseminadas, na face e no pescoço com acometimento ocular, edema palpebral, desepitelização corneana central, e das mucosas oral e vaginal. Foi encaminhada ao centro de tratamento intensivo (CTI) pediátrico devido a sinais de sepse e síndrome da angústia respiratória aguda grave. Tratada, sob cuidados intensivos, com suporte ventilatório invasivo, antibióticos de largo espectro, corticoterapia, imunoglobulina e hemotransfusão e acompanhada, por equipe multidisciplinar, optou por tratamento conservador com o uso de curativos diários com Sulfadiazina de Prata 1% e gaze vaselinada, além de hidratação da pele da face, já sem flictemas, com pomada de Neomicina e Bacitracina e do restante da superfície corporal com triglicerídeos de cadeia média. Alta do CTI após oito dias e para o domicílio após dezenove dias de internação, mantendo acompanhamento ambulatorial e sem seqüelas. CONCLUSÃO: Embora rara, a SJS é uma reação imunomediada tardia a fármacos que tem alto potencial de morbimortalidade para o paciente, sendo importante o seu reconhecimento precoce e tratamento adequado.

PALAVRAS-CHAVES: síndrome steve johnson | anticonvulsivante | SJJ

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 2998

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDRADENITE SUPURATIVA EM REGIÃO INGUINAL, PERINEAL E INTERGLÚTEA EM PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LAURA DORNELAS CORRÊA (SUPREMA - FACULDADE DE CIENCIAS MÉDICAS E DA SAUDE DE JUIZ DE FORA), MARCELLA REZENDE HACHUL (FAME), MARCO RINOLDI (FAME), LIVIA DORNELAS CORRÊA (HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA TEREZINHA), MARILIA DE PÁDUA DORNELAS CORRÊA (UFJF E PLASTIC CENTER), MARCÍLIA DE CASSIA DORNELAS (PLASTIC CENTER E HOSPITAL ALBERT SABIN), GABRIEL VICTOR DORNELAS (SUPREMA)

RESUMO: Introdução: Hidradenite supurativa é uma doença crônica, de início insidioso com nódulos subcutâneos e evolução para placas fibrosas, fistulizações com drenagem de secreção, de difícil tratamento clínico. Relato de caso: Paciente de 47 anos, sexo feminino, doméstica, casada, natural de Matias Barbosa ? MG, ex-tabagista e ex-etilista. Iniciou há três anos com nódulos em região inguinal, perineal e interglútea, com evolução insidiosa para abscessos e ruptura com drenagem de secreção seropurulenta. Manteve em acompanhamento clínico das lesões com dermatologistas, usando Metronidazol, Ciprofloxacino e Sulfametoxazol + trimetoprima, placas de hidrocolóide, hidrogel com alginato e 20 sessões de terapia hiperbárica. É portadora de doença de Crohn diagnosticada há 19 anos, submetida à ressecções intestinais e fistulectomias anais. Há dois anos foi submetida amputação de reto e ileostomia. Internou no Hospital Universitário da UFJF com quadro de sepse de foco cutâneo optando-se por abordagem cirúrgica das lesões após compensação clínica da paciente. Realizada ressecção de lesões inguinais, raiz de coxa e interglútea à nível de fáscia muscular, fechamento primário na região inguinal, retalho simples de avanço em raiz de coxa e retalhos cutâneos de glúteos bilateral. Laudo anatomopatológico confirmou hidradenite. Reabordada para ressutura no 15º DPO, evoluiu com deiscência parcial de região interglútea. No acompanhamento ambulatorial, paciente com higiene precária, evoluiu com deiscência total das feridas e ao ser proposto nova abordagem cirúrgica, abandonou o tratamento. Reinternou em sepse de foco cutâneo após quatro meses de pós-operatório, com desnutrição e anemia e após compensada clinicamente foi iniciado curativo à vácuo com troca do mesmo a cada três ou quatro dias. Reoperada para ressutura de feridas cruentas de virilha e interglútea. Mantendo feridas úmidas e optado por curativo seco, paciente ainda em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: Há várias semelhanças entre Hidradenite Supurativa e Doença de Crohn. Doenças crônicas do epitélio habitadas por flora comensal; tabagismo em 77 - 89% dos pacientes com HS e é um fator de risco para DC; ambas têm predisposição genética e resposta clínica à terapia anti-TN. Novos estudos são necessários para avaliar uma patogênese em comum. O diagnóstico diferencial pode ser difícil por causa da localização e características das lesões, porém, deve ser realizado para tratamento adequado, evitando-se as complicações.

PALAVRAS-CHAVES: hidradenite supurativa | região inguinal | relato de caso

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 3036

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RECONSTRUÇÃO DE MAMA COM RETALHO MIO CUTÂNEO DO MÚSCULO LATÍSSIMO DO DORSO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA COELHO XAVIER (UNINASSAU), LUÍS AUGUSTO PRAZIM BEZERRA (UESB), MATHEUS OLIVEIRA CARLOTA (PUCCAMP), HEMELI GEANINE BERTOLDI (SUPREMA), FELIPE AUGUSTO FERREIRA SIQUELLI (FACISB), TATYANE RIBEIRO DE CASTRO PALITOT (UFRN), GABRIEL LUNARDI ARANHA (SUPREMA)

RESUMO: O câncer de mama é a neoplasia de maior incidência nas mulheres. O carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico de câncer de mama invasivo mais comum. O prognóstico apesar de bom quando isolado, é sombrio em casos de metástases. O tratamento cirúrgico tem significativo papel e o mais utilizado é a mastectomia radical modificada, método que preserva o músculo peitoral. Essa prática tem como exemplos o uso de expansores teciduais e implantes de silicone, retalhos mio cutâneos e transferências de tecido autógeno. O retalho mio cutâneo do músculo latíssimo do dorso é uma das abas mais confiáveis utilizados em cirurgia reconstrutiva e é conhecido por seu uso na parede torácica, reconstrução pós-mastectomia e também é utilizado de forma eficaz para a cobertura de grandes defeitos dos tecidos moles. Não existem contraindicações absolutas ao seu uso caso o pedículo vascular esteja intacto. A reconstrução da mama aparece com grande importância na recuperação da auto-estima e no bem-estar, principalmente pela sensação de mutilação provocada pela mastectomia, que tem implicações físicas, estéticas, sociais e sexuais. Trata-se de um relato de caso subsidiado por análise retrospectiva do prontuário e revisão bibliográfica. Paciente, 64 anos, feminino, apresentou diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante, estágio IIB, em mama direita. Foi submetida à mastectomia radical modificada (linfonodo sentinela negativa) sem esvaziamento axilar, associada à reconstrução mamária imediata, com retalho mio cutâneo do músculo grande dorsal e colocação de prótese de silicone texturizada, perfil baixo, volume 310cm³ (cc). Após 12 meses, realizou segundo tempo da reconstrução mamária através de enxerto de pele parcial da região crural e mamilo contra-lateral associada à colocação de prótese de silicone texturizada, perfil moderado, volume de 150cc na mama remanescente. A técnica mais usada para reconstrução é o uso de expansor tecidual e inclusão de prótese de silicone, 40% dos casos. Em 36% dos procedimentos foi realizado retalho do músculo latíssimo do dorso. A reconstrução imediata parece ser mais benéfica para a mulher, pois evita mais constrangimentos em relação à cirurgia reconstrutora retardada. Tendo em vista suas características, o retalho do músculo latíssimo do dorso apresentou-se como boa opção para correção, com resultado favorável, de fácil reprodução e com baixos riscos de complicações, correspondendo aos objetivos propostos.

PALAVRAS-CHAVES: RETALHO MIO CUTÂNEO | CIRURGIA RECONSTRUTORA | MASTECTOMIA

ÁREA: CIRURGIA PLÁSTICA

CÓDIGO: 3058

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem Diferencial em um caso de Hérnia Paraumbilical

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA (INSTITUTO VIGOR), ORESTES FERNANDES POLO (MASTERPLÁSTICA)

RESUMO: Introdução O crescimento do número de cirurgias bariátricas no mundo trouxe ao consultório do cirurgião plástico um novo paciente, que busca associar um procedimento estético ao tratamento de sequelas causadas pela rápida perda ponderal de peso como redundância cutânea, flacidez fascial e cicatrizes no abdome. O objetivo é diminuir custos e submeter este paciente a uma anestesia apenas. A abdominoplastia é uma das cirurgias estéticas mais procurada por estes pacientes pois corrige o excesso do tecido cutâneo e adiposo através de sua ressecção e pela possibilidade de ser associada a procedimentos sobre a musculatura, como rotação ou plicatura dos músculos oblíquos externos, aponeuroses abdominais, lipoaspirações e no tratamento de hérnias ventrais. Esta surge em região do umbigo, geralmente, quando uma parte do revestimento da cavidade abdominal atravessa o tecido muscular. No início, o principal sintoma é dor local ao toque ou quando é feito algum esforço e com o tempo poderá surgir um abaulamento. Se a hérnia for diagnosticada precocemente pode-se reduzir o conteúdo herniário, mas se esse conteúdo aumentar de volume e tiver um anel herniário estreito, a hérnia umbilical pode se tornar irreduzível, aumentando o desconforto e as dores levando há um estrangulamento herniário que pode levar o paciente a morte. Relato de caso Paciente feminino, 43 anos, IMC de 28,4, perda ponderal de 25Kg pós gastroplastia, procurou o serviço de cirurgia plástica para correção funcional e estética da parede abdominal. Ultrassom de abdome mostrou hérnia paraumbilical à direita - falha na aponeurose muscular paraumbilical de 3,1cm, com protusão de conteúdo omental a manobra de valsalva com redução espontânea. O tratamento cirúrgico de escolha foi a lipoabdominoplastia estética associada a herniorrafia e reforço de parede com plicatura muscular. Ao retirar, por avulsão, o retalho cutâneo-adiposo abdominal inferior demarcado, a diástase dos músculos reto abdominais foi identificada e marcada, visualizando-se 4 hérnias paraumbilicais. Os anéis herniários foram dissecados, o conteúdo reduzido e a aponeurose fechada. Concluiu-se a cirurgia com aproximação do retalho cutâneo e fixação da fáscia de Scarpa na base lateral do umbigo. Conclusão Este caso mostrou que a experiência do cirurgião é essencial para o sucesso da cirurgia, tendo em vista o encontro inesperado de 3 hérnias paraumbilicais durante o procedimento. A abdominoplastia foi a técnica ideal neste caso mostrando ser um método seguro e eficaz.

PALAVRAS-CHAVES: Gastroplastia | Hérnia paraumbilical | Lipoabdominoplastia

CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 309

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABORDAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICA DO TUMOR DE ASKIN

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ERLON DE AVILA CARVALHO (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), LEANDRO JAIME BARRETO COSTA (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), IZIS FERREIRA VALADÃO (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), LEONARDO MARTINS CALDEIRA DE DEUS (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), RACHID ANUAR DE OLIVEIRA LAUAR (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O tumor neuroectodérmico primitivo (PNET) pertence a um grupo de tumores de pequenas células redondas, tem origem neural podendo comprometer o sistema nervoso central e periférico. O PNET torácico recebe o nome de Tumor de Askin por ter sido descrito por esse autor em 1979, porém não difere biologicamente dos tumores de outras localizações. Apresentamos um caso sobre a abordagem e tratamento do Tumor de Askin. MNRM, feminino, 59 anos, procurou o pronto atendimento com queixa de dor torácica e dispnéia leve, de surgimento há 2 meses. Realizada radiografia de tórax que evidenciou massa em HTX esquerdo. No ambulatório de Cirurgia do Tórax, foi solicitada TC de tórax com presença de volumoso processo expansivo de 18x15cm. Realizada biópsia, com imunohistoquímico comprovando presença de CD99 (Mic 2, Dako) positivo difusamente em padrão de membrana nas células neoplásicas compatível com tumor de Askin, cintilografia e mielograma negativos para neoplasia. Encaminhada para quimioterapia (QT) neoadjuvante com adriamicina, ifosfamida, vincristina e ciclofosfamida em 6 ciclos, com importante regressão tumoral. Optado por toracectomia alargada com ressecção em bloco de 4º, 5º e 6º arcos costais para controle da doença local. Anatomopatológico com presença de margens cirúrgicas livres ? cirurgia R0. Paciente teve boa evolução pós-operatória, sendo encaminhada para complementação do tratamento com QT adjuvante com mais 6 ciclos. No momento encontra-se sem sinais de recidiva local, mantendo follow-up há 20 meses. CONCLUSÃO: O PNET é um tumor extremamente agressivo, cuja sobrevida livre da doença em 2 a 3 anos varia de 25 a 60%. Mesmo nos casos em que não há evidência de doença metastática, essa neoplasia deve ser considerada como doença sistêmica. Nesse caso mostrou a boa resposta de QT neoadjuvante, associada à cirurgia. A terapêutica desses pacientes visa a QT neoadjuvante e adjuvante devido à alta incidência de micrometástases ao diagnóstico, além de controle local com cirurgia alargada e em certos casos radioterapia.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor de Askin | Abordagem | Toracectomia

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 356

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem cirúrgica de tumores sincrônicos toracoabdominais

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS (GRUTÓRAX), PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO (GRUTÓRAX), CAMILA JOB DA SILVEIRA (FAMENE), IGOR LEMOS DUARTE (CPO), ALEXANDRE ROLIM DA PAZ (GRUTÓRAX), JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO (FAMENE), KLÉVER FORTE DE OLIVEIRA (UFPB)

RESUMO: Introdução: Tumores sincrônicos não podem ser considerados metástases, invasão ou recorrência do primeiro e o intervalo entre o diagnóstico dos tumores deve ser menor que seis meses^{1,2}. Apesar de raros, têm se tornado mais frequentes, principalmente a associação dos sítios gástrico e pulmonar. Há poucos relatos desse tipo de tumor nesses locais e quase sempre são associados a agentes carcinogênicos^{2,3}. Diferenciar neoplasia pulmonar primária e metastática é importante, pois há diferenças no tratamento e prognóstico⁴. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 41 anos, queixando-se de dispepsia e dor em hipocôndrio esquerdo, foi submetida inicialmente à Endoscopia Digestiva Alta que evidenciou uma alteração na mucosa gástrica, ao nível da incisura angular. Foi identificada uma massa torácica de grande volume (10,3 x 8,4 x 6,8cm) e densidade de partes moles localizada no mediastino posterior em íntimo contato com a pleura parietal e aorta torácica descendente, deslocando-a inclusive. A lesão, observada no PET-CT e RM também se estendia à lateral dos corpos vertebrais dorsais médios (D6 a D8) e arcos costais adjacentes, porém sem sinais de invasão dessas estruturas. A massa sugestiva de neoplasia, possivelmente de origem neuroendócrina, apresentava pequenas áreas de degeneração cística-necrótica em seu interior. Inicialmente realizou-se gastrectomia subtotal, com esvaziamento linfonodal por videolaparoscopia. Após biópsia, o estudo anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma gástrico ulcerado pouco diferenciado, padrão morfológico difuso com células em anel-de-sinete e estadiamento patológico pT1b pN0 pMx. Em um segundo momento, realizou-se ressecção do tumor mediastinal por videotoracoscopia. Após excisão, foi observada íntima relação do tumor com estruturas adjacentes assim como sua ressecção com margens íntegras. Ao estudo anatomopatológico, identificou-se tumor neurogênico do tipo Schwannoma. Concluiu-se que tratavam-se de duas lesões sincrônicas, não sendo a lesão torácica secundária à gástrica. Conclusão: A existência de tumores sincrônicos, mesmo que incomum, deve sempre ser lembrada no momento do diagnóstico e na decisão da conduta, que deve levar em conta exames de imagem, histopatológico, estadiamento da doença e Performance Status do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasia pulmonar | Neoplasias primárias múltiplas | Neoplasia gástrica

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 370

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Pancoast associada à tumor de ápice pulmonar e mediastino

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO TEIXEIRA DO NASCIMENTO (UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), PAULA SILVA RUBIO (UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), MÔNICA JANINE GOMES DE SOUZA (UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), JULIA TEÓFILO PIGNATI (UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER)

RESUMO: Introdução: A síndrome de Pancoast (SP) foi descrita por Henry Pancoast e é frequentemente a apresentação clínica de um câncer pulmonar, com prognóstico ainda sombrio. A SP é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que incluem principalmente dor, alterações motoras, sensoriais e síndrome de Horner. Objetivos: Relatar caso de síndrome de Pancoast com acometimento neurológico rápido e progressivo em paciente previamente assintomático. Métodos: Estudo descritivo realizado através revisão de prontuário médico e exames de imagem pesquisa bibliográfica na base de dados SciELO. Resultados: E.S.O, masculino, 44 anos, ex-tabagista, buscou atendimento médico dia 4 de maio de 2016 referindo que há 6 meses iniciou quadro de dor subescapular direita esporádica em pontada, com irradiação para membro superior direito com caráter de choque. Evoluiu subitamente há 10 dias com anúria, constipação e paraplegia de membros inferiores. Ao exame físico, paciente sem sensibilidade tátil e dolorosa ou mobilidade abaixo do nível de T10, com diminuição do murmúrio vesicular em ápice pulmonar direito, dispneico, com ptose, miose e anidrose à direita, além da presença de massa pétreia em região supraclavicular esquerda. Tomografia de tórax revelava massa em ápice pulmonar direito, com invasão mediastinal e vertebral. Foi realizada biópsia pulmonar transcutânea guiada por tomografia com resultado histopatológico de neoplasia maligna indiferenciada com infiltração de parênquima pulmonar. Paciente evoluiu durante a internação com piora importante da dispneia, além da persistência da constipação e necessidade de sonda vesical de alívio. Foi encaminhado ao serviço de oncologia especializado para seguimento. Conclusão: A síndrome de Pancoast, causada habitualmente pelo câncer de pulmão de não pequenas células, tem prognóstico reservado. Pacientes que apresentam, entre outros aspectos, invasão da coluna vertebral não são candidatos à fase cirúrgica do tratamento. Deve-se incentivar a suspeita em pacientes com história de tabagismo associada à quaisquer sintomas desta síndrome, de modo que o diagnóstico seja precoce o suficiente para um tratamento efetivo.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de pancoast | Tabagismo | Dor subescapular

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 377

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PRECOCE EM PACIENTES SUBMETIDOS À TORACOTOMIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VERGÍLIO PEREIRA CARVALHO (UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV)), RENATO CANEVARI DUTRA DA SILVA (UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV))

RESUMO: INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PRECOCE EM PACIENTES SUBMETIDOS À TORACOTOMIA Vergílio Pereira Carvalho, Renato Canevari Dutra da Silva Universidade de Rio Verde - UniRV Objetivo: Verificar possíveis alterações respiratórias, cardíacas, motoras e distância percorrida com Teste de caminhada seis minutos, antes e após intervenção fisioterapêutica. Método: O estudo foi composto por 25 voluntários com toracotomia com idade entre 20 e 50 anos e eram pacientes internos do Hospital Municipal Universitário de Rio Verde (HMURV). O protocolo foi realizado no período de janeiro a abril de 2015, baseado em 5 dias, intercalando exercícios respiratórios e deambulação. Inicialmente os voluntários passaram por uma avaliação fisioterapêutica, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, somente no quinto dia após o término da sessão, foi realizada a reavaliação dos mesmos. Resultados: Houve diferença estatisticamente significativa na distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos ($p=0,001$), na escala de Borg ($p=0,03$), na dor ($p=0,008$) (Escala de EVA), e na pressão inspiratória pré e pós ($p=0,05$) intervenção fisioterapêutica, entretanto não houve diferença estatisticamente significativa ao se correlacionar o teste de caminhada de seis minutos com a pressão inspiratória máxima e pressão expiratória máxima e a dor antes e após intervenção fisioterapêutica. Conclusões: Infere-se neste estudo que o protocolo estabelecido demonstrou-se eficaz, visto que os voluntários aumentaram a capacidade física, não tiveram alterações cardíacas, respiratórias antes e após o protocolo pré-estabelecido, e verificada a diminuição da presença da dor nos voluntários avaliados. Bibliografia: Agostini P, Cieslik H, Rathinam S, Bishay E, Kalkat M, Rajesh P, Steyn R, Singh S, Naidu B: A survey of physiotherapy provision to thoracic surgery patients in the UK. *Physiotherapy* 2013, 99:56-62. Agostini P, Cieslik H, Rathinam S, Bishay E, Kalkat M, Rajesh P, Steyn R, Singh S, Naidu B: Potentially modifiable factors contribute to limitation in physical activity following thoracotomy and lung resection: a prospective observational study. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 2014, 9:128. Snowdon D, Haines TP, Skinner EH. Preoperative intervention reduces postoperative pulmonary complications but not length of stay in cardiac surgical patients: a systematic review. *J Physiother* 2014; 60: 66-77.

PALAVRAS-CHAVES: Toracotomia | Intervenção fisioterapêutica | Pós-operatório de tórax

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 384

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CÂNCER DE ESÔFAGO COMPLICADO POR FÍSTULA ESÔFAGO-PLEURAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEANDRO JAIME BARRETO COSTA (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), ERLON DE AVILA CARVALHO (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), LEONARDO MARTINS CALDEIRA DE DEUS (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), IZIS FERREIRA VALADÃO (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), RACHID ANUAR DE OLIVEIRA LAUAR (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O câncer de esôfago é o 6o mais frequente entre os homens e o 13o entre as mulheres, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, sendo o carcinoma epidermoide escamoso o mais comum, 96% dos casos. A perfuração desse órgão é rara, e se não diagnosticada precocemente e sem o tratamento adequado, leva a complicações como mediastinite, sepse e falência de múltiplos órgãos, com alta mortalidade. M.J.A, masculino, 62 anos, disfagia para sólidos e perda ponderal de 6 kg em 3 meses. A endoscopia digestiva alta mostrou lesão ulcerada e irregular de 30 mm, friável, a 30 cm da arcada dentária superior, correspondendo a carcinoma de células escamosas invasivo, moderadamente diferenciado. Foi avaliado pela equipe de Cirurgia Oncológica do Instituto Mário Penna e realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax, abdome e pelve - espessamento de parte mole em região esofágica a nível de carina e discretos espessamentos milimétricos noduliformes subpleurais inespecíficos. Iniciou quimioterapia (Carboplatina e Paclitaxel semanais) e radioterapia neoadjuvantes um mês após início do nosso acompanhamento. O quinto ciclo foi interrompido devido neutropenia e piora clínica com tosse produtiva, taquidispneia e hipotensão arterial. A radiografia de tórax mostrou seio costofrênico velado à direita e o esofagograma com contraste oral, fístula esôfago-pleural à direita. Evoluiu com piora da taquidispneia e hipotensão arterial. A TC de tórax mostrou coleções loculadas no hemitórax direito e espessamento parietal circunferencial irregular do esôfago distal. Submetido a drenagem torácica em selo d'água: empiema franco e iniciado piperacilina-tazobactam. Evoluiu com óbito no dia seguinte. **CONCLUSÃO:** A fístula esôfago-pleural (FEP) é uma condição rara, mas é uma das complicações mais comuns da perfuração esofágica, podendo decorrer de malignidades intratorácicas por extensão direta tumoral. O caso apresentado teve rápida evolução e desfecho desfavorável, levando ao óbito por empiema pleural e sepse. O diagnóstico precoce e o tratamento direcionado são imprescindíveis na condução dos casos de FEP.

PALAVRAS-CHAVES: câncer de esôfago | fístula esôfago-pleural | empiema

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 422

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ASPIRAÇÃO DE FRAGMENTO DE CÂNULA TRAQUEAL METÁLICA. RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO TEIXEIRA DO NASCIMENTO (UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), WEMERSON JOSÉ CORRÊA DE OLIVEIRA (UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), GERALDO MESSIAS SANTOS SILVA (UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER), VINÍCIUS GONÇALVES DE ALMEIDA (UFMT - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER)

RESUMO: Introdução: A aspiração de corpo estranho é mais frequente na população pediátrica, sendo o local mais comum a traquéia. Os tipos de CE aspirados são diferentes de acordo com a situação socioeconômica, hábitos alimentares, condição neuropsiquiátrica deteriorada, uso de drogas sedativas e crenças religiosas. Além da clínica epidemiológica e semiológica, manifestações radiológicas da aspiração incluem a visualização direta (radiopacos) ou a presença de sinais indiretos de obstrução da via aérea (não radiopacos). A broncoscopia é o principal exame diagnóstico e o CE pode também ser removido através desta. Relato de caso: JS, 59 anos, masculino, procedente de Cuiabá ? MT, portador de seqüela facial de paracoccidiodomicose com sinéquia parcial de comissuras labiais e sinéquia total de meatos nasais, com presença de traqueostomia sem troca da cânula metálica há 4 anos. Paciente foi admitido em nosso serviço com quadro de tosse intermitente com hemoptóicos após aspiração, sem dispnéia, sem cianose e ausência de estridor. Ao exame da traqueostomia observou-se a presença apenas do tubo intermediário acoplado a chapa de fixação não se observando a ?camisa? da cânula traqueal, ausculta puolmonar com roncosp em base pulmonar direita. Realizado radiografia de tórax em PA e Perfil, foi evidenciado artefato metálico localizado em brônquio fonte direito, sem sinais de atelectasia. Paciente foi internado e submetido à broncoscopia flexível, sendo retirado o fragmento da cânula de traqueostomia, sendo observado sua avançada oxidação. Paciente apresentou boa evolução clínica e encaminhado ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço para realização de queiloplastia funcional. Conclusão: Destaca-se a importância de manutenção e trocas periódicas de cânula metálica de traqueostomia naqueles pacientes com permanência prolongada ou definitiva para evitar a oxidação com rotura da mesma e consequente aspiração. Em adultos, a broncoscopia é segura e tem uma alta taxa de sucesso na identificação e remoção deste tipo de CE.

PALAVRAS-CHAVES: Corpo Estranho | Traqueostomia | Cânula traqueal

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 522

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Aspectos epidemiológicos dos óbitos por câncer de pulmão no município de João Pessoa, Paraíba, no período entre 2012 e 2016.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HOMERO MEDEIROS DE OLIVEIRA JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA), MARLA MIKAELY DANTAS DE MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Objetivos: Identificar as características e distribuição da mortalidade por câncer de pulmão, nos últimos 05 anos, no município de João Pessoa, Paraíba. Método: realizou-se estudo transversal retrospectivo para estimar freqüência de mortalidade por câncer de pulmão, de 2012 a 2016, estratificando os dados por sexo, faixas etárias e raça/cor; através do banco de dados TABNET-PB, Sistema de Informação de Mortalidade, da secretaria municipal de saúde deste município, que possui atualização semanal. Resultados: No período entre 2012 a 2016, ocorreram 519 óbitos por câncer de pulmão no município estudado, correspondendo a 65 óbitos por 100 mil habitantes. Os usuários do sexo masculino foram predominantemente afetados com cerca de 60% das mortes. Houve maior número de óbitos entre declarados pardos (59%), seguido por brancos (38,7%) e negros (2,3%). Identificamos que 2,8% das mortes por esta neoplasia ocorreram entre indivíduos menores que 40 anos; e que a sétima década de vida apresentou maior frequência, de cerca de 30%, seguido por 60-69 anos(28,7%), 50-59 anos (17,7%) e em maiores de 80 anos foi de 15,4% dos óbitos. Conclusões: Ao longo de 05 anos, a mortalidade por câncer de pulmão não apresentou acréscimos significantes em termos absolutos e na distribuição pelas variáveis estudadas. Sabemos que esta neoplasia foi a principal causa entre os óbitos por câncer na população masculina brasileira em 2012, e sua mortalidade tem aumentado cerca de 2% ao ano em todo o mundo. Neste estudo, a freqüência distribuída por 100mil habitantes (65) foi cerca de cinco vezes a média nacional de 12,5 mortes por 100mil habitantes. Bibliografia: DATASUS. Sistema de Informações sobre mortalidade. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def . Acessado em 06/02/2017. INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva ? Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. Acessado em 09/02/2017. FREITAS D et al. Aspectos Epidemiológicos do Câncer de Pulmão em uma Instituição Privada. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. 2010; n 22; v 7; p 55-60.

PALAVRAS-CHAVES: Mortalidade | Câncer de Pulmão | Epidemiologia

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 623

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ALTERAÇÕES DO HUMOR PÓS SIMPATECTOMIA EM PORTADORES DE HIPERIDROSE PRIMÁRIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: STEPHANIE ARAUJO MARQUES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LUNNA OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), DANILLO PRIMO ANDRADE SANTANA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), THATIANY DA SILVA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA LINS LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GUSTAVO HENRIQUE BARBOZA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Objetivo: Analisar o nível de ansiedade em pacientes portadores de hiperidrose primária. Método: Foi realizado trabalho prospectivo de delineamento transversal com pessoas que procuraram tratamento para hiperidrose em consultório médico. Para o cálculo do tamanho da amostra, se supôs que a variável contém a resposta de interesse apresenta uma proporção na população de 35%, um erro máximo da estimativa de 9%, com um nível de significância de 5%. Assim o tamanho da amostra calculada foi de 102 indivíduos compostos de crianças, jovens e adultos, de ambos os gêneros. Estes foram avaliados de forma individual, a fim de evitar o não entendimento das perguntas do questionário previamente validado. Perguntas fechadas foram pontuadas de zero a três, abordando aspectos como sentir-se tenso ou contraído, sentir espécie de medo como se algum coisa ruim fosse acontecer, estar com a cabeça cheia de preocupações, ficar sentado à vontade e se sentir relaxado, ter sensação ruim de medo como um frio na barriga ou um aperto no estômago, sentir-se inquieto como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum e ter a sensação de entrar em pânico. Os questionários foram lacrados de modo que somente os pesquisadores tivessem acesso aos dados pessoais dos entrevistados. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e comparados entre si por meio dos testes qui-quadrado e exato de Fischer considerando o nível de significância de 95%. Resultados: Das 102 pessoas entrevistadas portadoras de hiperidrose primária 53 (51,96%) apresentaram-se sem sinais de ansiedade, 32 (31,37%) tiveram ansiedade leve, 14 (13,72%) ansiedade moderada e 3 (2,94%) ansiedade severa. Observou-se ainda que a frequência de ansiedade leve em pacientes com hiperidrose foi significativamente maior que os demais grupos ($p > 0,001$). Conclusão: A ansiedade apresenta relevada prevalência em indivíduos portadores de hiperidrose primária, sendo o grau leve o que mais acomete essa população. Bibliografia: Dias LI, et al. Relationship between anxiety, depression and quality of life with the intensity of reflex sweating after thoracoscopic sympathectomy for treatment of primary hyperhidrosis. Rev Col Bras Cir. 2016 Sep-Oct;43(5):354-359. de Oliveira Pena Neto, Rafael; Orosco, Simone Shirasaki. Colloquium Vitae . HIPERIDROSE PRIMÁRIA E QUALIDADE DE VIDA. 2014, Vol. 6 Issue 2, p109-122. 14p BENSON, R. A.; PALIN. R.; HOLT, P. J. E.; LOFTUS, I. M. Diagnosis and management of hyperhidrosis. BMJ 347, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: hiperidrose primária | simpatectomia | ansiedade

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 698

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Avaliação comparativa da qualidade de vida de pacientes com derrame pleural neoplásico submetidos a procedimentos terapêuticos - Protocolo de Estudo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS KOHAMA KORMANSKI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), KASSEM SAMIR SALEH (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), BIANCA RIBEIRO RODRIGUES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), VICENTE DORGAN NETO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JOSÉ FRANKLIN S. POMPA FILHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ROBERTO SAAD JR. (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCIO BOTTER (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: O derrame pleural neoplásico acomete pacientes com sítio neoplásico primário nos pulmões ou em outros locais. A confirmação do diagnóstico se dá pelo exame anatomopatológico da toracocentese, afirmando a existência de células neoplásicas no líquido pleural. Esses pacientes tem piora da qualidade de vida devido ao quadro clínico de dispnéia aos pequenos esforços e de dor torácica e às internações freqüentes, ocasionadas pelas recidivas de acúmulo de líquido na cavidade pleural. Objetivo: Verificar os efeitos e melhorias dos procedimentos terapêuticos, culminando na realização ou na retomada de Atividades de Vida Diária pelo paciente de forma parcial ou integral. Método: Haverá a avaliação da performance status de Karnofsky dos pacientes com derrame pleural neoplásico e a aplicação de 2 questionários sobre qualidade de vida certificados pela Sociedade Brasileira de Pneumologia (o SF-36 e o do St. George's), seguindo as perguntas de ambos os questionários na sequência pré-estabelecida. A aplicação dos questionários ocorrerá em 2 momentos: um pré-operatório, até o dia da realização de um dos dois procedimentos terapêuticos; e outro pós-operatório, subdividido em 2 etapas, sendo a primeira de 4 a 7 dias após a realização do procedimento e a segunda 1 mês depois, atentando-se com a manutenção de contato com o paciente para que a aplicação do questionário ocorra em seu retorno ao ambulatório de Cirurgia Torácica do Hospital Central Da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Conclusão: A aplicação deste estudo possibilitará avaliar a qualidade de vida de pacientes com derrame pleural neoplásico submetidos a pleurodese com talco ou à drenagem pleural de longa permanência. Bibliografia: Krochmal R, Reddy C, Yarmus, DesLai NR, Feller-Kopman D, Lee HJ. Patient evaluation for rapid pleurodesis of malignant pleural effusions. J Thorac Dis. 2016;8(9):2538-43. Yoon DW, Cho JH, Choi YS, Kim J, Kim HK, Zo JI, Shim YM. Predictors of survival in patients who underwent video-assisted thoracic surgery talc pleurodesis for malignant pleural effusion. Thorac Cancer. 2016;7(4):393-8. Wong WM, Tam TC, Wong MK, Lui MM, Ip MS, Lam DC. Managing malignant pleural effusion with an indwelling pleural catheter: factors associated with spontaneous pleurodesis. Hong Kong Med J. 2016;22(4):334-40.

PALAVRAS-CHAVES: pleurodese com talco | SF-36 St. George's respiratory questionnaire | derrame pleural neoplásico

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 738

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TORACOTOMIA EXPLORADORA POR ABSCESSO SEM PNEUMONIA COM DECORTICAÇÃO PULMONAR E PLEURECTOMIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR (ITPAC), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), PATRICK NUNES BRITO (ITPAC), JULIANE LOPES DO NASCIMENTO (ITPAC), YURI GUILHEM RACHID JAUDY (ITPAC), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC), VÍCTOR SOUSA SILVA (ITPAC), HUGO WEYSFIELD MENDES (ITPAC)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** As infecções do espaço pleural secundárias a procedimentos cirúrgicos torácicos são responsáveis por aproximadamente 20% de todos os casos de empiema pleural, traumatismo torácico representa a terceira causa mais comum. Na tentativa de impedir a cronificação do processo infeccioso e curar o empiema, técnicas foram propostas, a descorticação pulmonar precoce com pleurectomia parietal, para os casos em que não resolvessem com drenagem fechada, através de toracotomia convencional. **CASO CLINICO:** Masculino, 42 anos, vítima de perfuração por arma branca antigo (25 dias) com necessidade de toracostomia em selo d'água, admitido sob o diagnóstico inicial de empiema pleural pelo quadro de febre, dispnéia leve e dor em hemitorax esquerdo com 10 dias de evolução e ao exame físico, taquipnéico, hipotenso hipocorado, murmúrio vesicular diminuído em hemitorax esquerdo e abolido na base, com hipofonese nos focos aórtico e pulmonar. Ao exame laboratorial, hematócrito 22,5% e a hemoglobina 7,32gd/L seguido de transfusão de hemoderivados. A radiografia apresentou hipotransparência em superfície ocupando parte do hemitórax afetado. Paciente é encaminhado a cirurgia de toracotomia exploratória, e realização da descorticação pulmonar. Paciente em decúbito lateral direito, sob anestesia geral, e iniciada a toracotomia lateral por planos guiada por vídeo, onde foi feito o inventário da cavidade com empiema pleural fase III na região posterior em seguida as técnicas cirúrgicas utilizadas foram: descorticação pulmonar parcial e pleurostomia posterior com maturação logo após foi realizada sutura por planos e curativo. Ao término do procedimento cirúrgico o paciente foi encaminhado para a enfermaria fazendo uso de antibióticos, analgésicos e com hidratação endovenosa. O pós-operatório decorreu de forma tranquila, onde houve relatos de dor na ferida operatória que no primeiro dia continha uma bolsa de Karaya com pequena quantidade de secreções sanguinolentas, diurese e evacuações preservadas, seguindo então após dias para alta. **CONCLUSÃO:** A descorticação pulmonar com pleurectomia realizadas através da toracotomia tem apresentado um bom resultado para o tratamento de empiema pleural na fase III, e permite uma avaliação ampla da cavidade pleural e do parênquima pulmonar, sendo possível desfazer lojas pleurais, com a utilização de um orifício menor, porém sem o risco de fechamento precoce no pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVES: Descorticação Pulmonar | Empiema Pleural | Pleurectomia

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 745

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumores de Parede Torácica Diagnóstico e Tratamento de 52 casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINICIUS BASSO PRETI (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), GERARDO CRISTINO GAVARRETE VALLADARES (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), TARIANE FRIEDRICH FOIATO (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), JESSICA TAKAKI (HOSPITAL ERASTO GAERTNER)

RESUMO: Objetivo: Avaliar resultados cirúrgicos e oncológicos de pacientes com tumor de parede torácica submetidos à toracectomia. Métodos: Estudo retrospectivo de análise de prontuários de pacientes com tumor de parede torácica tratados com toracectomia entre os períodos de 1998 à 2013. Os dados analisados foram idade, sexo, apresentação clínica, histologia, técnica cirúrgica, complicações agudas, mortalidade, prevalência da recorrência, metástase à distância, tratamento adjuvante, sobrevida em no mínimo 5 anos. Resultados: A média de idade dos pacientes do nosso estudo foi de 39,8 anos, sendo em sua maioria do sexo masculino com 58%. Os tipos histológicos mais encontrados foram lipoma, osteossarcoma, Schwannoma e teratoma imaturo, cada um apresentando 3 casos. A principal modalidade de tratamento aplicada foi a cirurgia exclusiva, indicada em 67% dos casos, e a principal complicação foi a infecção de ferida operatória com incidência de 6%. O tipo de reconstrução mais empregado para o fechamento do defeito cirúrgico foi fechamento por primeira intenção em 25 pacientes, seguido do retalho miocutâneo com rotação do músculo grande dorsal em 22 casos. Houve recidiva local em 3 pacientes e em 11 pacientes houve progressão de doença com aparecimento de metástases em pulmão, ossos, SNC e fígado. Foi avaliada a sobrevida em 5 anos apresentando 34,6% dos pacientes vivos sem doença, 13,4% vivos, porém com doença em atividade e aproximadamente 20% foram à óbito. Conclusão: Cirurgia com ressecção ampla de margens é considerado técnica segura e efetiva para tratamento de tumores de parede torácica com morbidade e mortalidade aceitáveis quando comparados com a literatura. Bibliografia: Leuzzi G, Nachira D, Cesario A, Novellis P, Ciavarella LP, Lococo F, et al. Chest wall tumors and prosthetic reconstruction: A comparative analysis on functional outcome. *ThoracCancer*. 2015;6(3):247-54. Bagheri R, Haghi SZ, Kalantari MR, Attar AS, Salehi M, Tabari A, et al. Primary malignant chest wall tumors: analysis of 40 patients. *J Cardiothorac Surg* [Internet]. 2014;9(1):106. Koenigkamt-Santos M, Sommer G, Puderbach M, Safi S, Schnabel PA, Kauczor H-U, et al. Primary intrathoracic malignant mesenchymal tumours: computed tomography features of a rare group of chest neoplasms. *Insights Imaging* [Internet]. 2014;5:237-44. Kucharczuk JC. Chest Wall Sarcomas and Induction Therapy. *Thorac Surg Clin* [Internet]. Elsevier Inc; 2012;22(1):77-81.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor de parede torácica | Toracectomia | Oncologia

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 796

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FRATURA BRÔNQUICA INCOMPLETA ASSOCIADA A FRATURA DE COLUNA TORÁCICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO (UFTM), JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS (UFTM), LUCAS FABIANO GARCIA LEITE (UFTM), MARCELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), ESTELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA (UFTM), RAPHAEL MOREIRA QUEIROZ (UFTM), DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO (UFTM)

RESUMO: Introdução: No trauma, os brônquios podem sofrer ruptura total ou parcial, que podem cicatrizar espontaneamente ou sofrerem estenose, caso a lesão não seja diagnosticada na fase aguda. O diagnóstico é tardio em até 10% das fraturas brônquicas. Nesses casos, ocorre a hibernação atelectásica do pulmão, com absorção do ar contido e secreção de muco que preenche a árvore traqueobrônquica. Apresentamos um caso de fratura brônquica diagnosticada 3 meses após um acidente automobilístico. Relato de Caso: KHFO, 16 anos, feminina, apresentou-se no ambulatório de cirurgia torácica do Hospital de Clínicas da UFTM, com queixa de dispnéia aos moderados esforços, progressiva no último mês. Negava tosse, febre ou outras manifestações respiratórias. Referia acidente automobilístico havia 3 meses, com fratura exposta em ambos os joelhos necessitando correção ortopédica de urgência. Ao exame físico, havia redução volumétrica do hemitórax esquerdo e abolição do murmúrio vesicular daquele lado. O RX, a CT de tórax e a broncoscopia confirmaram a hipótese de fratura brônquica esquerda. A paciente foi levada à broncoplastia, recebendo alta no 7º dia pós-operatório. Conclusão: O traumatismo de vias aéreas pode culminar em um amplo espectro de lesões com diferentes abordagens e repercussões de acordo com o segmento acometido. Há fraturas com separação das cartilagens, porém com manutenção da luz pelo tecido peribrônquico. A broncofibroscopia é o exame-chave para o diagnóstico. Procedendo-se a broncoplastia em boas condições, geralmente o pulmão readquire suas funções, mesmo decorridos vários meses ou anos após a lesão.

PALAVRAS-CHAVES: FRATURA BRONQUICA | TRAUMA TORACICO | FRATURA DE COLUNA TORACICA

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 803

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÕES TRAQUEOBRÔNQUICAS NO TRAUMA TORÁCICO: UMA EXPERIÊNCIA DE 17 ANOS.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO SAAD JR. (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), VICENTE DORGAN NETO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCIO BOTTER (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JOSE CESAR ASSEF (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ROBERTO GONCALVES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), EDUARDO PEREIRA ALVES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), VICTOR HIDEO OHAMA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: Discutir os aspectos clínicos e terapêuticos de lesões Traqueobrônquicas em doentes atendidos na Santa Casa de São Paulo nos últimos 17 anos, para melhorar o diagnóstico e tratamento desse tipo de lesão. Método: Análise de dados dos prontuários de doentes com lesões traqueobrônquicas atendidos no período de abril de 1991 a junho de 2008. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. A caracterização da gravidade dos doentes foi feita por meio de índices de trauma fisiológico (Revised Trauma Score - RTS) e anatômicos (Injury Severity Score - ISS, Penetrating Trauma Index - PTTI). O TRISS foi utilizado para avaliar a probabilidade de sobrevivência. Resultados: Foram nove doentes portadores dessas lesões, todos do sexo masculino, com idade entre 17 e 38 anos. Um número significativo dado que nos grandes centros de trauma, onde são realizadas de 2.500 a 3.000 admissões por ano, ocorrem duas a quatro lesões traqueobrônquicas anuais. Os valores médios dos índices de trauma foram: RTS- 6,8; ISS- 38; PTTI-20,0; TRISS-0,78. Com relação ao quadro clínico, seis apresentaram apenas enfisema de parede torácica ou do mediastino e três doentes se apresentaram com instabilidade hemodinâmica ou respiratória. O intervalo de tempo necessário para se firmar o diagnóstico de certeza, desde a admissão do doente variou de uma hora a três dias. Cervicotomia foi realizada em dois doentes e toracotomia foi realizada em sete doentes (77,7%), sendo bilateral em um caso. O tempo de internação variou de 9 a 60 dias, média de 21 dias. Complicações apareceram em quatro (44%) dos doentes e mortalidade, nula. Conclusões: O trauma da árvore traqueobrônquica é raro, pode evoluir com poucos sintomas, dificultando o diagnóstico imediato. Apresenta alto índice de complicações embora com baixa mortalidade. Acreditamos que o mecanismo de trauma e os achados clínicos devem ser valorizados na suspeita de lesão de vias aéreas e justificam a insistência no diagnóstico precoce. Bibliografia: CHEAITO, A. et Alii. Traumatic bronchial injury. International Journal Of Surgery Case Reports, [s.l.], v.27. p. 172-175, set. 2016. Disponível em: . Acesso em: 08 fev. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: Lesões Traqueobrônquicas | Trauma Torácico | Cirurgia Torácica

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 817

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ASSISTÊNCIA DA VIDEOTORACOSCOPIA NA RESOLUÇÃO DE TRAUMA TORÁCICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VÍCTOR SOUSA SILVA (ITPAC), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC), PATRICK NUNES BRITO (ITPAC), JULIANE LOPES DO NASCIMENTO (ITPAC), MARÍLIA ALVES ARAUJO FERREIRA (ITOAC), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC), HUGO WEYSFIELD MENDES (ITPAC)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A toracotomia exploratória é a abertura cirúrgica da cavidade torácica, quando visa-se confirmar suspeita diagnóstica através de procedimento cirúrgico. Através da mesma o diagnóstico e as bases para o tratamento são estabelecidos. É um procedimento indicado em lobectomias, lesões de via aérea, lesões vasculares, lesões cardíacas e também em hemotórax volumoso. Um hemopneumotórax é caracterizado radiologicamente por uma imagem hidroaérea com sangue na cavidade pleural, geralmente decorrente de trauma. **RELATO DE CASO:** O.B.S., sexo masculino, 36 anos, natural de Araguaína-TO, dá entrada em sala de estabilização no hospital de referência, vítima de agressão por meio de disparo de arma de fogo em região torácica, com suspeita principal de hemopneumotórax traumático. Realizada radiografia de tórax, em PA, onde observou-se opacidade homogênea difusa em hemitórax esquerdo com desvio de estruturas do mediastino para o lado contralateral. Paciente com dreno torácico a esquerda, com grande volume drenado, sanguinolento, foi então dirigido à sala de cirurgia para toracotomia exploratória. Paciente em decúbito lateral direito, sob anestesia geral. É realizado videotoracosopia, onde é evidenciada lesão diafragmática, optando-se por toracotomia aberta. Toracotomia póstero-lateral esquerda, com identificação de lesão parenquimatosa pulmonar em lobo inferior esquerdo, optando-se por segmentectomia pulmonar com grampeador linear. Posteriormente comprovada ausência de lesão em vias áreas de grande calibre, com revisão de todo o diafragma e drenagem torácica fechada, número 32, fixada com nylon 2-0. Paciente apresentou quadro febril no 4º dia pós-operatório sendo então realizada antibioticoterapia. No exame físico de tórax paciente manteve expansibilidade e murmúrio vesicular diminuídos em hemitórax esquerdo. Uma nova radiografia do tórax, em PA, foi solicitada no mesmo período que revelou elevação da cúpula frênica esquerda. Recebeu alta no 11º dia pós-operatório, sendo o paciente recomendado ao acompanhamento ambulatorial. **CONCLUSÃO:** A toracotomia de emergência é um procedimento a ser realizado em condições especiais, como sangramento volumoso (1500ml em uma hora após drenagem inicial) ou sangramento de 500ml/h em 3 horas. Em 80% dos casos o hemopneumotórax e as lesões pulmonares apresentam resolubilidade somente com a utilização do dreno torácico. A cirurgia mostra-se necessária em apenas 10% dos casos, quando persiste instabilidade hemodinâmica.

PALAVRAS-CHAVES: Lesão Diafragmática | Hemopneumotórax | Toracotomia postêro-lateral

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 852

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Enfisema Subcutâneo Gigante pós Toracotomia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC ARAGUAINA), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (ITPAC), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (ITPAC), NADER NAZIR SULEIMAN (ITPAC), MATHEUS NEVES VIEIRA (ITPAC), BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A drenagem torácica tem como objetivo a manutenção ou restabelecimento da pressão negativa do espaço pleural através da remoção de ar e líquidos do espaço pleural ou mediastino, que podem ser resultantes de processos infecciosos, trauma e procedimentos cirúrgicos. O enfisema subcutâneo apresenta-se como uma das principais complicações desse procedimento, geralmente é autolimitado e tem como principal causa a lesão do aparelho respiratório. RELATO DE CASO: Paciente, masculino, 27 anos, vítima de acidente motociclístico com trauma cranioencefálico e torácico. À admissão apresentava hálito etílico, desorientação, agitação psicomotora, dor, escoriações e enfisema subcutâneo torácico, crepitação pulmonar e dor a palpação profunda do abdome, sem dispneia. Negava comorbidades e alergias. Os exames laboratoriais colhidos na data da internação revelaram: Hb 15,6 g/dl; Ht 44,7%, leucócitos 11.960/mm³, plaquetas 299.000 /mm³, gasometria: pH 7,28; pCO₂: 52 mmHg, PO₂: 44mmHg; BE: -3,20 mmol/l; SO₂ 71,9%; (>96). A radiografia de tórax evidenciou pneumotórax e enfisema subcutâneo em hemitórax direito. O paciente foi então encaminhado para procedimento cirúrgico de Toracostomia com drenagem fechada à direita, realizado pelo serviço de Cirurgia Geral. Após a drenagem o enfisema progrediu, se estendendo desde a região cervical até a fossa ilíaca direita. Na mesma data foi realizada broncoscopia diagnóstica, que não relevou anormalidades. Na tomografia computadorizada de crânio não havia alterações perceptíveis. A tomografia computadorizada de tórax confirmou o enfisema subcutâneo na região cervical se estendendo até o abdome. Ao exame físico do dia pós drenagem apresentava-se em regular estado geral, com melhora da dor torácica. O paciente foi acompanhada pela Cirurgia Torácica; o dreno em selo d'água foi retirado no terceiro dia de internação e; o paciente recebeu durante a internação, hidratação venosa, analgésicos e anti-inflamatórios. Evoluiu bem, com expansibilidade torácica preservada e com melhora do estado geral, recebendo alta hospitalar no 4º dia de internação hospitalar. CONCLUSÃO: O caso descreve um caso de enfisema subcutâneo gigante, que apesar de seu grande volume e do desconforto gerado ao paciente, não determinou consequências fisiopatológicas e resolveu-se espontaneamente.

PALAVRAS-CHAVES: Drenagem Torácica | Pneumotórax | Cirurgia Torácica

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 883

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil epidemiológico de pacientes com Derrame pleural submetidos a biópsia pleural e toracocentese em um Hospital de Salvador- BA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINICIUS FERNANDES DE FREITAS (UFBA), CARLOS DANIEL LIMA DEIRÓ (UFBA), GRINALDO DIAS DA SILVA NETO (UFBA), INGRID DANIELE DOS SANTOS (UFBA), JAKÉRCIA SOUZA MASCARENHAS DA SILVA (UNEB), VANESSA CORREIA FERNANDES BACELAR (UNIFACS), BRENO MACHADO COSTA (UFBA), MARIANA REIS E ROCHA DULTRA (UNIME)

RESUMO: Objetivo: Sendo a incidência de Derrames Pleurais (DP), tanto em pessoas com ou sem a presença pneumopatias alta no Brasil, é importante se investigar a epidemiologia desta comorbidade que, muitas vezes, afeta a vida das pessoas. Assim, com o intuito de se investigar as principais enfermidades apresentadas pelos pacientes portadores dessa doença, essa pesquisa visa conseguir apresentar um quadro epidemiológico da DP entre os pacientes atendidos no Hospital Especializado Otávio Mangabeira, onde os pacientes realizaram toracocentese e biópsia pleural por agulha de Cope, no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015. Métodos: Este estudo é observacional retrospectivo, no qual foram analisados os prontuários dos pacientes que realizaram os procedimentos de toracocentese e biópsia pleural no centro cirúrgico do HEOM no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015. Com os dados, fora construído uma tabela com a epidemiologia dos pacientes portadores de DP. Resultados: Com um total de 308 pacientes, sendo a maioria homens (55,19%), com uma idade média de 50,17 anos, fora encontrada a prevalência de 27,59% de HAS, 17,85%, 12,66% de etilismo e 11,36% de CA de Mama como as principais comorbidades relacionadas a DP. Concomitantemente fora encontrado uma grande prevalência das variáveis dor (55,84%) e dispneia (60,38%) entre os pacientes pesquisados, além de uma distribuição muito próxima entre os lados acometidos pela DP (lado direito 52,96% e lado esquerdo 46,42%). Conclusões: A partir das análises dos dados obtidos com os prontuários dos pacientes, pode-se perceber que uma grande dos pacientes possuía a HAS como comorbidade associada, além da presença do Tabagismo, Etilismo e DM. Também fora evidente o impacto que essa doença causa no cotidiano dos pacientes, já que uma grande parcela relatou dor e dispneia como sintoma associado. Assim, fica evidente que a DP é uma entidade que na maioria das vezes vem sendo acompanhada de outras comorbidades, que contribuem para o seu agravamento.

PALAVRAS-CHAVES: Biópsia Pleural | Toracocentese | Derrame Pleural

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 890

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise bioquímica do líquido pleural em pacientes com derrame pleural submetidos a biópsia pleural e toracocentese em hospital de referência em Salvador ? BA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINICIUS FERNANDES DE FREITAS (UFBA), ANA PAULA BALLALAI BERBERT DE CASTRO (UFBA), CAMILA MATTOS (UNIME), GABRIEL GOMES (UNEB), INGRID DANIELE DOS SANTOS (UFBA), LIZ TAUANA DE AZEVEDO BARROSO (UFBA), JAKÉRCIA SOUZA MASCARENHAS DA SILVA (UNEB), BRENO MACHADO COSTA (UFBA)

RESUMO: Objetivo: A análise bioquímica do líquido pleural é essencial para o correto estabelecimento, definição diagnóstica e terapêutica das principais patologias que cursam com derrame pleural. O presente trabalho objetiva determinar a frequência dos principais achados físicos e bioquímicos em pacientes com derrame pleural submetidos à toracocentese, em hospital de referência na cidade de Salvador ? BA. Métodos: Trata-se de estudo observacional, retrospectivo, de corte transversal e com amostra de conveniência, em que foram investigadas as frequências das principais características bioquímicas do líquido pleural, registradas no livro de procedimentos do HEOM (Hospital Especializado Otávio Mangabeira) em Salvador - BA. Resultados: A análise bioquímica do líquido pleural pôde ser realizada a partir de uma amostra de 308 pacientes, sendo 55,20% do sexo masculino e 44,80% do sexo feminino. A idade média dos pacientes foi estabelecida em 50,53 anos. Níveis de glicose menores que 60 mg/dL foram registrados em 25,74% de 101 pacientes analisados. Já níveis de proteínas maiores que 3 g/dL foram observados em 95% dos pacientes de uma amostra com 100 indivíduos. Outros componentes como LDH maior que 200 UI/L e a predominância de monócitos tiveram grande prevalência, sendo o primeiro correspondente a 96% em um total de 100 pacientes e o segundo 88,65% em um total de 97 pacientes. Apenas 28% dos pacientes, entre 25 pacientes analisados, apresentaram citologia oncótica positiva, e dos 94 pacientes estudados 65% mostraram leucócitos maior que 1000/ ?L, além da presença de eosinófilos ser identificada em 23,71% dos 97 pacientes. O aspecto macroscópico do líquido pleural variou entre os 306 pacientes, sendo 83% correspondente a citrino, 15,68% a hemático e 1,30% acastanhado. Conclusões: Os dados encontrados demonstraram que houve uma predominância de achados indicativos de derrame pleural exsudativo. Outros achados foram a presença de tipos celulares como eosinófilos e o aspecto macroscópico majoritariamente citrino. A toracocentese se mostra como ferramenta de grande importância para auxiliar no raciocínio diagnóstico etiológico em pacientes com derrame pleural.

PALAVRAS-CHAVES: Biópsia Pleural | Toracocentese | Derrame Pleural

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 892

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Protocolo de investigação de pleurodese por talco em pneumotórax espontâneo primário recidivante

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO CORREA MACEDO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), THAÍS GIGLIOTTI MALHEIROS LUZO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), BIANCA RIBEIRO RODRIGUES (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), MARCIO BOTTER (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), VICENTE DORGAN NETO (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), JOSÉ FRANKLIN S. POMPA FILHO (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), ROBERTO SAAD JR. (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: Pneumotórax espontâneo primário (PEP) é definido como presença de ar no espaço pleural em pacientes sem doenças pulmonares prévias. O PEP apresenta elevada tendência em apresentar recidiva, a taxa de recorrência no primeiro ano varia de 17% a 54%. Devido a isso, utiliza-se a pleurodese como tratamento preconizado a fim de eliminar as chances de recidiva. No Hospital Santa Casa de SP a técnica mais utilizada é a aplicação de talco através do dreno de tórax ou seu polvilhamento por videotoracoscopia, causando intensa resposta inflamatória intrapleural e colapsando o espaço pleural. Esse método é aprovado pelo Food and Drug Administration no tratamento de PEP apresentando vantagens, como baixo custo e técnica simples com uso de anestesia local, em relação a outros métodos, como uso de dreno pleural e pleurodese por tetraciclina, além dos efeitos a longo prazo serem mínimos. Contudo, alguns estudos apontam casos de alteração na função pulmonar, carcinoma alveolar, mesotelioma pleural maligno e síndrome da angústia respiratória aguda. Estas novas informações sobre os efeitos adversos a longo prazo da pleurodese por talco motivaram a formulação desse protocolo de investigação a fim de verificar o seu real benefício. Objetivo: Verificar a incidência de prejuízos à longo prazo no sistema respiratório devido ao emprego de pleurodese por talco em pacientes com PEP. Métodos: Estudo observacional de coorte retrospectivo realizado apenas com pacientes que assinarem o TLCE e que realizaram pleurodese por talco no Hospital Santa Casa de SP há mais de 5 anos. Serão excluídos do estudo aqueles incapazes de realizar a espirometria e o exame de tomografia computadorizada com contraste. Para a avaliação, será realizado anamnese, exame físico, espirometria e tomografia computadorizada de tórax. Estima-se a coleta desses dados de 15 pacientes e então será realizada análise estatística. Conclusão: O estudo possibilitará avaliar a real incidência de complicações de longo prazo em pacientes portadores de PEP recidivante submetidos a Pleurodese com talco, sejam sistêmicas ou respiratórias. Referências:- Lee P. Primary spontaneous pneumothorax: to pleurodese or not? Lancet, 2013, pg. 381.- Jouneau S, Sohier L, Desrues B. Pleurodesis for primary spontaneous pneumothorax. Lancet, 2013, pg.382- Tschopp JM, Bintcliffe O, Astoul P, Canalis E, Driesen P, Janssen J, Krasnik M, Maskell N, Van Schil P, Tonia T, Waller DA, Marquette CH, Cardillo G. Eur Respir J., 2015, pg 321-35

PALAVRAS-CHAVES: Pleurodese | Pneumotórax espontâneo primário | talco

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 893

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relação entre pleurite crônica granulomatosa e resultados de baciloscopia e PPD em pacientes com derrame pleural submetidos a biópsia pleural e toracocentese em um hospital de referência de Salvador - BA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINICIUS FERNANDES DE FREITAS (UFBA), ANA TERESA MOURA DE SALLES ANDRADE (UNIFACS), GRINALDO DIAS DA SILVA NETO (UFBA), JAKÉRCIA SOUZA MASCARENHAS DA SILVA (UNEB), LAÍS GOMES SPINOLA (UFBA), LIZ TAUANA DE AZEVEDO BARROSO (UFBA), BRENO MACHADO COSTA (UFBA), MARIANA REIS E ROCHA DULTRA (UNIME)

RESUMO: Objetivo: Tendo em vista que a tuberculose é doença de frequente acometimento pleural, com importantes repercussões na dinâmica do líquido pleurítico, é objetivo desse estudo comparar resultados de exames de baciloscopia e PPD com achados de pleurite crônica granulomatosa em biópsia de pacientes com derrame pleural em hospital de referência em Salvador-BA. Método: Trata-se de estudo observacional, retrospectivo, de corte transversal, no qual foram utilizados os registros dos procedimentos de toracocentese e biópsia pleural do livro de procedimentos do HEOM (Hospital Especializado Otávio Mangabeira), em Salvador-BA, entre janeiro de 2013 e janeiro de 2015. Foram coletados também dados referentes a resultados dos exames de baciloscopia e PPD de pacientes com derrame pleural. Resultados: Dos 60 pacientes com derrame pleural submetidos à biópsia, 32 apresentaram pleurite crônica granulomatosa. Destes, 75% apresentaram PPD positivo e 66,7% tiveram baciloscopia positiva. No entanto, apenas a relação entre PPD e pleurite crônica granulomatosa apresentou significância estatística ($p = 0,017$). Estes resultados estão de acordo com a literatura e demonstram que a biópsia pleural é uma boa opção diagnóstica para manifestações pleurais causadas por tuberculose. Conclusão: Através da análise dos dados obtidos em prontuários médicos, pode-se notar a elevada relação entre resultados positivos dos exames laboratoriais para tuberculose e a presença de pleurite crônica nos pacientes com derrame pleural submetidos à biópsia. A biópsia pleural se constitui como uma das ferramentas diagnósticas mais importantes em pacientes com derrame pleural e suspeita de tuberculose.

PALAVRAS-CHAVES: Biópsia Pleural | Toracocentese | Derrame Pleural

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 916

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: METÁSTASE ENDOTRAQUEAL DE ADENOCARCINOMA DE RETO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BIANCA RIBEIRO RODRIGUES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCIO BOTTER (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), VICENTE DORGAN NETO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ROBERTO SAAD JR. (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JOSÉ FRANKLIN S. POMPA FILHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), GUILHERME VIEIRA SOARES DE CARVALHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RODRIGO VASCONCELLOS GUSMAO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), SAMUEL BICHARA MELIN (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Câncer colorretal é o terceiro mais comum no mundo. Aproximadamente 20% dos pacientes apresentam metástases no momento do diagnóstico e seu desenvolvimento piora consideravelmente o prognóstico. Os principais locais afetados são fígado, pulmões, peritônio e linfonodos à distância. Metástases endotraqueais de tumores não pulmonares são muito raras. O intestino grosso é responsável por 11% das metástases endotraqueais e endobrônquicas. Foram relatadas na literatura metástases endotraqueais de tumores mamários, carcinoma de células renais, melanoma e carcinoma colorretal, podendo também ocorrer em carcinoma de tireóide, testículo, bexiga, ovário, colo uterino, útero, pâncreas, esôfago, estômago, melanoma e sarcoma. RELATO DE CASO: Paciente de 46 anos, com história de adenocarcinoma de reto (T3 N1 M1), tratado com retossigmoidectomia há 3 anos e quimioterapia neoadjuvante. Posteriormente, foi submetida a uma segmentectomia pulmonar e uma lobectomia inferior direita por metástases pulmonares. Um ano após as cirurgias, ainda em vigência de quimioterapia, apresentava tomografia de tórax com lesão intraluminal da traqueia, em terço proximal. Realizada broncoscopia, na qual foi constatada lesão pediculada em parede anterior direita, ocluindo 70% da luz. Optado por ressecção endoscópica da lesão. Após análise anatomopatológica e imunohistoquímica, confirmou-se tratar de metástase de adenocarcinoma de reto. DISCUSSÃO: A ocorrência de metástases endotraqueais de tumores de cólon e reto é acompanhada de disseminação metastática sincrônica, sendo, portanto, sinal de doença avançada e de mau prognóstico, com sobrevida curta. É tão rara que sua incidência não pode ser estabelecida; existem poucos casos isolados relatados; alguns trabalhos encontraram uma incidência de cerca de 1,5% das metástases no câncer colorretal

PALAVRAS-CHAVES: metastase endotraqueal | broncoscopia | metastase adenocarcinoma

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 930

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: QUILOTÓRAX COMO COMPLICAÇÃO DE DRENAGEM PLEURAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BIANCA RIBEIRO RODRIGUES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCIO BOTTER (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JOSÉ FRANKLIN S. POMPA FILHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), GUILHERME VIEIRA SOARES DE CARVALHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ROBERTO GONCALVES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ROBERTO SAAD JR. (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RAUL DOS REIS URURAHY (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), GUSTAVO YAMIN FERNANDES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O quilotórax traumático é evento resultante da obstrução ou ruptura do ducto torácico ou seus tributários, com perda de conteúdo do vaso para o espaço pleural. Trata-se de complicação rara, majoritariamente ocasionado por causa iatrogênica e, em segundo plano, como consequência de trauma penetrante ou contuso de alta energia. A raridade da afecção é um dos fatores que contribuem para eventual diagnóstico tardio, podendo implicar em repercussões de significativa morbi-mortalidade. RELATO DE CASO: Homem de 55 anos, vítima de trauma penetrante em região anterior do hemitórax direito, no 40 EIC (espaço intercostal direito), por serra circular. Recebeu tratamento inicial em outro serviço, onde foi submetido a drenagem torácica devido a pneumotórax e posteriormente encaminhado à Cirurgia Torácica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo para avaliação devido à presença de corpo estranho único (fragmento de serra circular) na parede torácica anterior, no nível do 4o EIC na linha hemiclavicular à direita. Um dia após a admissão, foi observada a presença de líquido de aspecto leitoso no frasco de drenagem, suspeitando-se de quilotórax traumático. O paciente foi submetido a videotoroscopia com remoção do corpo estranho e exploração cirúrgica do mediastino, não sendo detectada lesão visível do ducto torácico. Este, porém, apresentava-se comprimido pelo dreno de tórax previamente locado, conforme demonstrado pelos exames radiológicos realizados no serviço de origem. A análise do líquido confirmou quilotórax (DHL = 281 U/L, glicose 331 mg/dl, ph 6,8, TG = 974 mg/100m), que foi atribuído à compressão do duto pelo dreno de tórax. Após reposicionamento do dreno e manutenção do paciente em jejum, com NPP, observou-se queda progressiva do débito, tendo o paciente recebido alta no 7º dia de pós-operatório, seguindo em acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃO: O quilotórax iatrogênico traumático constitui entidade rara e de difícil manejo, sendo a abordagem cirúrgica e clínica de equivalente importância e o diagnóstico precoce fundamental. Há poucos relatos de quilotórax consequente a drenagem pleural na literatura.

PALAVRAS-CHAVES: QUILOTORAX TRAUMATICO | DRENAGEM PLEURAL | DUCTO TORÁCICO

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 947

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LINFOMA PRIMÁRIO DO TIMO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BIANCA RIBEIRO RODRIGUES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCIO BOTTER (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), VICENTE DORGAN NETO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JOSÉ FRANKLIN S. POMPA FILHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ROBERTO SAAD JR. (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), GUILHERME VIEIRA SOARES DE CARVALHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), EDUARDO PEREIRA ALVES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RICARDO MACHADO CASTANHEIRA DE SOUZA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O timo é um órgão linfoide localizado na região antero-superior do mediastino, composto por elementos epiteliais e linfoides. Os tumores tímicos mais comuns são os timomas. O linfoma tímico ou linfoma de células B primário do mediastino (PMBCL) é um tipo muito raro de linfoma que atinge principalmente adultos jovens. Sua biologia molecular é semelhante a do Linfoma Hodgkin. RELATO DE CASO: Mulher de 46 anos, assintomática, com achado durante radiografia de tórax de rotina de alargamento de mediastino. Realizou tomografia de tórax com achado sugestivo de timoma. Submetida à biópsia percutânea em serviço de origem, com anatomopatológico de timoma tipo AB. Optado por realização de timectomia via estenotomia. Após nova análise anatomopatológica, recebeu diagnóstico de Linfoma Tímico e foi encaminhada para seguimento com a hematologia. CONCLUSÃO: O mediastino é um local comum de ocorrência de linfoma. A maior parte deles se origina em um ou mais linfonodos da região. O timo se trata de um órgão linfoide, portanto é possível que seja um local de origem para linfomas. O linfoma tímico deve ser considerado como um diagnóstico diferencial dos tumores de mediastino anterior, principalmente em pacientes jovens. Seu tratamento é feito através de quimioterapia; a radioterapia ainda tem papel questionável.

PALAVRAS-CHAVES: LINFOMA TIMICO|TIMECTOMIA|LINFOMA HODGKIN

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 950

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESTENOSE LARINGOTRAQUEAL PÓS TRAUMATISMO CERVICAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GILMÁRIO PINHEIRO DA SILVA JUNIOR (ITPAC), DELÚBIO GOMES MACHADO NETO (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO estenose laringotraqueal é um estreitamento parcial ou completo da laringe associado a comprometimento traqueal, sendo o trauma uma etiologia n?o muito frequente, o que justifica o interesse pela execução do presente relato de caso.RELATO DE CASOW.F.S, masculino, 24 anos, lavrador, procedente de Colinas-TO, vitima de acidente motociclístico, com colisão frontal com cerca de arame farpado, deu entrada no serviço de emergência do Hospital Regional de Araguaína (HRA), com lesão corto-contusa em região cervical anterior, comprometendo via aérea superior, sem outras alterações na avaliação primaria. Após estabilização inicial, foi realizada via aérea cirúrgica com traqueostomia. Após quinze dias do procedimento cirúrgico realizou-se broncoscopia que evidenciou estenose subglótica completa por granuloma, com traqueia distal à cânula metálica sem alterações, sendo removido granuloma e inserido prótese traqueal em T. Com sessenta dias de evolução, nova broncoscopia mostrou prótese bem posicionada e extremidades livres, sem sinais de estenose, sendo assim, optou-se por sua retirada e alta com acompanhamento ambulatorial.Em broncoscopia de controle identificou-se estenose subglótica ao nível de cartilagem cricóidea, realizando dilatação da via aérea. Após sete meses, paciente evoluiu com queixa de dispneia e rouquidão, sendo suspeitado de nova estenose, optando-se pela broncoscopia, a qual evidenciou uma estenose subglótica concêntrica maior que 70% da luz, programando-se abordagem cirúrgica para resolução do quadro. O procedimento cirúrgico baseou-se na traqueoplastia cervical, com ressecção da lesão e anastomose termino-terminal laringotraqueal. No sexto dia pós-operatório, paciente sem queixas e/ou intercorrências, foi submetido a broncoscopia, mostrando bom aspecto da anastomose. Realizado troca da cânula plástica por metálica, o mesmo recebeu alta com orientações e retorno via ambulatório de cirurgia torácica.CONSIDERAÇÕES FINAISO tipo do tratamento depende do grau de estenose, extensão, causa, localização, urgência dos sintomas, técnica disponível e experiência do médico. Devido à essas variabilidades, uma conduta única pode não corresponder ao excelente prognóstico para o paciente. No contexto do caso relatado foram realizados procedimentos cirúrgicos prévios e após recidiva da estenose, na tentativa de estabelecer tratamento definitivo para o paciente, optou-se pela traqueoplastia cervical com ressecção e anastomose laringotraqueal.

PALAVRAS-CHAVES: Estenose Laringo Traqueal|Traqueoplastia Cervical|Anastomose Laringotraqueal

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 964

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: APRESENTAÇÕES ATÍPICAS DE TUMOR FILOIDE DE MAMA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BIANCA RIBEIRO RODRIGUES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), GUILHERME VIEIRA SOARES DE CARVALHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JOSÉ FRANKLIN S. POMPA FILHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ROBERTO SAAD JR. (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), VICENTE DORGAN NETO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCIO BOTTER (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), AMANDA FRIAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RICARDO MACHADO CASTANHEIRA DE SOUZA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os tumores Phyllodes (filoides) são tumores pouco frequentes da mama, que representam 2-3% de todos os tumores fibroepiteliais da mama e menos de 1% de todos os tumores de mama. Sua incidência é maior em mulheres entre 35 e 55 anos. São classificados em benignos, borderline e malignos, porém mesmo as formas benignas têm alto índice de recidiva local. As metástases ocorrem em 13-40% dos casos, mais frequentemente em pulmões, ossos e fígado. RELATOS DE CASOS: CASO 1- Paciente de 35 anos, admitida com quadro de dispneia progressiva há 2 meses. História de ressecção de tumor filóide benigno em outro serviço em mama esquerda há 3 anos, com mastectomia total e reconstrução no mesmo tempo cirúrgico. Permaneceu assintomática até então. Não realizou tratamento adjuvante. Em tomografia de tórax, apresenta grande tumor comprometendo todo o lobo superior direito e promovendo atelectasia parcial dos demais lobos. Submetida a toracotomia com lobectomia superior direita. Exame anatomopatológico confirma metástase de tumor filóide maligno. CASO 2- Paciente feminina, 27 anos, apresentando abaulamento em região torácica esquerda há 6 anos. Relato de 3 abordagens ? nodulectomias- por equipe de Mastologia em outro serviço, mastectomia radical e posterior esvaziamento axilar já na ISCMSP. Submetida a quimioterapia adjuvante por 6 meses, sem sinais da doença no final do tratamento. Anatomopatológico apontando tumor filóide maligno. Após 2 anos, apresenta abaulamento em região anterior do tórax. Em exames de imagem, apresenta tumor com cerca de 14 cm envolvendo arcos costais, clavícula e porção proximal de úmero. Realizada ressecção total do tumor, implicando em desarticulação escapuloumeral por comprometimento vascular e neural. CONCLUSÃO: É uma neoplasia mamária geralmente benigna, porém apresenta alta tendência de recidiva local. Disseminação sistêmica é rara e afeta principalmente os pulmões, ossos, fígado e cérebro. Em geral, o tratamento cirúrgico isolado é o suficiente, sendo que o papel da quimioterapia e radioterapia adjuvante ainda não é claro. A recidiva não tem relação com o local de recorrência, idade da paciente, tamanho do tumor ou margens microscopicamente comprometidas

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR FILOIDE | METASTASE PULMONAR | PHYLLODES

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 966

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: USO DE CATETER PLEURAL DE LONGA PERMANÊNCIA PARA TRATAMENTO DE DERRAMES PLEURAIIS NEOPLÁSICOS. EXPERIÊNCIA INICIAL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SILVIA CAROLINE NEVES RIBEIRO (HOSPITAL SANTA MARCELINA), IGOR RENATO LOURO B. DE ABREU (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), FERNANDO CONRADO ABRÃO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), MARIA GABRIELA CARVALHO CAVALCANTE (HOSPITAL SÃO CAMILO UNIDADE SANTANA ? SP), JOAO HENRIQUE GODOY RODRIGUES (FACULDADE SANTA MARCELINA), FELIPE DOURADO MUNHOZ (FACULDADE SANTA MARCELINA)

RESUMO: Objetivo: Avaliar a segurança e viabilidade do uso de cateteres pleurais de longa permanência (CPLP) em pacientes com derrame pleural neoplásico (DPN). Relatar a experiência inicial do nosso grupo com este tipo de tratamento. Métodos: Efetuada coleta prospectiva de dados dos pacientes com DPN submetidos à implantação de CPLP entre janeiro de 2014 e julho de 2015 no Hospital Santa Marcelina - Itaquera. Todos os pacientes submetidos a CPLP tinham expectativa de vida superior a 30 dias, conforme ?guidelines? da British Thoracic Society para tratamento de DPN. Os dados coletados compreendiam gênero, idade, índice de massa corpórea, sítio primário da neoplasia, duração da drenagem e complicações do procedimento, tempo de hospitalização, recorrência de derrame pleural e ocorrência de pleurodese espontânea. Resultados: Dezenove pacientes foram submetidos ao implante de CPLP durante o período do estudo. A mediana de sobrevida global foi 145 dias após implantação do CPLP. A mediana do seguimento destes pacientes foi de 125 dias (intervalo de 53 à 485 dias) e a mediana do tempo de permanência com cateter pleural foi de 31 dias (intervalo de 2 a 126 dias). Complicações relacionadas ao cateter ocorreram em 5 pacientes (26,2%) e pleurodese espontânea foi observada em 8 (42%). Entre esses 8 casos de pleurodese espontânea, foi possível retirar o cateter entre 30º dia e 126º dia de tratamento em 4 pacientes. Em 4 pacientes a pleurodese espontânea ocorreu no primeiro mês de tratamento. Conclusão: O uso de cateter pleural de longa permanência parece ser viável e seguro em pacientes com derrame pleural neoplásico. Referências Bibliográficas Musani AI, Haas AR, Seijo L, Wilby M, Sterman DH. Outpatient management of malignant pleural effusions with small-bore, tunneled pleural catheters. *Respiration* 2004;71:559-566. Tremblay A, Michaud G. Single-center experience with 250 tunneled pleural catheter insertions for malignant pleural effusion. *Chest* 2006; 129:362-368. Tremblay A, Mason C, Michaud G. Use of tunneled catheters for malignant pleural effusions in patients fit for pleurodesis. *Eur Respir J* 2007;30:759-762. Qureshi RA, Collinson SL, Powell RJ, Froeschle PO, Berrisford RG. Management of malignant pleural effusion associated with trapped lung syndrome. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2008;16:120-123. Warren WH, Kalimi R, Khodadadian LM, Kim AW. Management of malignant pleural effusions using the Pleur(x) catheter. *Ann Thorac Surg* 2008;85:1049-1055.

PALAVRAS-CHAVES: derrame pleural maligno | sobrevida | cuidados paliativos

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1008

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Mediastinite Descendente Necrosante

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CONRADO ANTONIO VASSELAI (SANTA CASA BRAGANÇA PAULISTA), MESSIAS FROES DA SILVA JUNIOR (HC SP), ANDRÉ LUIS SARTINI (SANTA CASA DE BRAGANÇA PAULISTA), CARLOS AUGUSTO DAS NEVES (SANTA CASA DE BRAGANÇA PAULISTA), WALABONSO BENJAMIM FERREIRA NETO (SANTA CASA DE BRAGANÇA PAULISTA), NATÁLIA RODRIGUES BATISTA (SANTA CASA DE BRAGANÇA PAULISTA)

RESUMO: A mediastinite descendente necrosante é uma infecção grave que acomete o mediastino e tem como origem infecções da orofaringe e da região cervical. Pelo fato do mediastino compreender estruturas nobres como o esôfago, traquéia, grandes vasos, estruturas nervosas dentre outras, infecções compreendendo este espaço, se não tratadas de maneira precoce e agressiva, invariavelmente evoluirão para óbito. Paciente do sexo feminino, 64 anos, sem comorbidades, submetida a tratamento dental do molar inferior esquerdo e após 2 dias evoluiu com dor, dispneia, febre, tumoração submandibular, hiperemia e trismo. A paciente procurou o PS da Sta Casa de Bragança e foi avaliada pela Cirurgia Bucomaxilofacial que identificou um abscesso submandibular (angina de ludwing) e procedeu a drenagem e colocação de drenos de penrose, antibioticoterapia e cuidados na UTI. Após 48h a paciente mantinha-se estável, afebril e sob ventilação mecânica, prestes a ser extubada. Neste momento foram realizadas tomografias de pescoço e tórax e se identificaram coleção cervical com focos gasosos, desvio de traqueia e borramento da gordura mediastinal, além de derrame pleural bilateral. Discutido o caso com a Cirurgia de Cabeça e Pescoço e a Cirurgia Torácica que indicaram cervicotomia e toracotomia exploradoras. Realizada cervicotomia em colar, abertura dos espaços cervicais profundos com saída de material purulento, feita limpeza mecânica, além da realização de traqueostomia e colocação de drenos. No mesmo ato, procedeu-se a drenagem pleural esquerda, com saída de 400ml de líquido turvo. Realizada então a toracotomia póstero-lateral direita e no acesso a cavidade presença de líquido pleural turvo. Feita a abertura da pleura mediastinal logo acima da veia ázigos com saída de grande quantidade de material purulento além da abertura ampla da pleura mediastinal abaixo da veia ázigos e exploração digital. Irrigação exaustiva da cavidade com soro fisiológico, drenagem e fechamento da toracotomia. A paciente evoluiu bem, sendo retirada da ventilação mecânica no 5º PO e recebeu alta no 10º PO. A mediastinite descendente necrosante tem uma taxa de mortalidade de 40%. Muito desta alta mortalidade se deve ao fato da demora no diagnóstico e/ou tratamento. Além disso, assim como no caso apresentado, o paciente pode não demonstrar sinais de choque séptico ou grandes alterações hemodinâmicas, fazendo com que a suspeição e o pronto tratamento, na maioria das vezes, agressivo, façam a diferença no prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Mediastinite | Mediastino | Toracotomia

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1072

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MESOTELIOMA PRIMÁRIO DO PERICARDIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO (UFTM), JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS (UFTM), LUCAS FABIANO GARCIA LEITE (UFTM), MARCELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), ESTELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO (UFTM), DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA (UFTM), BEATRIZ AFFONSO DE CAMARGO ARANHA (UFTM)

RESUMO: Introdução: As neoplasias pericárdicas podem ser primárias ou secundárias, sendo estas mais frequentes, normalmente, metastáticas de neoplasias pulmonares e outros sítios. Os mesoteliomas malignos primários do pericárdio (MMPP) correspondem a aproximadamente 0,7% de todos os mesoteliomas malignos. Trata-se de uma doença rara sendo descritos cerca de 150 casos na literatura. Acredita-se que exista relação com a exposição ao asbesto, porém há casos sem história ocupacional. Apresentamos um caso de mesotelioma primário do pericárdio em paciente sem exposição ao asbesto. Relato do caso: Paciente de 64 anos, sexo masculino, natural de São Gotardo (MG) e procedente de Campos Altos (MG), trabalhador rural, sem história de exposição ao asbesto, previamente hipertenso e portador de cardiopatia hipertensiva. Foi admitido no Hospital de Clínicas da UFTM relatando dispnéia progressiva há 40 dias, associada à sensação de peso em região precordial. O ecocardiograma, visualizou importante derrame pericárdico com material eco-denso aderido ao pericárdio visceral, no ápice do ventrículo esquerdo, confirmado na CT de tórax. Realizada janela pericárdica com visualização da massa tumoral e inúmeros implantes no pericárdio. O anatomopatológico e imunohistoquímica confirmaram mesotelioma primário do pericárdio. O paciente foi encaminhado ao serviço de oncologia para tratamento paliativo e faleceu após 45 dias do diagnóstico. Conclusão: A maioria dos tumores pericárdicos é de origem metastática, principalmente do pulmão, mama, melanoma e linfomas. Os mesoteliomas pericárdicos podem se apresentar como lesão localizada ou infiltração difusa do pericárdio e órgãos vizinhos, razão para a apresentação clínica inespecífica e insidiosa. O prognóstico do mesotelioma de pericárdio é reservado com sobrevida média de 6 meses. Ressecções radicais associadas à radioterapia e quimioterapia adjuvantes e imunomodulação podem prolongar a sobrevida para até, em média, 16 meses em pacientes selecionados. A maioria dos doentes recebe tratamento paliativo.

PALAVRAS-CHAVES: mesotelioma primario | pericardio | mesotelioma

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1078

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SHUNT DIREITO-ESQUERDO POR FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS (UFTM), MARCELO CUNHA FATURETO (UFTM), LUCAS FABIANO GARCIA LEITE (UFTM), ESTELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), MARCELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO (UFTM), DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA (UFTM), RAPHAEL MOREIRA QUEIROZ (UFTM)

RESUMO: Introdução: As fístulas arteriovenosas pulmonares (FAVP) são malformações raras caracterizadas por uma comunicação entre a rede arterial e venosa pulmonar condicionando um shunt direito-esquerdo. As repercussões hemodinâmicas dependem do seu grau, podendo cursar com insuficiência cardíaca congestiva refratária nos casos mais graves e cianose. Tem incidência de 2 a 3:100.000 nascimentos, sendo mais frequente em mulheres. Os autores descrevem 1 caso clínico de FAVP com poliglobulia significativa. Relato de caso: RHR, masculino, 26 anos, motorista, portador de importante poliglobulia foi referenciado ao serviço de cirurgia torácica havia três anos. Apresentava crises de cefaléia, cianose labial, hipocratismo digital e saturação de oxigênio de 77% sem melhora significativa com O2 inalatório. A radiografia de tórax mostrava nódulo paracardíaco direito; a Tomografia Computadorizada (TC) evidenciou nódulo bastante vascularizado. Na ocasião foi indicada cirurgia e o paciente a recusou. Mantendo o mesmo quadro, novo RX e TC mostraram alguma progressão da lesão. A arteriografia pulmonar confirmou a volumosa FAVP. O ecocardiograma não mostrou repercussões hemodinâmicas. A gasometria arterial evidenciou hipoxemia e dessaturação significativas. A lobectomia inferior direita foi realizada sem intercorrências. Conclusão: As fístulas arterio-venosas pulmonares são afecções raras. As embolizações são prescritas em fístulas menores ou múltiplas. O tratamento cirúrgico está indicado em fístula volumosa e geralmente é curativo.

PALAVRAS-CHAVES: fistula arteriovenosa | shunt direito-esquerdo | fistula pulmonar

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1154

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pneumotórax catamenial: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO LOMBARDI FARIAS (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), PAOLA COSTA REIS (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), RICARDO KALAF MUSSI (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), LUCIAHELENA MORELLO PACHECO PRATA (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO endometriose é definida como presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, presente em 10-15% das mulheres em idade fértil. Comumente encontrado na cavidade pélvica, pode surgir ainda em abdome, cérebro, pele e tórax. A endometriose torácica é uma entidade rara, com várias possibilidades de manifestação, sendo a principal o pneumotórax catamenial (PC), que consiste na formação de pneumotórax após 24-72h do início da menstruação. Além do PC, a entidade pode se manifestar com hemoptise catamenial, hemotórax catamenial, nódulos pulmonares, dor torácica isoladamente catamenial e pneumomediastino catamenial, sintomas definidos por Joseph e Sahn como a Síndrome da Endometriose Torácica. RELATO DE CASO Feminino, 31 anos, chega ao pronto-socorro com dor torácica a direita e antecedente de quadro semelhante há 2 anos. Radiografia de entrada apresentando pneumotórax a direita de 30%. O sintoma de dor torácica, em ambos os casos, esteve associado ao período menstrual. Foi optado por abordagem cirúrgica por videotoracoscopia, não sendo observado complexo bolhoso no procedimento. Refere de antecedente endometriose há 4 anos em tratamento clínico e de laparoscopia para o estadiamento da doença há 3 anos. CONCLUSÃO O pneumotórax catamenial é uma entidade rara, determinada por uma série de sinais e sintomas ligados ao ciclo menstrual. Com apresentação clínica variável, o fator cíclico relacionado com a menstruação é a chave do diagnóstico, uma vez que confirmação por exame de imagem nem sempre é possível. Portanto, embora raro, o diagnóstico de PC deve ser sempre interrogado em mulheres em idade fértil que evoluam com pneumotórax espontâneo de repetição e o tratamento cirúrgico instituído de ser individualizado para as diferentes apresentações da endometriose no tórax.

PALAVRAS-CHAVES: Pneumotórax espontâneo | Pneumotórax catamenial | endometriose torácica

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1237

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TORACOPLASTIA PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL POS-PNEUMONECTOMIA EM NEOPLASIA PULMONAR DIREITA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO (UFTM), JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS (UFTM), LUCAS FABIANO GARCIA LEITE (UFTM), DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO (UFTM), ESTELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), MARCELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA (UFTM), RUBENS PERALTA JR (UFTM)

RESUMO: Introdução: A fístula broncopleural é uma comunicação entre o espaço endobrônquico e a cavidade pleural. Acomete até 10% dos pacientes submetidos à pneumonectomia, com uma média de 3% a 7% em todas as ressecções pulmonares. Relato de Caso: Paciente de 64 anos, masculino, empresário, tabagista 80 a/m; já previamente com endoprótese arterial braquiocefalica direita, teve adenocarcinoma lobar superior direito periférico com invasão de vasos subclávios direitos ? T4NXM0. Foi submetido à radioterapia e quimioterapia com boa resposta. Em reestadiamento ? PET-TC, baixou para T3cNXcMXc. A mediastinoscopia foi negativa. Foi realizada lobectomia superior direita ? T2pN0M0. Após terceiro mês apresentou hemoptise e expectoração purulenta. A TC de tórax mostrou cavitação volumosa nos lobos remanescentes. Lavado e biópsias não confirmaram tuberculose, mas devido a não resposta aos antibióticos usuais foi introduzido esquema RIPE. Houve melhora parcial, mas permanecia a hemoptise e a supuração persistente com tosse incoercível. Foi proposta a totalização da ressecção após leve melhora clinica. Durante a ressecção houve sangramento abundante por laceração braquiocefálica com exposição do stent. A totalização foi abreviada por instabilidade grave. No pós-operatório imediato foi constatado volumoso coágulo torácico retido. Foi necessária a videotoracoscopia para resolução. No 7º pós-operatório o paciente recebeu alta hospitalar, em boas condições. Após quarto mês apresentando expectoração purulenta e perda ponderal e redução do velamento torácico direito, uma broncofibroscopia evidenciou coto brônquico direito longo, e com fistula de 3 mm. Foi indicada a toracostomia aberta com controle da supuração e suporte nutricional enteral. Houve melhora, pouca expectoração, e após 90 dias foi feita a toracoplastia e reamputação do coto brônquico. Manteve-se bem por 4 semanas e nova supuração sobreveio. Foi constatada fistula de 1 mm no novo coto. Pela cicatriz do dreno posterior manteve o trajeto com dreno 34. O paciente evoluiu bem e após 60 dias foi constatado fechamento total da fistula e o dreno foi retirado progressivamente. Não houve mais intercorrências e o paciente voltou a atividade laboral. Conclusão: Conclui-se que, para o tratamento das fístulas broncopleurais, são necessários três princípios básicos que são: uma adequada drenagem do espaço pleural, o fechamento da fistula e a obliteração do espaço pleural residual.

PALAVRAS-CHAVES: toracoplastia | fistula broncopleural | neoplasia pulmonar

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1248

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FRATURA BRÔNQUICA COMPLETA EM LACTENTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO (UFTM), JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS (UFTM), LUCAS FABIANO GARCIA LEITE (UFTM), DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO (UFTM), ESTELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), MARCELA HERCOS FATURETO (UFTM), DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA (UFTM), RUBENS PERALTA JR (UFTM)

RESUMO: Introdução: As lesões brônquicas contusas são raras, especialmente em lactentes, e seguem traumas de grande impacto energético. Embora raras, as lesões brônquicas cursam com taxas de alta letalidade, em torno de 30%, principalmente quando há demora no diagnóstico. Relato de Caso: Paciente 18 meses teve queda de carroça em movimento e seu tórax foi esmagado pela roda, numa estrada de terra. De imediato teve cansaço intenso e foi levado ao Hospital de cidade de porte médio, a 100 km de nosso centro. Estava torporoso, apresentava escoriações pelo tronco, bastante ofegante com redução do MV esquerdo. Recebeu suplemento de O₂ por máscara nasal e o RX mostrou pneumotórax esquerdo hipertensivo. Uma drenagem com dreno fino não foi resolutive e o RX de controle estava inalterado com pneumotórax esquerdo hipertensivo e direito pequeno. Nova drenagem esquerda com tubo calibroso teve pequena melhora e com direita com dreno fino foi efetiva. Sem melhora respiratória significativa a criança foi transferida até nossa cidade onde foi submetida à toracotomia esquerda. Encontramos "explosão" da carina lobar com separação dos brônquios principal, lobar superior e inferior. Não havia lesões vasculares nem costovertebrais. Não foi possível reparar o brônquio lobar inferior e fizemos a broncoplastia brônquio principal esquerdo ? brônquio de lobo superior esquerdo, após desbridamento dos bordos e retirada do lobo inferior esquerdo. O paciente foi extubado na sala operatória e mantido em recuperação pós-anestésica por 24 horas. Houve reexpansão pulmonar completa. O pós-operatório ocorreu sem anormalidades. No quinto dia o paciente recebeu alta hospitalar. Conclusão: Apesar da baixa incidência de rotura brônquica, da gravidade e da distância ao centro resolutive, medidas paliativas de suporte foram cruciais para a manutenção da vida do lactente. Esses tipos de lesões são muito raras e exigem diagnóstico presuntivo e conduta adequada minimizando sequelas.

PALAVRAS-CHAVES: fratura bronquica | fratura bronquica completa | fratura bronquica em lactente

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1258

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FRATURA BRÔNQUICA COMPLETA DE BRÔNQUIO LOBAR SUPERIOR DIREITO POR PISOTEADO ANIMAL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO (UFTM), JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS (UFTM), LUCAS FABIANO GARCIA LEITE (UFTM), DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO (UFTM), MARCELA HERCOS FATURETO (UFTM), ESTELA HERCOS FATURETO (UFTM), DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA (UFTM), THAÍS CHAVES PINHEIRO (UNIUBE)

RESUMO: Introdução: No trauma, os brônquios podem sofrer ruptura total ou parcial, que podem cicatrizar espontaneamente ou sofrerem estenose, caso a lesão não seja diagnosticada na fase aguda. O pneumotórax persistente com volumosa perda aérea nos leva ao diagnóstico precoce. Porém diagnóstico é pode ser tardio em até 10% das fraturas brônquicas onde ocorre o esmagamento brônquico sem saída de ar. Nesses casos, ocorre a hibernação atelectásica do pulmão, com absorção do ar contido e secreção de muco que preenche a árvore traqueobrônquica. Apresentamos um caso de fratura brônquica de brônquio lobar superior direito após pisoteado de touro de rodeio. Relato de Caso: O.S.S, 27 anos, masculino, peão de rodeio bovino, após queda do animal, foi pisoteado na região clavicular direita por volta das 22 hs. Referindo dor e dispneia foi atendido em cidade de pequeno porte, recebeu analgésicos e foi transferido para cidade de porte médio a 200 km. Lá chegando apresentava volumoso pneumotórax direito. Foi submetido a drenagem torácica e havia uma volumosa perda aérea, sem reexpansão ao RX de controle. Com diagnóstico de lesão de via aérea foi transferido ao Hospital de Clínicas da UFTM, 110 km de distância. Uma broncoscopia evidenciou laceração do coto do BLS. O paciente foi levada à broncoplastia BLS-BPD. O pós-operatório foi normal, recebendo alta no 7º dia pós-operatório, sem intercorrências. Conclusão: O traumatismo de vias aéreas pode culminar em um amplo espectro de lesões com diferentes abordagens e repercussões de acordo com o segmento acometido. Nas lesões onde ocorre o pneumotórax volumoso e persistente após a drenagem fechada, o diagnóstico é mais fácil. Porém há fraturas com separação das cartilagens, porém com manutenção da luz pelo tecido peribrônquico, sem ocorrer o pneumotórax. A broncofibroscopia é o exame-chave para o diagnóstico e escolha da via operatória. Procedendo-se à broncoplastia em boas condições, geralmente o pulmão readquire suas funções, mesmo decorridos vários meses ou anos após a lesão, o que poderá não ocorrer caso o segmento distal esteja sob supuração continuada pela redução da luz mas ainda mantendo algum trajeto distal.

PALAVRAS-CHAVES: fratura bronquica | fratura bronquica completa | pisoteado animal

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1262

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FRATURA BRONQUICA INCOMPLETA DE BRONQUIO PRINCIPAL ESQUERDO PÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO (UFTM), JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS (UFTM), LUCAS FABIANO GARCIA LEITE (UFTM), DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO (UFTM), ESTELA HERCOS FATURETO (UFTM), MARCELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA (UFTM), RAPHAEL MOREIRA QUEIROZ (UFTM)

RESUMO: Introdução: No trauma, os brônquios podem sofrer ruptura total ou parcial, que podem cicatrizar espontaneamente ou sofrerem estenose, caso a lesão não seja diagnosticada na fase aguda. O pneumotórax persistente com volumosa perda aérea nos leva ao diagnóstico precoce. Porém diagnóstico é pode ser tardio em até 10% das fraturas brônquicas onde ocorre o esmagamento brônquico sem saída de ar. Nesses casos, ocorre a hibernação atelectásica do pulmão, com absorção do ar contido e secreção de muco que preenche a árvore traqueobrônquica. Apresentamos um caso de fratura brônquica de principal esquerdo em paciente vítima de acidente automobilístico grave. Relato de Caso: L.M.S, 19 anos, doméstica, foi vítima da politrauma em acidente auto x auto, com morte no local, a 100km. Foi admitida na emergência com fratura exposta de MIE e fechada de mandíbula, TCE moderado. Recebeu tratamento ortopédico e suporte, recebendo alta em um semana. Após liberação para retorno a suas atividades usuais três meses depois apresentava dispneia a pequenos esforços. Foi encaminhada ao nosso ambulatório onde verificamos redução de volume, submacicez e ausência de MV esquerdo e desvio ipsilateral da traqueia e ictus cardíaco. O RX de tórax mostrou atelectasia E total, sem fraturas de costelas. A broncoscopia e a broncografia mostraram fechamento total do BPE. A paciente foi levada à broncoplastia BPE-BPE. O pós-operatório foi normal, recebendo alta no 7º dia pós-operatório, com reexpansão total esquerda, sem intercorrências. Conclusão: O traumatismo de vias aéreas pode culminar em um amplo espectro de lesões com diferentes abordagens e repercussões de acordo com o segmento acometido. Nas lesões onde ocorre o pneumotórax volumoso e persistente após a drenagem fechada, o diagnóstico é mais fácil. Porém há fraturas com separação das cartilagens, porém com manutenção da luz pelo tecido peribrônquico, sem ocorrer o pneumotórax. A broncofibroscopia é o exame-chave para o diagnóstico e escolha da via operatória. Procedendo-se à broncoplastia em boas condições, geralmente o pulmão readquire suas funções, mesmo decorridos vários meses ou anos após a lesão.

PALAVRAS-CHAVES: fratura bronquica | fratura bronquica incompleta | acidente automobilístico

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1271

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TORACOPLASTIA ? Fistula tardia de coto brônquico pós-pneumectomia por tuberculose

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO CUNHA FATURETO (UFTM), JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS (UFTM), LUCAS FABIANO GARCIA LEITE (UFTM), DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO (UFTM), ESTELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), MARCELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA (UFTM), RAPHAEL MOREIRA QUEIROZ (UFTM)

RESUMO: Introdução: Antes do surgimento dos fármacos antituberculose, o repouso e a colapsoterapia eram os tratamentos disponíveis para a tuberculose pulmonar. Em 1821, James Carson, na Inglaterra, foi o primeiro a defender o uso do pneumotórax para tratamento da tuberculose. A toracoplastia nas suas diversas variações técnicas, foi empregada inicialmente em 1880, com a retirada de arcos costais e conseqüentemente colapsos de áreas cavernosas nos pulmões tuberculosos. Somente em 1935, Alexander estabeleceu os princípios utilizados até a atualidade: toracoplastia pósterolateral, com desabamento completo do hemitórax após a ressecção dos arcos costais e tratamento da fístula brônquica. Ainda que seja uma cirurgia de exceção, mórbida e mutilante, atualmente, tem sua indicação restrita a fístulas aéreas de coto brônquico pós ressecção pulmonar por tuberculose e suas sequelas, neoplasias, empiema e outras afecções supurativas do tórax cujo manejo convencional se torna falível. Relato de Caso: M.F.D, 26 anos, feminina, tratadora de cavalos, natural e procedente de Uberaba-MG. Em 2012, apresentou tuberculose pulmonar tratada que evoluiu com destruição bronquiectásica de todo o pulmão direito. A paciente embora tivesse negatificação do escarro por broncoscopia, evoluiu com supurações frequentes, hemoptise de moderada intensidade, consumo e baqueteamento, sendo encaminhada para o Serviço de Cirurgia Torácica do HC-UFTM para realização de pneumectomia direita em outubro de 2014. A paciente evoluiu estável até julho de 2015, quando apresentou piora clínica e laboratorial, vômitos e perda do nível hidroaéreo do hemitórax operado. Confirmou-se, então, a hipótese de fístula do coto brônquico, sendo necessária a confecção de pleurostomia pelas condições críticas da paciente. A paciente permaneceu internada por longa data, necessitando na alta hospitalar, de manutenção de oxigenioterapia domiciliar e suplementação com dieta enteral pela desnutrição. Em 2016, já em franca melhora clínica, encontramos condições para realização de toracoplastia para tratamento da fístula aérea e fechamento da pleurostomia. O procedimento se deu em Julho de 2016, sem intercorrências, com alta hospitalar em bom estado, no 10º dia de pós-operatório, com seguimento ambulatorial. Conclusão: Conclui-se que, para o tratamento das fístulas broncopleurais, são necessários três princípios básicos que são: uma adequada drenagem do espaço pleural, o fechamento da fístula e a obliteração do espaço pleural residual.

PALAVRAS-CHAVES: toracoplastia | tuberculose | fístula pulmonar

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1354

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE DIAGNOSTICADO COM HIBERNOMA SUBESCAPULAR: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), GUILHERME ZAPPELINI ZANETTE (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), SAMIR ABU EL HAJE (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), FABRICIO STRAPASSON (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), ANA PAULA MICHELS COSTA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), KELLY VIVIANE UEDA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), STEPHANIE THEISEN KONZEN (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), FREDERICO KLANN VICTORINO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: Introdução: O hibernoma é um tumor lipomatoso benigno, composto de células adiposas marrons e seu aparecimento é raro, com menos de 250 casos relatados na literatura. É denominado dessa forma devido à semelhança histológica com a gordura marrom de animais em hibernação. Frequentemente o hibernoma é indolor, mas alguns sintomas podem ser relatados pela compressão de estruturas adjacentes já que tendem a crescer muito, embora sejam neoplasias não invasivas. Geralmente são achados incidentais em exames físicos ou de imagem. Relato de Caso: Paciente masculino, 33 anos, previamente hígido, sedentário, contador. Iniciou com sensação de aumento de peso e tamanho em topografia de axila esquerda, de forma progressiva; negava dor, febre, sinais flogísticos e também não relatava infecções recentes. Aos exames laboratoriais não foram encontradas alterações significativas. Em ressonância magnética, evidenciou-se formação expansiva com isossinal à gordura na sequência de T1 e hipossinal nas fases de supressão de gordura, além de finas estrias internas de isossinal localizada profundamente no interior do músculo subescapular esquerdo, medindo aproximadamente 10,8 x 9,5 x 6,2 cm respectivamente nos eixos longitudinal, anteroposterior e transversal. Realizado linfadenectomia axilar à esquerda e excisão cirúrgica de fragmento medindo 11,0 x 11,0 x 2,0 e pesando 268,0 g, sem intercorrências. Em relatório anatomopatológico, foi constatada a presença de linfonodo com histiocitose sinusal e lipossustituição medular, além do diagnóstico de hibernoma através da peça cirúrgica. Conclusão: É necessário destacar que os hibernomas são muito semelhantes aos lipomas nos exames de imagem, sendo importante o diagnóstico definitivo através do exame histopatológico. Sua abordagem cirúrgica através da excisão também pode ser considerada resolutive com a remoção completa da estrutura para evitar recorrência e expansão para áreas adjacentes.

PALAVRAS-CHAVES: Hibernoma | Cirurgia torácica | Tumor lipomatoso

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1363

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Sarcoma Sinovial Monofásico: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), STEPHANIE THEISEN KONZEN (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), KELLY VIVIANE UEDA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), ANA PAULA MICHELS COSTA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), FABRICIO STRAPASSON (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), SAMIR ABU EL HAJE (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), GUILHERME ZAPPELINI ZANETTE (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os sarcomas sinoviais (SS) são neoplasias extremamente raras, de origem mesenquimal, que ocorrem como resultado de uma proliferação desordenada de células fusiformes atípicas com um núcleo oval, atividade mitótica variável e consistência inicial sólida. Apresentam crescimento arrastado e geralmente afetam adolescentes e adultos jovens, acometendo as regiões para-articulares das extremidades inferiores em 90% dos casos. Nos outros 10%, localizam-se em topografias não relacionadas com as articulações, porém, a nível pulmonar, são muito menos frequentes e somente tem-se descritos 50 casos na literatura. Histologicamente, podem se diferenciar em três diferentes padrões celulares: monofásico, bifásico e pouco diferenciado. A maior parte dos SS, na imunohistoquímica, são positivos para diversas citoqueratinas e para o antígeno de membrana epitelial. Não existe uma terapia padronizada. Geralmente o tratamento é cirúrgico, com ressecção total da lesão, aplicando-se, em alguns casos, radioterapia adjuvante. RELATO DO CASO: C.R., 38 anos, sexo feminino, assintomática, encaminhada por seu cirurgião plástico à investigação pela cirurgia torácica devido à mamografia inconclusiva sendo então solicitada RNM de mama bilateral, TC de tórax, TC de abdome total e broncoscopia, sendo os dois últimos exames sem alterações. À RNM de mamas evidenciou-se como achado adicional imagem nodular em terço médio do pulmão direito com realce pelo contraste. À TC de tórax observou-se formação expansiva sólida com morfologia grosseiramente arredondada, com impregnação heterogênea pelo meio de contraste EV, localizada no segmento lateral do lobo médio, medindo aproximadamente 4,0 x 3,6cm, com contornos lobulados. Foi realizada ressecção de parte do lobo médio, onde encontrava-se a lesão. Por análise anatomopatológica foi evidenciado sarcoma sinovial monofásico. Realizado TC de tórax de controle pós-cirúrgico que demonstrou excisão completa da lesão. CONCLUSÃO: Faz-se imprescindível a descrição do caso em razão da baixíssima incidência da doença, para avanço dos conhecimentos médicos a respeito da mesma.

PALAVRAS-CHAVES: Sarcoma Sinovial Monofásico | Sarcoma sinovial | Tumor mesenquimal

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1374

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Sequestro intralobar pulmonar: um relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA DUTRA HAMILTON (UFFS), RAFAEL PANOSSO CADORE (UFFS), LETICIA ISABEL PEDRINI (UFFS), ALANA SANTOS DA SILVA (UPF), BRUNA NIKITITZ LOPES (UPF), VINICIUS FELIPE CZAPLA (UPF), MARIANE SIMONETI NUNES (UPF), JOÃO PEDRO FELDEN GUTERRES (UPF)

RESUMO: Introdução: O sequestro pulmonar é uma anomalia congênita rara definida como um território de parênquima pulmonar separado de suas conexões brônquicas e vasculares normais, vascularizado por uma artéria sistêmica anômala, normalmente derivada da aorta torácica, do tronco celíaco ou das artérias intercostais. É classificado como intra e extralobar. Nos casos dos sequestros intralobares, o parênquima anormal está incluso no parênquima pulmonar, contido dentro da mesma pleura visceral. Já os sequestros pulmonares extralobares, existe uma separação anatômica e fisiológica completa do parênquima pulmonar normal, possuindo sua própria pleura visceral. Frequentemente este subtipo está associado a outras malformações congênitas, como hérnia diafragmática. Enquanto o sequestro extralobar é seguidamente assintomático, o intralobar apresenta-se reiteradamente com episódios de dor torácica, hemoptise e quadros de infecção pulmonar recidivante com febre. O diagnóstico é firmado através da radiologia convencional, mas sobretudo pela angiografia. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 54 anos, procurou atendimento por dor torácica em aperto em hemitórax esquerdo por 7 meses. Foi realizada investigação cardiológica sem evidência de cardiopatia que justificasse o quadro. Posteriormente, apresentou tosse com hemoptise maciça, sem dispneia ou febre. História pregressa de asma e hipertensão arterial sistêmica, sem história prévia de tabagismo. Foi solicitado tomografia computadorizada de tórax que evidenciou opacidade irregular em região basal medial do lobo inferior esquerdo, com vascularização anômala. Diante da alteração, está indicada realização de angiotomografia de tórax, que mostrou sequestro pulmonar intralobar no segmento basilar látero-posterior do pulmão esquerdo, recebendo vascularização arterial a partir de dois ramos da aorta torácica descendente e com drenagem para ramos venosos correspondentes. Foi realizada lobectomia com boa evolução pós-operatória e alta hospitalar no quinto dia de internação. Conclusão: O sequestro pulmonar é caracterizado por tecido pulmonar embrionário não funcionante e deve ser suspeitado em todo paciente apresentando infecções respiratórias de repetição, sobretudo se a radiografia apresenta lesão no nível posterobasal. A arteriografia é o exame chave do diagnóstico, fornecendo uma ajuda precisa ao cirurgião, podendo evitar incidentes transoperatórios que possam ser fatais. Os resultados do tratamento cirúrgico são excelentes.

PALAVRAS-CHAVES: Sequestro pulmonar | Intralobar | Extralobar

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1487

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Hammam: Pneumomediastino Espontâneo, Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO KOUZAK MAYER (HRG), GABRIEL BROM ANDRADE (HRG), KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HRG), VINICIUS ALVES FONSECA (HRG), DIMITRI CARVALHO HOMAR (HRG), MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS (HRG), HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE (HRG), DANIELLA SILVA MENA (HRG)

RESUMO: Introdução: Pneumomediastino espontâneo, descrito por Louis Hammam em 1939, é uma síndrome rara, caracterizada pela presença de ar livre em mediastino sem história de trauma ou procedimentos invasivos, correspondendo a cerca de 1% dos casos de pneumomediastino. A maioria dos estudos revela um curso benigno da doença, entretanto com pouca evidência na literatura. Tende a ocorrer principalmente em adultos jovens, por vezes associado a aumentos bruscos da pressão intratorácica, como tosse intensa, crises asmáticas, infecções do trato respiratório ou uso de drogas inalatórias. Relato de Caso: HWMC, paciente de 19 anos com início súbito de dor torácica e cervical intensa, com piora à inspiração, associada a odinofagia e enfisema subcutâneo extenso ao exame físico. Apresentava leucocitose de 15700 na admissão, sem febre ou outros sinais. Foi submetido inicialmente a Rx de tórax e cervical e posteriormente a tomografia de tórax e cervical que evidenciavam a presença de pneumomediastino. Paciente encaminhado à avaliação otorrinolaringológica que não evidenciou corpos estranhos ou perfurações e sendo realizado EDA que diagnosticou monilíase esofágica, também sem local de perfuração aparente. Sorologias para HIV e hepatites foram negativas. Submetido ao tratamento anti-fúngico, com fluconazol, e sintomático, evoluiu satisfatoriamente, com melhora sintomática. Rx de tórax seriados de controle evidenciaram diminuição progressiva do pneumomediastino. Foi encaminhado para cirurgia torácica, onde ficou internado, também com conduta conservadora, recebendo alta no 11^º DIH. Conclusão: Síndrome de Hammam é uma condição raríssima entre adultos jovens caracterizada pela presença de pneumomediastino espontâneo. Os estudos no assunto descrevem diversas patologias que podem ocorrer concomitante à síndrome ou estar relacionados à sua gênese, entretanto, até o momento, na literatura estudada, não há relatos desta associação com monilíase esofágica. O caso descrito apresentou resolução clínica frente a conduta conservadora, conforme descrito na literatura.

PALAVRAS-CHAVES: Hammam | Pneumomediastino | espontâneo

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1509

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Quilotorax por trauma fechado: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAYANDRA SOUZA E SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS), JERZEY TIMOTEO RIBEIRO SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS), ALESSANDRA PATRICIA SOARES DA COSTA RAFAEL (HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS), FREDERICO GUILHERME ROESSLER (HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS), LAURO OSCAR DE LIMA JUNIOR (HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS), ZAQUEU JEFESON DE OLIVEIRA FRANCO (HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS), MARCIO LEONARDO FARIA LARANJA (HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS), MARCELO GUSMAO PONTES BELITARDO (HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO Define-se quilotórax como o acúmulo de linfa no espaço pleural, que por ter conteúdo rico em gorduras, apresenta um aspecto leitoso. Pode ocorrer por obstrução ou dificuldade no escoamento do quilo ou por laceração do ducto torácico. Entre as causas mais comuns estão má formação congênita, neoplasias, infecções, trombose venosa e os traumas. Compreender a fisiopatologia, o diagnóstico e o tratamento pode reduzir a mortalidade dos pacientes de 50% para 10% na maioria dos casos. RELATO DE CASO Paciente do sexo masculino, 18 anos, dá entrada com quadro de dispnéia, dor em região epigástrica e febre há 7 dias. À radiografia de tórax foi evidenciado derrame pleural bilateral. Três meses antes, o paciente esteve internado no mesmo serviço com quadro similar, após ter sofrido trauma torácico por espancamento, sendo submetido à época a Toracostomia Bilateral em selo d'água para drenagem de empiema pleural, com melhora clínica e alta hospitalar após 12 dias. Devido a recidiva, foi realizado Toracocentese Diagnóstica que evidenciou líquido pleural com aspecto leitoso, LDH normal, ausência de leucócitos, triglicérides 862mg/dl, 81% de linfócitos, BAAR negativo, confirmando o diagnóstico de Quilotórax. Realizado Toracostomia Bilateral em selo d'água e iniciado tratamento clínico com dieta oral líquida restrita e posteriormente parenteral, mais antibioticoterapia. Dez dias após, foi retirado dreno esquerdo e com a manutenção do débito do dreno direito (média de 627ml/dia), o paciente foi submetido à ligadura do ducto torácico por Toracosopia, com decorticação pulmonar e Toracostomia com drenagem pleural fechada. Estabeleceu-se o uso de octreotida e manutenção da nutrição parenteral. A melhora clínica se sucedeu com a redução do débito do dreno, liberação de dieta oral e a retirada do dreno após 20 dias. O paciente teve alta hospitalar e alta ambulatorial 4 meses depois, sem quaisquer outras intercorrências. CONCLUSÃO A presença de líquido seropurulento na primeira drenagem deixou passar despercebido a hipótese de quilotórax. Mas, 3 meses depois, o aspecto leitoso do líquido pleural até os aspectos laboratoriais, confirmaram o diagnóstico. A importância do tratamento clínico prévio à intervenção cirúrgica se deve ao fato de que em alguns casos, a fístula se resolve. No caso, optamos por 2 semanas. O tratamento cirúrgico teve como objetivo identificar a fístula, ligar o ducto torácico para melhora clínica do paciente e evitar uma maior depleção nutricional.

PALAVRAS-CHAVES: Quilotorax | Ducto toracico | Toracosopia

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1524

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Mesotelioma Deciduoide Pericárdico em Paciente Jovem

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), RENATA MULLER ROSENTHAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), JONNY ANDERSON KIELBOVICZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), CARLOS LUIZ REICHEL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), RAFAEL NAZARIO BRINGHENTI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), VINICIUS DUVAL DA SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), MARIA TERESA RUIZ TSUKAZAN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), JOSE ANTONIO LOPES FIGUEIREDO PINTO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS)

RESUMO: Introdução: O mesotelioma maligno deciduoide é uma variante rara do mesotelioma epitelióide. A localização mais frequente é a pleura (88,8%), seguida pelo peritônio (9,6%). Além de ser uma patologia rara, não existe nenhum relato de caso na literatura de mesotelioma deciduoide em pericárdio até o momento. Relato do Caso: Paciente G.M.L.S., feminina, branca, 18 anos, previamente hígida. Internou em fevereiro de 2015 com quadro de prostração, dispneia e febre com 15 dias de evolução. Ao exame ecocardiográfico foi identificado derrame pericárdico, atribuído inicialmente à pericardite viral, massa mediastinal e derrame pleural. Foi realizada pericardiocentese de alívio e diagnóstica. No dia 19/2/15 foi submetida à videotoroscopia para realização de janela pericárdica. Durante a cirurgia foi confirmada volumosa massa mediastinal intrapericárdica junto aos átrios, derrame pericárdico hemático e hepatização de língula. Análise citopatológica do líquido pericárdio evidenciou positividade para células malignas, e biópsia da massa mediastinal evidenciou tratar-se de mesotelioma deciduoide confirmado por imunohistoquímica. Durante a internação, foi iniciado tratamento quimioterápico com Doxorubicina+Ciclofosfamida+Vincristina. Devido a pouca resposta ao tratamento, após o 2º ciclo, o esquema foi trocado para DDP+Alimta+Permetrexed. No PET-CT controle (9/4/15) foi descrita lesão mediastinal de 14,7x8,9x12,1cm e SUV de 11,4. Ao totalizar 8º ciclo de quimioterapia, novo PET-CT controle evidenciou resposta parcial ao tratamento e, o último (8/12/15), evidenciou aumento de SUV para 14. Conforme discutido em reunião multidisciplinar, optou-se por toracotomia exploradora para ressecção da lesão, realizada em 15/3/16. Durante o transoperatório, verificou-se massa com invasão de grandes vasos e miocárdio, sem possibilidade de ressecção completa. A paciente recebeu alta com plano de quimioterapia definitiva. Apresentou piora clínica progressiva, evoluindo para óbito em 14/06/16. Apresentou sobrevida de 16 meses desde o diagnóstico. Conclusão: Conforme descrito na literatura, as opções de tratamento são multimodais incluindo ressecção cirúrgica, radioterapia e quimioterapia combinadas. Os resultados são modestos e não alteram significativamente o prognóstico dos pacientes, que apresentam uma sobrevida média de 6 meses após o diagnóstico da doença. A paciente obteve sobrevida de 16 meses após diagnóstico; mais que o dobro do previsto na literatura.

PALAVRAS-CHAVES: Mesotelioma Deciduoide | Cirurgia Torácica | Mesotelioma Pericárdico

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1531

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Fístula traqueoesofágica e traqueopulmonar em Linfoma de Hodgkin

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATÁLIA GOMES NAGATO (HOSPITAL DAS CLINICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), MIGUEL ANGEL CORRALES COUTINHO (HOSPITAL DAS CLINICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), FERNANDO CORREA AMORIM (HOSPITAL DAS CLINICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), MARIA GABRIELA GONÇALVES CALDAS (HOSPITAL DAS CLINICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), YANA DE SOUSA RABELO (HOSPITAL DAS CLINICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), HIGOR COSTA GOMES (HOSPITAL DAS CLINICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), PATRICK CORREIA DE SOUZA ARAÚJO (HOSPITAL DAS CLINICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), YURI KOSSA BARBOSA (HOSPITAL DAS CLINICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS)

RESUMO: Introdução: A fístula traqueoesofágica apresenta diversas etiologias, com alta taxa de morbidade e mortalidade, podendo ser encontrada em associação com a patologia toracopulmonar complexa ou processo infeccioso de pulmão, pleura e mediastino. Neste caso, o diagnóstico etiológico só foi revelado no intraoperatório de toracotomia para correção das fístulas. Relato de caso: K.G.S, homem, 34 anos, ex-tabagista, diagnóstico de Linfoma de Hodgkin em 2012 por biópsia de linfonodo paratraqueal. Realizou tratamento quimioterápico em outro serviço com 06 ciclos de ABVD e há 2 anos sem seguimento. Em setembro de 2016 apresentou quadro de tosse inicialmente seca tornando-se produtiva, hemoptóicos, febre vespertina, odinofagia progressiva associada a vômitos pós alimentares e perda ponderal de 13kg em 2 meses. Admitido no Hospital das Clínicas ? UFG em 19/10/16 sendo diagnosticada fístula traqueopulmonar e traqueoesofágica extensas por meio de broncoscopia, endoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada. Paciente com 3 amostras negativas para BAAR, biópsias endoscópicas e broncoscópicas sem diagnóstico etiológico, culturas e sorologias negativas. Biópsia de linfonodo supraclavicular inconclusiva. Após episódio importante de broncoaspiração, optou-se por abordagem cirúrgica para correção das fístulas. Devido à extensão das lesões encontradas na toracotomia diagnóstica, realizaram-se em um mesmo tempo cirúrgico os procedimentos: bilobectomia pulmonar direita, carenectomia, anastomose término-terminal de bronco fonte esquerdo com traquéia, reimplante de bronquio intermédio direito em bronquio fonte esquerdo, ressecção de tumor paramediastinal, esofagectomia subtotal, esofagostomia e gastrostomia. Procedimento com tempo cirúrgico de 13h, sem intercorrências. Realizada análise anatomopatológica intraoperatória de amostra de tecido traqueal com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin. Paciente com boa recuperação pós cirúrgica, segue em tratamento quimioterápico. Conclusão: Embora casos de fístulas taqueoesofágica em Linfoma de Hodgkin sejam raras e de difícil diagnóstico devido à inflamação e necrose tecidual, poucos foram os casos relatados na literatura. A maioria teve abordagens não cirúrgicas e as correções cirúrgicas foram pouco descritas. Neste caso foi necessária abordagem cirúrgica agressiva devido à destruição extensa de importantes estruturas acometidas, mesmo sendo alto o risco de óbito.

PALAVRAS-CHAVES: FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA|LINFOMA DE HODGKIN|RESSECÇÃO DE TRAQUEIA, ESÔFAGO, CARENA TRAQUEAL

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1551

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TIMECTOMIA TRANSESTERNAL PÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAQUELI PERTEL (UNESC), WAGNER SANTOS DA SILVA (UNESC), LARA EMERICH MACHADO VELOSO (UNESC), FLÁVIA MAGALHÃES RIBEIRO (UNESC), RAPHAEL FRANZINI DOS SANTOS (UNESC), LEONARDO CRISTIANO FRIGINI (UNESC)

RESUMO: Introdução: Os timomas constituem uma neoplasia incomum derivadas das células epiteliais do timo e representam menos de 1% dos cânceres no adulto, embora tenha sido referido como o mais comum do mediastino anterior. Geralmente são de crescimento lento, produzem invasão local e as metástases frequentemente são limitadas à pleura, pericárdio e diafragma. São comuns na quinta década de vida e se apresentam com incidência semelhante em homens e mulheres. Os timomas podem ser assintomáticos ou podem apresentar sinais e sintomas inespecíficos, como: tosse, dor e dispnéia. O diagnóstico é através de exames de imagens e estudo histológico. O tratamento depende do estágio do tumor. A forma de abordagem cirúrgica segue sendo estudada, tendo algumas opções como a toracotomia transesternal, a toracotomia anterolateral e as técnicas minimamente invasivas como a videotoracoscopia ou cirurgia torácica vídeo assistida. Relato de caso: EP, masculino, 50 anos, sem comorbidades prévias, apresentou lesões aftosas em língua e lábios em 2015 associado a uma perda ponderal de 10 kg em um ano. Realizou-se biópsia das lesões que evidenciou processo inflamatório crônico ulcerado e ausência de neoplasia. Solicitou-se Raio x de tórax que mostrou massa em mediastino, sendo confirmado por tomografia de tórax. Realizou-se biópsia por agulha guiada por TC e o histopatológico confirmou a presença do Timoma. A RNM tórax foi realizada para o estadiamento que evidenciou volumosa formação expansiva em topografia do mediastino medindo 10,9x9,0x7x1 cm, sem planos de clivagem para grandes planos. Encaminhou-se a Oncologia clínica para realização de três sessões de quimioterapia para diminuição do tamanho do Timoma. Após a quimioterapia neoadjuvante realizou-se novamente RNM de tórax mostrando a diminuição do timoma 7x6,4x5,9 cm. Realizou-se a Timectomia transesternal sem intercorrências. No pós-operatório o paciente apresentou-se com boa evolução, sem queixas e intercorrências. Obteve alta no quarto dia pós-operatório. Conclusão: O timoma é um tumor raro e este apresentava-se com dimensões consideráveis, além de estar em íntimo contato com o esterno e o arco aórtico, deslocando as estruturas vasculares. O tratamento é definido de acordo com o estadiamento do tumor. Portanto, há uma importância em realizar quimioterapia neoadjuvante associada a uma ressecção completa para garantir uma sobrevida de qualidade ao paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Timectomia transesternal | Timoma | Timo

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1598

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise do Perfil de Pacientes Traqueostomizados do Hospital de Urgências de Sergipe

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO GABRIEL LIMA DANTAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), SERGIO PEDROSO JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), FERNANDO AUGUSTO DE ABREU COELHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), BEATRIZ MENDONÇA MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), MILENA GUIMARÃES LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), ANNA MARIA FONSECA ALBUQUERQUE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), JOÃO VICTOR LIMA DANTAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE)

RESUMO: Objetivo: analisar o perfil epidemiológico do paciente traqueostomizado em Sergipe, devido a ausência na literatura de qualquer informação acerca do tema na localidade citada. Método: Estudo observacional do tipo transversal, com a apreciação de prontuários internados no Hospital de Urgências de Sergipe (Huse) nas Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e pediátrico e Ala Vermelha (AV) adulto e pediátrico, no período de Julho de 2016 a Janeiro de 2017, totalizando 220 pacientes analisados. Foram analisados, nestes prontuários, idade; sexo; motivo da internação na UTI/AV, comorbidades associadas; motivo da necessidade da via aérea artificial, tempo de ventilação mecânica, tempo até a realização da TQT (definido como o número de dias de ventilação mecânica invasiva ou tempo de intubação antes da traqueostomia); tempo do pedido até a TQT (definido como o número de dias desde o pedido do intensivista até a realização da TQT); tipo de técnica utilizada e local de execução do procedimento. Foi utilizado como critério de exclusão o não preenchimento satisfatório dos requisitos mínimos citados. Resultados: Contrariamente a estudos recentes acerca do mesmo tema, a prevalência do uso de traqueostomia em pacientes pós-operatório de trauma era maior que naqueles em pós-operatório não-traumatológico, em UTI's. Entretanto, as causas neurológicas permanecem em destaque (35%) nos motivos de internação, sendo ela acometimento primário ou secundário (trauma, metabolismo). Em relação ao sexo, a prevalência obedece as estatísticas nacionais, com um maior acometimento do sexo masculino (>50%). A técnica, por sua vez foi a aberta no leito em 94% das vezes, contrariando as estatísticas nacionais. Conclusão: Dessa forma, temos um perfil epidemiológico que difere bastante em alguns critérios quanto ao encontrado nacionalmente, provando a importância de um estudo desse tipo no Estado, de forma pioneira. SILVA, Thiago Barbosa de. Traqueostomia em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais públicos do Distrito Federal: prevalência, indicações, tempo para realização do procedimento e técnica. 2014. xii, 45 f., il. Dissertação. Universidade de Brasília, Brasília, 2014. OLIVEIRA, Cláudio Dornas de et al. Aspectos epidemiológicos de pacientes traqueostomizados em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital de referência ao Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo , v. 22, n. 1, p. 47-52, Mar. 2010 .

PALAVRAS-CHAVES: traqueostomia |perfil epidemiológico|toracica

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1643

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FISTULA TRAQUEOINOMINADA: UM DESAFIO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO FERNANDO BINOTTO (SANTA CASA DE LIMEIRA), IGNACIO LEITE DA COSTA (SANTA CASA DE LIMEIRA), MESSIAS FROES DA SILVA JUNIOR (SANTA CASA DE LIMEIRA), RUBENS JUNQUEIRA EMBOABA DA COSTA (SANTA CASA DE LIMEIRA), MURILO BARCELOS DE SOUZA (SANTA CASA DE LIMEIRA), FILIPE STARLING HUBNER (SANTA CASA DE LIMEIRA), LUCAS RUAS RIBEIRO (SANTA CASA DE LIMEIRA), RICARDO ESTEVAM MARTINS (SANTA CASA DE LIMEIRA)

RESUMO: Introdução: A traqueostomia é o procedimento mais utilizado para a prevenção das complicações laríngeas em consequência da intubação prolongada. Estudos demonstram que intubações orotraqueais e traqueostomia juntas são responsáveis por 70 a 90% de complicações ou lesões em vias aéreas. A fistula entre a parede traqueal e a artéria inominada (FTI) embora rara, 0,1 -1 %, apresenta-se com mortalidade de quase 100% quando não há intervenção cirúrgica. Entre os fatores predisponentes temos: traqueostomia baixa, radiação prévia, uso de esteróides. A FTI ocorre mais freqüentemente, 72% dos casos, nas primeiras 3 semanas pós-operatórias . Relato de Caso: C R S J, 15 anos, sexo masculino, foi submetido a neurocirurgia para retirada de lesão neoplásica do 3º ventrículo. Devido complicações infecciosas, permaneceu por longo período em intubação orotraqueal. Por isso foi traqueostomizado. No 24º dia após traqueostomia paciente apresenta epistaxe volumosa. Foi realizado nasofibrolaringoscopia sem alterações. Pela persistencia do sangramento foi realizado endoscopia digestiva alta que evidenciou gastroduodenite intensa com áreas de erosão em duodeno com hematina e escassos coágulos além de grande coagulo aderido ao fundo gástrico, sem sangramento ativo no momento do exame. Mesmo sem sangramento ativo em trato digestivo, paciente apresentou sangramento persistente por mais 24 horas. Foi acionada a Cirurgia Torácica, no momento da avaliação, o paciente havia sido politransfundido, já em uso de vasopressores, submetido a broncoscopia e laringoscopia de suspensão que não permitiram visibilizar a lesão e nem tampouco sangramento ativo, que foi apenas diagnosticada com a troca da cânula de traqueostomia, que destamponou a fistula. Procedimento endovascular foi excluído pela instabilidade hemodinâmica, indicado cirurgia. Procedida bitoracotomia associada pressão digital através do traqueostoma, para acesso rápido a cavidade torácica, complementada com esternotomia, após dissecção e controle vascular com pinças, optou-se por um by pass com prótese de Dacron na artéria inominada + traqueostomia mediastinal. Encaminhado à UTI, onde não resistiu a SIRS e foi a óbito pós-operatório precoce. Conclusão: Diante desta catastrófica complicação cuja a mortalidade é extremamente elevada mesmo com a intervenção cirurgica a prevenção torna-se fundamental. Uma vez que FTI desenvolve, a sobrevivência só é possível através do reconhecimento precoce e da intervenção imediata.

PALAVRAS-CHAVES: INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL | TRAQUEOSTOMIA | FISTULA TRAQUEOINOMINADA

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1807

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: simpatectomia torácica como opção terapêutica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO SILVA BESSA (UEMS), GUSTAVO ELIAS CARDOZO NUNES (UEMS)

RESUMO: Introdução: A simpatectomia torácica é uma opção terapêutica principalmente para pacientes com hiperidrose focal, síndromes álgicas e distúrbios vasculares periféricos. Desde 1954, quando foi descrita a primeira simpatectomia toracoscópica, a simpatectomia aberta tem entrado em desuso. A toracoscópica é menos invasiva, possui melhor resultado estético e menor tempo de internação.. Objetivo: O objetivo deste trabalho é quantificar as simpatectomias torácicas realizadas no Brasil no período de 2008 a 2015 e comparar o número, média de custo e média de internação de simpatectomias torácicas abertas (STA) e simpatectomias torácicas videocirúrgicas (STV). Métodos: Estudo de caráter quantitativo e comparativo com delineamento transversal de base populacional. Os dados foram coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em conjunto com Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Em primeiro momento cruzou-se os dados ano de atendimento do procedimento, valor médio da internação e de STA, no período de Janeiro de 2008 a Junho de 2015 referentes ao Brasil, depois realizou-se esse mesmo procedimento com as STV. Em seguida, analisou-se os dados no Excel 2013, calculando as alterações no decorrer dos anos Resultados: No período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2015, 2319 STA e 9593 STV foram realizadas. Dessas, 485 STA e 854 STV foram realizadas em 2008. Em 2009 houveram 435 STA e 951 STV. Em 2010 ocorreram 315 STA e 1054 STV. No ano de 2011, 331 pacientes foram submetidos à STA e 1431 STV. Durante 2012 foram realizados 234 STA e 1516 STV. Em 2013, 256 STA e 1338 STV foram notificadas no SIH. No ano de 2014 ocorreram 136 STA e 1234 STV. Por fim, em 2015 foram notificados 111 pacientes submetidos à STA e 1188 à STV. No referido intervalo de tempo, o valor médio da internação por paciente submetido à STA foi de R\$ 785,99 e STV foi de R\$ 1036,22. Já em relação à média de permanência, foi de 2 dias na STA e 1,5 dia na STV. Houve uma redução de 77,1% no número de STA. Conclusão: A redução no número de STA está consoante à tendência mundial em realizar mais o procedimento videocirúrgico. Além disso, apesar do valor médio da STV ser maior do que STA, houve um menor tempo de internação nos pacientes submetidos a STV, confirmando outros estudos. Contudo, não se pode generalizar esse resultado, pois as clínicas e hospitais particulares não entram na casuística do SUS.

PALAVRAS-CHAVES: Simpatectomia | Torax | Terapeutica

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1839

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CORRELAÇÃO ENTRE OS ACHADOS BRONCOSCÓPICOS E ANATOMOPATOLÓGICOS EM PACIENTES COM SUSPEITA DE NEOPLASIA PULMONAR SUBMETIDOS À BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIOVANNA EMANUELLA PIFFER SOARES ARANTES (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA - UNIMAR), BIANCA LANZA LAZARINI (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA - UNIMAR), CLÁUDIO JOSÉ RUBIRA (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA - UNIMAR), GILMAR FELISBERTO JUNIOR (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA - UNIMAR)

RESUMO: OBJETIVO: A broncoscopia flexível (BF) assumiu papel fundamental no manejo de várias afecções¹, sendo utilizada principalmente no diagnóstico e estadiamento do câncer de pulmão, auxílio no diagnóstico de doenças pulmonares benignas, além da avaliação das doenças que acometem a laringe e patologias próprias da árvore traqueobrônquica. Para o câncer de pulmão, o rendimento do exame varia de acordo com a localização das lesões de tal modo que nos casos em que as lesões são periféricas a BF convencional é bastante limitada². Levando em conta que o acesso a novas tecnologias³, como a navegação e broncoscopia virtual, que otimizam o rendimento da BF no diagnóstico do câncer de pulmão ainda é restrita a grandes centros^{3,4}, é fundamental que todos os serviços que executam este exame tenham informações sobre a acurácia do método, a fim de que sejam planejadas intervenções que possam otimizar o rendimento dos exames. MÉTODO: Estudo observacional, descritivo, retrospectivo, realizado no setor de Endoscopia Respiratória do Hospital Beneficente Unimar. Foram avaliados os laudos das endoscopias respiratórias realizadas no período de janeiro de 2012 até março de 2016. Foram incluídos apenas os exames que apresentaram lesões endobrônquicas centrais, que puderam ter o resultado anatomopatológico resgatado e que apresentavam informações sobre idade, local da lesão e número de fragmentos retirados. RESULTADOS: 45 pacientes preencheram os critérios de seleção. 5 pacientes foram submetidos à 2 exames, sendo que em 1 caso o intervalo foi de 16 meses. A idade variou de 28 a 90 anos, (média 65,5). Apenas 1 paciente tinha idade inferior a 50 anos. 30 pacientes (68,18%) eram do sexo masculino. Em relação à localização das lesões na árvore traqueobrônquica, foram consideradas as regiões mais proximais comprometidas, já que este é um fator que determina a indicação do tratamento cirúrgico. 23 lesões estavam à direita, 18 à esquerda, 2 na traqueia e 1 na carina. À direita, houve predomínio de lesões no lobo superior, já à esquerda as lesões foram mais frequentes no brônquio principal. Em relação ao diagnóstico, 6 (13,6%) lesões eram benignas. Em 2 casos o resultado mostrou infiltrado celular típico, inflamação crônica inespecífica foi vista em 2 casos, hamartoma em 1 e bola fúngica foi vista em 1 caso. CONCLUSÃO: A BF é um exame barato, com boa tolerabilidade e com boa acurácia no diagnóstico de lesões pulmonares centrais, logo seu uso nesses pacientes deve ser rotineiro.

PALAVRAS-CHAVES: Broncofibroscópio | Broncoscópio | Câncer de pulmão

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1891

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Quilotórax traumático como complicação de ferimento por arma de fogo.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUÍSA COELHO MILHOMEM (UFT), LETICIA DO VALE REIS (UFT), RENATA MOREIRA MARQUES PASSOS (UFT), MARCOS MENEZES FREITAS DE CAMPOS (UFT), PEDRO MANUEL GONZALEZ CUELLAR (UFT), FERNANDA RESENDE MARTINS (UFT), LAYSSA MARINHO DE AGUIAR (UFT)

RESUMO: IntroduçãoO quilotórax traumático, liberação de quilo no espaço pleural com perda de proteínas, gorduras, vitaminas e anticorpos traz sérias repercussões metabólicas, imunológicas e nutricionais. Por isso a importância do diagnóstico precoce e tratamento preciso. Relato do caso Paciente de 14 anos, sexo feminino, foi admitida no Hospital Geral de Palmas dia 20/12/16, encaminhada do Hospital Municipal de Confressa- MT, com ferimento por arma de fogo no dia anterior, orifício de entrada em linha escapular esquerda 3º EIC e orifício de saída em linha paraesternal direita 2º EIC. A paciente chega ao hospital em bom estado geral, PA de 102x80 mmHg, FC de 75 bpm e FR de 22 irpm. Realizado drenagem torácica a esquerda em local de origem, devido hemotórax evidenciado no RX, com saída de 900 ml de sangue. No 3º DIH o conteúdo drenado ganha aspecto leitoso. Diante da hipótese diagnóstica de quilotórax, opta-se pela conduta conservadora: dieta zero e análise do líquido pleural, que evidenciou: DHL=264 U/L, glicose=122 mg/dL, proteínas=4,00 g/dL. Não realizado análise de triglicerídeos e quilomícrons no líquido pleural por indisponibilidade do laboratório. A paciente até então estável hemodinamicamente, em enfermaria, apresenta PCR dia 24/12/16, sem causa aparente. Atestado hipótese de abstinência por uso de drogas ou uso intra hospitalar das mesmas. Feito RCP por 15 minutos com sucesso e necessidade de intubação orotraqueal e uso de noradrenalina. Paciente é encaminhada para UTI. No 7º PO de drenagem torácica havia um débito de 1.800 ml, no 8º PO (2.200 ml), foi solicitada nutrição parenteral e administrado plasma fresco (300 ml 6/6h), no 9º PO o débito era de 2.600 ml. Devido ao alto e progressivo débito, optou-se pelo tratamento cirúrgico com toracotomia anteroposterior esquerda, ligadura do ducto torácico e drenagem. Havia saída de líquido citrino em grande quantidade em orifício próximo a carótida, realizado ligadura proximal e distal a lesão no ducto torácico e clipagem de titânio proximal e distal, observado parada da saída de quilo. Após cirurgia paciente retorna para UTI, o débito do dreno é de 150 ml de característica serohemática. O dreno é retirado dia 02/01/17, paciente recebe alta da UTI e da cirurgia torácica. ConclusãoO objetivo desse estudo é mostrar o impacto no prognóstico de uma lesão grave quando diagnóstico e condutas são tomadas rapidamente mesmo com poucos recursos.

PALAVRAS-CHAVES: QUILOTÓRAX|DUCTO TORÁCICO|TRAUMA

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 1907

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CORPO ESTRANHO EM BRONQUIO INTERMEDIÁRIO, EVOLUINDO COM DERRAME PLEURAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KAREN CRISTINE PEREIRA RIBEIRO (HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS), EDSON ANTONACCI JR. (HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS), FRANCO FERNANDES NETO (HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS), JULIO CESAR SANTOS DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS)

RESUMO: A ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO É UMA SITUAÇÃO SÉRIA E POTENCIALMENTE FATAL, SUA GRAVIDADE VAI DEPENDER DO GRAU DE OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS. EMBORA POSSA OCORRER EM QUALQUER ESTÁGIO DA VIDA, É MAIS COMUM EM CRIANÇAS. EM ADULTOS, É INCOMUM E ESTÁ ASSOCIADA À ASPIRAÇÃO ACIDENTAL DE FERRAMENTAS DE TRABALHO E FRAGMENTOS DE OSSOS, ALÉM DE OCORRER EM ESTADOS DE INCONSCIÊNCIA. PACIENTE DO SEXO MASCULINO, 48 ANOS, ETILISTA, HIPERTENSO, ADMITIDO COM TOSSE SECA HÁ CERCA DE 06 MESES, SEM FEBRE, SEM SUDORESE E COM PIORA NOS ÚLTIMOS 15 DIAS, RELATANDO EMAGRECIMENTO DE 4KG NESTE PERÍODO. REALIZADA TOMOGRAFIA DE TÓRAX, VISTO UM DERRAME PLEURA LOBULADO E CONDENSAÇÃO EM PULMÃO DIREITO. SUBMETIDO A TORACOCENTESE DIAGNÓSTICA, COM EXAME COM CARACTERÍSTICAS DE EXSUDATO, BAAR NEGATIVO E FEITO PPD NEGATIVO. TOMOGRAFIA FOI LAUDADA PELO RADIOLOGISTA, VISTO UM CORPO ESTRANHO, EM BRONQUIO INTERMEDIÁRIO A DIREITA, SUGERINDO CONSOLIDAÇÃO E ATELECTASIA SECUNDÁRIOS A OBSTRUÇÃO. PACIENTE REALIZOU BRONCOSCOPIA RÍGIDA, COM EXAME CONFIRMANDO SUSPEITA DIAGNÓSTICA, DE CORPO ESTRANHO EM BRONQUIO INTERMEDIÁRIO A DIREITA, SUGESTIVO DE OSSO DE AVE, COM PRESENÇA DE SECREÇÃO PURULENTA. REALIZADA TORACOSTOMIA EM SELO D'ÁGUA, DO MESMO LADO. NO 10º DIA APÓS A TORACOSTOMIA, PACIENTE JÁ EM MELHORA DO ESTADO GERAL, AFEBRIL E TENDO COMPLETADO ANTIBIOTICOTERAPIA, COM DRENO SEM ESCAPE AEREO E COM DRENAGEM DE SECREÇÃO MENOR QUE 80ML EM 24 HORAS, FOI RETIRADO O DRENO DE TÓRAX, REALIZADO RADIOGRAFIA TÓRAX, COM AINDA PEQUENA ATELECTASIA DE LOBO MÉDIO, E SEM DERRAME PLEURAL RESIDUAL. RECEBEU ALTA E ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL SEM INTERCORRENCIAS. A BRONCOSCOPIA AINDA É O PADRÃO OURO PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO. NOS RAROS CASOS EM QUE A REMOÇÃO POR BRONCOSCOPIA FALHA, INDICA-SE BRONCOTOMIA OU RESSECÇÃO SEGMENTAR. A PRESENÇA DE OBSTRUÇÃO BRÔNQUICA CRÔNICA, COM BRONQUIECTASIA, ABSCESSO PULMONAR E DESTRUIÇÃO PARENQUIMATOSA, PODE SER UMA INDICAÇÃO PARA RESSECÇÃO SEGMENTAR OU LOBAR. NESTE CASO, DEVIDO A MELHORA CLÍNICA DO PACIENTE E EXPANSIBILIDADE PULMONAR VISTA RADIOLOGICAMENTE, NÃO HOUVE NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO INVASIVO.

PALAVRAS-CHAVES: aspiração corpo estranho | broncoscopia | toracostomia

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2147

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Meningioma Primário de Pulmão - Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIO MOTT ANCONA LOPEZ (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), ANDRE MIOTTO (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), JORGE HENRIQUE RIVABEN (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), MARCIO BOTTER (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), RAFAEL HENRIQUE ROJA (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE), THIAGO HASSEGAWA (HOSPITAL SANCTA MAGGIORE)

RESUMO: Os nódulos pulmonares são achados comuns em exames de imagem, principalmente em exames pré-operatórios para cirurgias eletivas. Parte desses nódulos mostra-se, após a investigação, como câncer de pulmão em estágio inicial ou até mesmo doença pulmonar metastática. Relatamos um caso de um paciente de 79 anos de idade, sem sintomas pulmonares. Apresentava cálculos biliares encontrados em ultra-sonografia de rotina. Tinha como antecedentes hipertensão, hiperlipidemia, hipotireoidismo e infarto do miocárdio há 7 anos. Negava antecedentes de câncer, tabagismo, alcoolismo, alergias ou cirurgias prévias. Durante os exames pré-operatórios para colecistectomia eletiva, a radiografia de tórax e tomografia computadorizada mostraram vários nódulos pulmonares, sugerindo metástases pulmonares. Ela passou por investigação neurológica, sem alterações. A paciente foi submetida então a biópsia pulmonar por segmentectomia do segmento basal posterior do lobo inferior direito. A aparência macroscópica era de carcinomatose, por conta de vários micronódulos sólidos espalhados por todo o pulmão. A biópsia de congelação foi positiva para malignidade, mas sem padrão de neoplasia de pulmão. O padrão patológico final mostrou proliferação de células fusiformes com limites claros, mas com infiltração perivascular. Ausência de necrose e raras mitoses. A análise imuno-histoquímica mostrou expressão difusa de EMA (antígeno de membrana epitelial) e receptor de progesterona, apontando meningioma pulmonar como o diagnóstico definitivo. Em exames de imagem subseqüentes, não havia evidência de doença metastática à distância, restringindo a doença aos pulmões. A forma pulmonar metastática de meningioma é rara. Apesar de considerado como uma neoplasia benigna, o comportamento maligno no meningioma tem sido relatado em alguns poucos casos. Os meningiomas pulmonares primários são ainda mais raros e descritos em cerca de 40 casos na literatura. A maioria destes casos era assintomática, sem sinais neurológicos. Observamos também que o meningioma pulmonar é raro em idosos, com poucos relatos desta doença em pacientes com mais de 75 anos. O grupo de oncologia decidiu não prescrever quimioterapia devido à baixa taxa de mitoses. O paciente está em acompanhamento pelo grupo multidisciplinar, com boa evolução. Concluimos que o meningioma pulmonar é uma doença rara, especialmente em sua forma primária. A incidência desse tipo de neoplasia em idosos é muito pouco relatada, o que torna este caso único.

PALAVRAS-CHAVES: Meningioma | Cirurgia Torácica | Neoplasia de pulmão

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2217

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Displasia Fibrosa em Parede Torácica: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA DENISE ALVES DIAS (HMCC- HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO), MARCELO GRANDINI SILAS (HMCC- HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO), HISASHI AOYAGI (HMCC- HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO), LUCIO RAVEL SILVA ANDRADE COSTA (HMCC- HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO), KALINE FORTES VIANA (HMCC- HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO), PRISCILA VALE MEDEIROS DE SENA SILVA (HMCC- HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO), RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO (HMCC- HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO), MAURO RAZUK FILHO (HMCC- HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO)

RESUMO: A Displasia Fibrosa (DF) é uma neoplasia benigna, rara, de progressão lenta, definida por proliferação de fibroblastos fusiformes, traves ósseas mal formadas, substituindo o osso normal pelo fibroso. Descrita por Von Recklinghausen, em 1891, mas foi Lichteinstein, em 1938, que introduziu o termo DF na literatura mundial. Afeta 1 a cada 10000 indivíduos. Incidência de 2 % dos tumores ósseos e + de 7% dos benignos. Causa desconhecida, frequente nas 3 primeiras décadas de vida, sem predileção por sexo. Tipos: Doença monostótica (ocorre em 1 ou ossos contíguos, 70% dos casos, em costelas, ossos longos, maxila e crânio, em ordem decrescente; e poliostótica, ocorrendo em 2 ou + ossos sem continuidade. Essa última, possui 2 variantes: Sind. de Lichteinstein-Jaffe, associada a manchas cutâneas e a Sind. de McCune-Albright, alterações cutâneas + distúrbios endocrinológicos. A clínica depende da localização, de assintomáticos até compressão de estruturas nobres. O diagnóstico baseia-se na clínica, radiologia e histopatologia. O tratamento é cirúrgico + acompanhamento clínico. Fundamental para o diagnóstico precoce de recidiva. ASP, feminina, 40 anos, HAS, DM, com quadro de emagrecimento de 7kg em 04/16. Após 2 meses, evoluiu com dispnéia sendo diagnosticado EAP, IRA e necessidade de dialise de urgência. Transferida para HMCC, em investigação propedêutica, TC de tórax mostra massa densa em parede torácica (PT) D, envolvendo partes moles, de 10 x 6,9 cm com DP em mesmo lado. Pet CT evidenciando captação no 1/3 médio inferior de HTX D, sugerindo atividade neoplásica. Submeteu-se em 09/16 a toracotomia com exérese do tumor em bloco do 4o ao 8o arcos costais + segmentectomia da base do lobo inferior + toracoplastia com tela + drenagem. POI em UTI com melhora importante do quadro e retirada de dreno de tórax no 3o PO, em acompanhamento ambulatorial. AP: PT evidenciando neoplasia fusocelular de baixo grau, com produção de matriz óssea e pulmão com áreas de atelectasia e fibrose intersticial. Imuno-histoquímica sela o diagnóstico de DF de origem em arco costal. A DF deve ser considerada no diagnóstico diferencial de tumores da PT. Apesar de benigna, a compressão de estruturas nobres pode gerar dúvidas quanto a possibilidade de lesão maligna. Nesse caso, sua exérese faz-se necessária para resolução dos sintomas e confirmação diagnóstica. O seguimento ambulatorial é fundamental para pacientes com DF pelo moderado índice de recidiva das lesões podendo chegar a 37% segundo alguns autores.

PALAVRAS-CHAVES: Displasia Fibrosa | Tumor benigno de Parede Torácica | neoplasia fusocelular de baixo grau

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2218

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: CORPO ESTRANHO PULMONAR INTRA-PARENQUIMATOSO - Remoção Cirúrgica aberta - Faríamos diferente?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NILTON HAERTEL GOMES (UFPEL), BRUNO DE MORAES GOMES (UFPEL), FELIPE CUNHA MEZZOMO (UFPEL), MARCOS DANIEL DA SILVA (UCPEL), MARIANA SILVEIRA SUÑE (UCPEL), JADIAEL PAIVA (UFPEL), ANDRE SOKOLOVSKY (UCPEL)

RESUMO: Introdução: A deglutição e a aspiração de instrumentos ou partes de materiais prostéticos é relativamente frequente em procedimentos odontológicos de adultos. Acidente semelhante aconteceu com um paciente pediátrico que aspirou acidentalmente um alfinete que acabou se alojando na periferia da base pulmonar e incessível ao instrumentos broncoscópicos de mínimo calibre, o que onviabilizou a retirada por endoscopia. Relato do caso: paciente de 9 anos, branco, masculino, queixando-se de ter "engolido" um alfinete que estava preso em sua flauta, de cuja embocadura tentava remover por aspiração. O RX de tórax e abdome realizado no Pronto Socorro mostrava o corpo estranho na base do hemitórax D e a TC demonstrou a localização intrapulmonar periférica na pirâmide basal D. Quatro dias depois foi submetido a broncoscopia e fibrobroncoscopia com aparelho pediátrico, sem visualização do corpo estranho. Foi então submetido a toracotomia baixa de 4 cm, com auxílio de radioscopia realizou-se a retirada "pulsão" do alfinete encravado na periferia do parênquima pulmonar. O dreno pleural foi removido com menos de 24H. Revisando o caso em discussão acadêmica, ficou claro que a toracotomia poderia ser menor que a realizada porque o intensificador de imagem facilitaria a apreensão e a retirada do corpo estranho, sem o emprego de afastador. Conclusão: 1) A localização radiológica precisa é imprescindível no planejamento cirúrgico; 2) Corpo estranho metálico tem a localização intaroperatória facilitada pela radioscopia; 3) Hoje teríamos iniciado a cirurgia por Videotoracoscopia.

PALAVRAS-CHAVES: PULMONAR|CORPO|INTRA-PARENQUIMATOSO

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2329

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso ? Sarcoma indiferenciado de parede costal.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA DE AVILA (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), ROMERO FENILI (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU)

RESUMO: Introdução: Os tumores de parede costal são um desafio diagnóstico e terapêutico porque representam um vasto e heterogêneo grupo de doenças que variam desde tumores benignos a malignos e metástases, sendo geralmente metástase ou invasão de algum tumor adjacente. Os tumores primários de parede torácica correspondem a apenas 0,04% de todos os cânceres diagnosticados e apenas 5% de todas as neoplasias torácicas. Os sarcomas primários correspondem a 0,1-0,15% das malignidades da parede torácica. Geralmente se apresentam como massas de crescimento lento e indolor, sendo que os sarcomas indiferenciados usualmente são grandes e os pacientes mantêm-se assintomáticos. O tratamento envolve a ressecção e radiação. Em alguns casos, quimioterapia neoadjuvante pode ser necessária para tornar o tumor ressecável. Relato do caso: Paciente masculino de 42 anos é referenciado ao serviço de cirurgia torácica por massa em região dorsal de evolução de 8 meses associada a perda ponderal de 30kg em 3 meses. Na história mórbida pregressa apresentava diabetes mellitus em tratamento com metformina 850mg. Tabagista 24maços/ano e alcoolista ocasional. Ao exame físico identifica-se massa em região infra-escapular direita sem aderência em planos profundos. Tomografia revela massa em região subescapular direita com plano de clivagem. Apresentou também USG de abdome total sem alterações. Optou-se por abordar cirurgicamente a lesão. Foi realizada incisão posterior costal com dissecação por planos, ressecando a tumoração em bloco (pele, subcutâneo, planos musculares e gradil costal) observando margem cirúrgica de 2cm. A reconstrução foi realizada com tela de prolene moldada com metacrilato, suturada nos bordos da incisão com prolene zero e o paciente permaneceu com dreno suctor 3,8 após a cirurgia. O dreno foi retirado no segundo dia do pós-operatório e o paciente recebeu alta hospitalar. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica revelou sarcoma indiferenciado pleomórfico de 12 cm com margens livres. O paciente foi encaminhado para seguimento com a oncologia clínica, sendo estadiado como IIA (pT2apN0M0) e tratado com radioterapia adjuvante 60Gy 2D. Conclusões: Embora seja uma neoplasia rara, devemos considerar o sarcoma primário entre os diagnósticos diferenciais em tumorações no tórax. Atenção especial deve ser dada aos pacientes jovens com grande massa heterogênea, sem evidência de doença maligna em outra parte do corpo.

PALAVRAS-CHAVES: Parede torácica | Neoplasias de tecidos moles | Sarcoma indiferenciado

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2405

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TIMOANGIOLIPOMA: TUMOR RARO EM PACIENTE SINTOMÁTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DAVID SMANGOSZEVSKI MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), DANIEL VIANA CARLOS CARDOSO (HOSPITAL E PRONTO-SOCORRO JOÃO PAULO II), EVERTON GENTIL BELTRAME (HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO), ANITA SPERANDIO PORTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA), WENCESLAU RUIZ LINHARES NETO (HOSPITAL E PRONTO-SOCORRO JOÃO PAULO II), HENRIQUE VIANA XAVIER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), LUIZ FERNANDO BRÍGIDO CASTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), JOÃO ABNER MARINS MUNHOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE)

RESUMO: Introdução: O timolipoma é uma rara neoplasia benigna do timo composta de tecido adiposo maduro e tecido tímico. Menos de duzentos casos foram descritos na literatura. É uma neoplasia benigna incomum, responsável por 2-9% dos tumores de timo. O timolipoma é volumoso, macio, encapsulado e constituído de tecido tímico e células adiposas maduras. Vinte e cinco por cento dos tumores pesam mais de 2kg. Em geral, os timolipomas crescem lentamente e podem alcançar tamanhos volumosos antes do diagnóstico. Nas radiografias, pode simular cardiomegalia. Relato de caso: N. S. S, 51 anos, masculino, branco, residente em Porto Velho, no estado de Rondônia, deu entrada em uma unidade de saúde em junho de 2013, apresentando um quadro de dor insidiosa em hemitórax direito, inicialmente de baixa intensidade, que piorava aos médios esforços. Referiu que a dor se tornou intensa com o passar dos dias e que não cedia após uso de analgésicos, inclusive derivados opioides. Referiu ainda dispneia aos grandes esforços iniciada 5 anos antes. Os exames bioquímicos e o eletrocardiograma estavam normais. O ecocardiograma constatou derrame pericárdico de 3 mm e insuficiência leve de tricúspide. Na radiografia de tórax observou-se imagem ocupando o mediastino anterior com projeção a? direita. A tomografia computadorizada de tórax revelou a presença de lesão com possível origem lipomatosa, ocupando o mediastino anterior, medindo em seus maiores eixos transversos 21,1 x 12,1 cm, sem invasão de vasos mediastinais e estruturas adjacentes, sendo indicado o tratamento cirúrgico. Em setembro de 2013, foi submetido à toracotomia bilateral com secção transversa do esterno (incisão à Clamshell), sendo ressecado uma massa de cerca de 1.400 cm³ de volume, com margens livres. Permaneceu na unidade intensiva por 6 dias, recebendo alta hospitalar após 14 dias de pós operatório. O diagnóstico definitivo foi fechado pelo exame da patologia, sendo diagnosticado com timoangiolioma. O paciente evoluiu satisfatoriamente durante todo o período de pós operatório e não apresentou recidiva do tumor até os dias atuais. Conclusão: Este relato de caso demonstra que o único tratamento curativo é a ressecção cirúrgica do tumor, que pode ser conseguida através de uma esternotomia, toracotomia ântero-lateral, incisão Clamshell ou esternotomia acompanhada por toracotomia ântero-lateral (incisão hemiclamsell). A escolha deve ser individualizada para cada apresentação anatômica do neoplasma.

PALAVRAS-CHAVES: Timoangiolioma | Neoplasia Benigna | Ressecção cirúrgica

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2443

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÃO DIAFRAGMÁTICA ISOLADA A DIREITA DEVIDO A TRAUMA CONTUSO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KAREN CRISTINE PEREIRA RIBEIRO (HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS), THIAGO ADRIANO SILVA GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS), EDSON ANTONACCI JR. (HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS)

RESUMO: CERCA DE 80-90% DAS LESÕES DIAFRAGMÁTICAS, SÃO DECORRENTES DE TRAUMA CONTUSO, A RUPTURA É DEVIDA AO GRADIENTE DE PRESSÃO ENTRE A CAVIDADE TORÁCICA E A ABDOMINAL NO MOMENTO DO IMPACTO. A MAIORIA DAS RUPTURAS POR TRAUMA CONTUSO OCORRE DO LADO ESQUERDO, AS LESÕES DIAFRAGMÁTICAS À DIREITA, EMBORA MENOS FREQUENTES, ESTÃO ASSOCIADAS A LESÕES MAIS GRAVES E MAIOR INSTABILIDADE HEMODINÂMICA. PACIENTE DO SEXO FEMININO, 55 ANOS, ADMITIDA VITIMA DE ATROPELAMENTO, EM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, FOI REALIZADA TOMOGRAFIAS E INICIALMENTE, VISTO HEMOPNEUMOTORAX A DIREITA COM CONTUSÃO PULMONAR ASSOCIADA, HEMATOMA DE M. PSOAS E SUBCUTÂNEO A DIREITA, SEM OUTRAS LESÕES ABDOMINAIS, FRATURA DE PROCESSO TRANSVERSO LOMBAR COM HEMATOMA LOCAL, HEMATOMA INTRA-HEPÁTICO, FRATURA DE BACIA E ACETÁBULO A DIREITA, A TC DE CRANIO COM LAD E HSAT. REALIZADA TORACOSTOMIA A DIREITA E HEMOTRANSFUSÃO. DEIXADA EM OBSERVAÇÃO, EVOLUINDO COM HIPOTENSÃO E CHOQUE HIPOVOLÊMICO REFRATÁRIO À VOLUME E HEMOTRANSFUSÃO, INICIADO AMINAS VASOATIVAS E MANTIDA TRANSFUSÃO, ENCAMINHADA AO CTI, ONDE PERMANECEU POR 12H, REALIZADA NOVAS TOMOGRAFIAS DE CONTROLE, COM PIORA DO HEMOTÓRAX, MESMO COM TORACOSTOMIA E DRENAGEM DE APROXIMADAMENTE 1000ML DE CONTEÚDO SANGUINOLENTO PELO DRENO DE TÓRAX. PACIENTE ENCAMINHADA AO BLOCO CIRÚRGICO PARA TORACOTOMIA. FEITA TORACOTOMIA ANTERO-LATERAL A DIREITA, EVIDENCIADO UMA RUPTURA TRAUMÁTICA DE DIAFRAGMA A DIREITA, DEVIDO AO ACESSO DIFÍCIL, FORAM RETIRADAS DUAS COSTELAS DA PACIENTE, 8ª E 9ª COSTELAS, REALIZADA RAFIA DIAFRAGMÁTICA COM FIO INABSORVÍVEL COM PONTOS EM U, SEPARADOS. AO FINAL DO PROCEDIMENTO PACIENTE APRESENTOU DISTENSÃO ABDOMINAL TIMPÂNICA, SENDO REALIZADO FAST DENTRO DO CENTRO CIRÚRGICO, EVIDENCIADO QUANTIDADE MÍNIMA DE LÍQUIDO INTRA-CAVITÁRIO. PACIENTE FOI NOVAMENTE ENCAMINHADA AO CTI, MANTENDO-SE INSTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EM USO DE AMINAS VASOATIVAS EM DOSE ALTA, COM DÉBITO DE DRENO TORÁCICO DE 750ML NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO, COM ABDOME LIVRE, SEM ALTERAÇÕES. SENDO MANTIDA EM SUPORTE INTENSIVO. O ÓBITO PRECOCE OCORRE EM 5 A 30% DOS CASOS, E A MAIORIA DOS CASOS SÃO DEVIDOS ÀS LESÕES ASSOCIADAS, NÃO À LESÃO DIAFRAGMÁTICA EM SI. ENTRE AS COMPLICAÇÕES MAIS SÉRIAS NO PÓS-OPERATÓRIO, O EDEMA DE REEXPANSÃO, PRINCIPALMENTE NOS CASOS DE DIAGNÓSTICO TARDIO, ESTÁ ASSOCIADO A UMA MORBIDADE ELEVADA. O TRATAMENTO DA LESÃO É CIRURGICO, E DEVE SER INDICADO O MAIS PRECOCE POSSÍVEL, A FIM DE DIMINUIR A MORTALIDADE E MORBIDADE ASSOCIADOS AO TRATAMENTO TARDIO.

PALAVRAS-CHAVES: RUPTURA DIAFRAGMÁTICA A DIREITA|TRAUMA CONTUSO|HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2466

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DISTROFIA TORÁCICA ASFIXIANTE: SÍNDROME DE JEUNE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), DEODATO ROLIM CARTAXO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE)

RESUMO: Introdução: A distrofia torácica asfixiante ou síndrome de Jeune é uma condição rara de transmissão autossômica recessiva causada por um distúrbio de ossificação endocondral, caracterizada pela diminuição e estreitamento da caixa torácica resultando em hipoplasia pulmonar. Nos casos mais severos é potencialmente letal, pelo rápido desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda e complicações infecciosas. Relato de Caso: Paciente é uma RN de 32 semanas, sexo feminino, apresentando ao nascimento cianose central, hipotônica, arreativa, bradicárdica. Aspirado líquido amarelado de VAS, realizada VPP com AMBU e máscara sem melhora da cianose. Foi então intubada, com melhora da cianose e da frequência cardíaca, porém ainda hipotônica e arreativa. Ao exame na sala de parto: edema de face e couro cabeludo, tórax em "sino", ausculta pulmonar com roncocal difusos, diástase de retos abdominais, hérnia inguinal bilateral, membros distróficos. Permaneceu com insuficiência ventilatória necessitando de VM em IOT por várias semanas. Devido as atelectasias recorrentes à direita foi submetida a broncoscopias que mostraram apenas hipoventilação à direita associada à compressão extrínseca. O diagnóstico de Síndrome de Jeune suspeitado e confirmado após três meses. Solicitado avaliação da equipe de cirurgia torácica que indicou a toracoplastia esternal com a colocação de uma prótese de metilmetacrilato, com intuito de expandir a caixa torácica. No décimo dia de pós operatório foi realizado o desmame da VM e ser extubada. No décimo quinto P.O apresentou infecção da ferida cirúrgica e foi tratada com sucesso apenas com limpeza cirúrgica. A alta do berçário para seu domicilio só ocorreu dois meses após, mas ainda com oxigênio domiciliar. No ambulatório foi sendo acompanhada até não haver mais necessidade de oxigênio suplementar. Oito meses após foi necessário substituir a prótese esternal por placas metálicas para com isso ganhar maior expansão torácica. No seguimento ambulatorial de mais de um ano, podemos observar progressivo crescimento com ganho de peso, aumento do perímetro cefálico e abdominal. Até o momento não apresentou mais dispnéia. Conclusão: A síndrome de Jeune e demais distrofias costais devem sempre estar presentes no diagnóstico diferencial de recém nascidos com insuficiência ventilatória com outras malformações associadas. O diagnóstico precoce é fundamental para evitar o retardo de crescimento dos demais órgãos e reduzir a mortalidade em terapia intensiva.

PALAVRAS-CHAVES: TORACOPLASTIA|BRONCOSCOPIA|DISTROFIA

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2476

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TIMOMA MIMETIZADO POR TUMOR FIBROSO DE PLEURA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), DEODATO ROLIM CARTAXO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE)

RESUMO: Introdução: O tumor fibroso da pleura é uma patologia rara que pode originar-se tanto na pleura visceral como na parietal. Os timomas são tumores derivados das células tímicas. Relatamos o caso de uma paciente com diagnóstico radiológico de timoma e cuja exploração cirúrgica concluiu tratar-se de um tumor fibroso de pleura. Relato de Caso: Paciente, 49 anos, sexo masculino, assintomático, realizou radiografia de tórax como exame admissional com o achado de alargamento de mediastino. Foi submetido a TC de tórax que evidenciou tumoração mediastinal à esquerda, confirmada pela RNM, tendo limites definidos e densidade sólida, recebendo o diagnóstico radiológico de timoma. Foi submetido a esternotomia parcial para timectomia. Durante a dissecação tímica foi evidenciada extensão pleural à esquerda com o achado de tumoração sólida e com origem na pleura visceral com a presença de um pedículo, sendo a tumoração ressecada juntamente com o timo. A análise patológica evidenciou timo normal sem a presença de massas e o achado de um tumor fibroso de pleura na tumoração pleural. Os tumores fibrosos de pleura são usualmente descobertos acidentalmente no exame radiográfico do tórax. São pediculados em 30% a 50% dos casos e a presença deste pedículo pode causar mudanças na posição do tumor com o decúbito. Um terço dos timomas são assintomáticos. São tumores raros na infância e no adulto jovem, sendo que 70% dos casos ocorrem a partir da quinta década de vida, acometendo ambos os sexos. Na tomografia computadorizada de tórax o timoma pode apresentar-se na linha mediana, porém mais frequentemente se estende para um dos lados do mediastino, como massa de contorno liso ou lobulado, com densidade de partes moles e homogênea. A ausência de sintomas e as características radiológicas do tumor apresentado pelo paciente levou ao diagnóstico de timoma e à conduta mais adequada para tal diagnóstico que é a ressecção. A localização caprichosa do fibroma de pleura justa mediastinal e em topografia de mediastino anterior, além da ausência de sintomas e do achado radiológico casual, mimetizou a presença de um timoma. Conclusão: A presença de um tumor fibroso de pleura é um achado raro e, mimetizando um tumor de timo, é mais raro ainda. Evidencia-se, portanto, nos achados de massas mediastinais a necessidade de diagnóstico diferencial com o tumor fibroso de pleura.

PALAVRAS-CHAVES: TIMECTOMIA|TUMOR|TIMOMA

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2515

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: QUILOTÓRAX BILATERAL POR CIRROSE HEPÁTICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), DEODATO ROLIM CARTAXO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE)

RESUMO: Introdução: O Quilotórax é uma complicação infrequente da cirrose hepática, associada a alta morbimortalidade. O líquido é um transudato, rico em triglicérides, formado pelo "porejamento" de vasos linfáticos submetidos a hipertensão portal. O quadro clínico e tratamento não estão bem estabelecidos na literatura, compondo-se de relatos de casos e pequenas séries. Relato de Caso: Paciente, 55 anos, sexo masculino, internado no serviço de cirurgia do aparelho digestivo e em acompanhamento com a equipe de cirurgia torácica evoluiu com cirrose criptogênica (Child-Pugh B), apresenta derrame pleural extenso à direita e moderado à esquerda, com ascite discreta. Toracocentese à direita mostrou líquido leitoso, com 1720 céls/mm³ (95% neutrófilos), desidrogenase láctica 218 µ/L, proteínas totais 2,7 mg/dL, triglicérides 230 mg/dL, colesterol 27 mg/dL e cultura positiva para E. coli. Líquido ascítico também leitoso, com 3500 céls/mm³ (90 % de neutrófilos). Realizada drenagem torácica, iniciado ceftriaxone e dieta hipogordurosa. Em 8 dias o dreno foi retirado, sem recidiva. Derrame pleural à esquerda apresentou inicialmente transudato, que começou a recidivar após resolução do derrame à direita. Realizada drenagem torácica e nova análise bioquímica mostrou: contagem celular 300 céls/mm³ (65% linfócitos), triglicérides 219 mg/dL e colesterol 18 mg/dL. Iniciada dieta hipogordurosa e posteriormente jejum com nutrição parenteral, mas mantendo débito diário de 2 litros pelo dreno. Optado por criação de shunt portossistêmico transparietohepático (TIPS), com diminuição progressiva do débito do dreno, sendo retirado em 5 dias. Paciente apresentou encefalopatia grau II, com melhora após uso de lactulona. Neste caso, o quilotórax à direita se apresentou como exsudato, devido à infecção. Esta ocorreu provavelmente secundária à peritonite bacteriana espontânea, sabendo-se a bactéria isolada no líquido pleural, a celularidade do líquido ascítico e a comunicação entre as duas cavidades por pequenos poros existentes no diafragma. Também especulamos que a infecção levou a pleurodese deste lado, sem recidiva do derrame à direita e levando o líquido a acumular à esquerda. Por sua vez, o quilotórax à esquerda não respondeu à drenagem e ao tratamento clínico, mantendo o grande débito diário pelo dreno. Conclusão: O TIPS é um procedimento minimamente invasivo, sendo frequentemente usado como "ponte" antes do transplante de fígado, sendo sua principal complicação a encefalopatia hepática.

PALAVRAS-CHAVES: QUILOTÓRAX|TORACOCENTESE|EXSUDATO

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2607

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LEIOMIOSSARCOMA PRIMÁRIO PULMONAR: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARILIA HIRTH RIBAS (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), PATRÍCIA MORAES (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), ARETUSA KRUCHINSKI (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), EVELYN MÁRCIA LEITE PEREIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), GUILHERME ZAPPELINI ZANETTE (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), FABRICIO STRAPASSON (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), SAMIR ABU EL HAJE (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), JOEL ANTONIO BERNHARDT (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN)

RESUMO: Introdução: Os leiomiossarcomas primários de pulmão são raros e devido a sua natureza incomum existem poucas séries de caso. Representam apenas 0,5% de todas as neoplasias pulmonares¹. Originam-se da musculatura do parênquima pulmonar, dos vasos e dos brônquios. Os pacientes com essa patologia apresentam sintomas semelhantes às demais neoplasias pulmonares. Esses tumores devem ser tratados através da ressecção cirúrgica e o tratamento radioterápico pode ser necessário nas ressecções incompletas². Descrição: P.B., masculino, 65 anos, ex-tabagista. História mórbida pregressa de DPOC/silicose e cardiopatia isquêmica. Paciente em acompanhamento de doença pulmonar obstrutiva crônica, há 4 meses apresentando piora da dispneia. No mês de fevereiro/2016 iniciou investigação ambulatorial com tomografia de tórax que apresentou consolidações do espaço aéreo com aspecto de massas pulmonares, de contornos irregulares e espiculados, semelhantes entre si, vistas difusas por ambos os pulmões e presença de linfonodomegalias retroperitoneais e mediastinais, sugestivos de pneumoconiose/ silicose, porém com exame de escarro e biopsias normais. No mês de junho/2016 internou devido a uma piora súbita da dispneia e realizou nova tomografia sem alterações em relação ao exame anterior. Durante a internação teve melhora da dispneia após medidas clínicas para o DPOC e recebeu alta. Após 15 dias retorna novamente com piora do estado geral, dispneia e dor ventilatório dependente. Na nova TC tórax com surgimento de atelectasia e consolidação do lobo superior esquerdo e vidro fosco na língula e lobo inferior esquerdo. Aumento da formação expansiva hilar à esquerda com obliteração dos brônquios à esquerda. Na broncoscopia presença de lesão lisa junto a carina interlobar que ocluiu completamente brônquio principal esquerdo. Biopsia e imonohistoquímica desta região evidenciado leiomiossarcoma pulmonar. Paciente sem indicação cirúrgica neste momento. Iniciou radioterapia, porém evoluiu com sepse pulmonar, insuficiência respiratória aguda e óbito em agosto/2016. Discussão: O leiomiossarcoma é uma neoplasia de caráter agressivo, com uma sobrevida de cerca de 60% em 5 anos². A diferenciação com outras doenças pulmonares, principalmente neoplásicas, é difícil. Bem como a avaliação por imagem. Frequentemente os exames de broncoscopia, escarro e biopsia pulmonar pré-operatórios são negativos, o que pode atrasar o diagnóstico³.

PALAVRAS-CHAVES: leiomiossarcoma | broncoscopia | enfisema pulmonar

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2621

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PNEUMOTÓRAX CATAMENIAL: SÍNDROME DA ENDOMETRIOSE TORÁCICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), DEODATO ROLIM CARTAXO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE)

RESUMO: Introdução: A Síndrome da Endometriose Torácica se refere a implantação de tecido endometrial em algum segmento do trato respiratório, incluindo pulmões, pleura e diafragma. Apresenta-se clinicamente como pneumotórax catamenial em até 80% dos casos. Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 35 anos, branca, procurou atendimento médico queixando-se de tosse seca e ortopnéia, dor em pontadas nas regiões subescapular e costal direita há 15 dias, e diagnosticada com endometriomas pélvicos, confirmados por exame histopatológico. O exame físico era normal exceto pela presença de derrame pleural à direita, confirmado pela ultrassonografia (USG) e tomografia computadorizada de tórax que revelaram pequeno derrame pleural à direita. Ela foi submetida à punção torácica com saída de aproximadamente 250mL de conteúdo sero-hemorrágico. Após alta hospitalar, teve recorrência do quadro, com instalação de novo derrame pleural à direita, coincidindo com o período menstrual, sendo submetida à nova drenagem com volume de 800ml, conteúdo sero-hemático. Na investigação clínica, aventou-se a hipótese de derrame pleural associado à endometriose extra pélvica, principalmente pelo padrão catamenial e surgimento do quadro respiratório em paciente sabidamente portadora de endometriose pélvica. A equipe de cirurgia geral escolheu como opção terapêutica cirurgia videolaparoscópica para anexectomia. Foram encontrados múltiplos focos sugestivos de endometriomas, subdiafragmáticos que foram cauterizados; foi feita, ainda, a realização de anexectomia bilateral, porém não foi realizada histerectomia total, pelo fato de o útero apresentar múltiplas áreas de aderência, o que conferia grande dificuldade técnica para sua exérese. A análise anátomopatológica dos anexos revelou tecido de granulação, com atipias citológicas focais, sugestivo de benignidade. A paciente recebeu alta assintomática, mantendo-se em seguimento ambulatorial cirúrgico. Após 4 meses da intervenção cirúrgica, não houve novos episódios de derrame pleural, a paciente vem apresentando no momento sintomas do climatério, com indicação de iniciar terapia de reposição hormonal. Conclusão: A síndrome da endometriose torácica é uma entidade rara, com ampla apresentação clínica e representa um desafio diagnóstico. Deve ser sempre considerada em mulheres em idade reprodutiva, com sintomas respiratórios cíclicos ou redicivantes que acompanham o período menstrual.

PALAVRAS-CHAVES: PNEUMOTÓRAX|SÍNDROME|PLEURA

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2652

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Eventração diafragmática sintomática em adulto

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAIS VICENTINE XAVIER (ACADÊMICA DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), ARTHUR KONISHI ALVES (ACADÊMICO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), LUIZA BRUM BORGES (RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), NILTON HAERTEL GOMES (PRECEPTOR DE CIRURGIA TORÁCICA NO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), BRUNO DE MORAES GOMES (PRECEPTOR DE CIRURGIA TORÁCICA NO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), FERNANDO PACHECO DOS SANTOS FERREIRA DA SILVA (ACADÊMICO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), ANDERSON CASALI DE FREITAS (ACADÊMICO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS)

RESUMO: Introdução: Definida como uma elevação anormal de parte ou todo o hemidiafragma a eventração diafragmática afeta menos de 0,05% da população, tanto crianças como adultos, sendo mais comum no sexo masculino. Afeta um ou ambos hemidiafragmas, sendo o envolvimento unilateral esquerdo o mais frequente. Etiologia: 1) congênita, má formação, onde há perda da estrutura muscular do diafragma, diagnosticada geralmente na infância; 2) eventração adquirida, secundária a disfunção do nervo frênico, é frequentemente assintomática, e por isso é comum o diagnóstico incidental. Nos adultos sintomáticos, as queixas mais frequentes são de desconforto epigástrico pós-prandial, com taquicardia e dispneia após a ingestão alimentar. O diafragma é responsável por 60% do fole torácico e sua disfunção reduz a capacidade vital forçada(CVF) e o volume expiratório forçado no primeiro segundo(FEV1), compatível com insuficiência respiratória restritiva. A radiografia(RX) de tórax é geralmente suficiente para documentar a patologia, mas pode ser necessária a investigação adicional da causa nos pacientes assintomáticos, sendo raramente precisa nos pacientes sintomáticos. A fluoroscopia ou a tomografia computadorizada de tórax (TC) podem ser úteis na avaliação. O tratamento cirúrgico é o de eleição nos casos de pacientes sintomáticos. Relato do Caso: A.L.P.F , feminino, 46 anos, negra, ex-tabagista, obesa grau II, história prévia de cesariana há 14 anos, cirurgia de Hartmann há 13 anos por vôlvo e reconstrução do trânsito há 12 anos. Nega história de trauma. Paciente procurou o Pronto Socorro de Pelotas por dispnéia e tosse seca insidiosa e queixas persistentes de dor torácica, dispnéia grave e progressiva na posição supina, com a função pulmonar comprometida. Realizaram RX e TC de tórax comprovando a suspeita de volumosa eventração diafragmática à esquerda. Indicou-se o tratamento cirúrgico com toracotomia e plicatura diafragmática com sutura concêntrica. Paciente teve evolução satisfatória com melhora dos sintomas e da função pulmonar. Conclusão: 1) Para os pacientes sintomáticos é indicada a correção cirúrgica com plicatura diafragmática; 2) A fixação baixa do diafragma proporciona a melhora dos sintomas e da função pulmonar.

PALAVRAS-CHAVES: Eventração diafragmática | Plicatura diafragmática | Diafragma

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2709

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Sarcoma de Ewing: um relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LETÍCIA PINA (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO), IVAN CAMPINHO PESSOA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), RODRIGO SANTIAGO MOREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), VICTOR CARVALHO MACIEL GIRÃO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), NORTON NUNES DE LIMA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), THIAGO SOUZA E SILVA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), MELINA SANTOS CARNEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO)

RESUMO: Introdução: Os tumores da família Ewing abrangem um espectro de neoplasias de células neuroectodérmicas primitivas, as quais correspondem à células embrionárias que migram da crista neural. São neoplasias malignas osteolíticas de alto grau e foram descritas por James Ewing em 1921. Entre as crianças e adultos jovens, o sarcoma de Ewing é a segunda neoplasia óssea maligna primária mais comum e diagnóstico é feito nas duas primeiras décadas de vida em 90% dos casos. Tem predileção discreta pelo sexo masculino em relação ao feminino e é raro nos afrodescendentes e asiáticos. Os locais mais frequentemente acometidos são ossos longos (47%), pelve (19%), costelas (12%) e crânio (1%-4%). Mulher 22 anos que recebeu o diagnóstico de forma tardia após crescimento importante de tumoração dolorosa em região torácica. O controle local através da ressecção tumoral completa é parte importante do tratamento e a paciente foi submetida à toracectomia com ressecção tumoral e reconstrução de parede torácica. Relato: MFFC, 22 anos, casada, negra, procedente de Tabira- PE. Foi atendida em fevereiro de 2017 no ambulatório de cirurgia geral do Hospital Getúlio Vargas com queixa de tumoração de grande volume em região infra-escapular direita há cinco anos. Relatava história de exérese há dois anos sem realização de histopatológico. Em seguida, a tumoração voltou a crescer. Apresentava-se dolorosa e com temperatura aumentada. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou processo expansivo na parede lateral direita do tórax, envolvendo estruturas músculo adiposas e o 9º arco costal, apresentando hiperdensidades e calcificações grosseiras, medindo cerca de 18 x 10 cm nos maiores diâmetros. Discreto derrame pleural bilateral. Em seguida foi proposto e realizado procedimento de toracectomia lateral direita + reconstrução de parede torácica + drenagem torácica à direita. A paciente evoluiu sem intercorrências. Recebeu alta e retornou 20 dias depois do procedimento para consulta de revisão. A biópsia apontou sarcoma de Ewing com ressecção marginal de tumor que pesava 1135g e a paciente foi orientada a buscar um serviço de oncologia para prosseguir com tratamento. A idade do paciente não deve ser subestimada e a suspeita clínica de malignidade é necessária ao lidar com tumores de parede torácica em crianças e adultos jovens. Conclusão: O acesso ao tratamento não deve ser retardado devido ao grande potencial de crescimento tumoral, invasão de estruturas adjacentes e formação de metástases.

PALAVRAS-CHAVES: Sarcoma de Ewing; tumor; tórax|Tumor neuroendócrino; partes moles|Tumor ósseo.

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2800

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Doença Pulmonar Cística associada a Sequestro pulmonar em neonato prematuro

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA (INSTITUTO VIGOR), HORÁCIO TAMADA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA), ANTONIO CIPRIANO GURGEL DO AMARAL JUNIOR (HOSPITAL INFANTIL COSME DAMIÃO), IBRAHIM MASSUQUETO ANDRADE GOMES DE SOUZA (HOSPITAL DE BASE DR ARY PINHEIRO), MARTINS DE SOUZA HONORATO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA)

RESUMO: Introdução A malformação adenomatóide cística (MAC) consiste em formações pulmonares císticas ou cistos de vários tamanhos, associados a elementos sólidos que podem comprimir áreas pulmonares saudáveis, causando sintomas ou infecções. É uma anomalia rara e ocorre como consequência do crescimento adenomatoso dos bronquíolos terminais associado ao não crescimento dos alvéolos. O diagnóstico diferencial pode ser cistos broncogênicos e entéricos, teratoma cístico mediastinal, enfisema lobar congênito e hérnia diafragmática congênita. Precocemente o RN pode apresentar insuficiência respiratória aguda sendo necessária intervenção cirúrgica pulmonar imediata. Durante a infância, se não for realizada a ressecção cirúrgica das áreas atingidas pela doença, as consequências são infecções pulmonares de repetição com destruição de áreas pulmonares saudáveis, pneumotórax, hemoptise e há relatos malignidade. Atualmente, com o uso da ultrassonografia pré-natal, vem ocorrendo um aumento no diagnóstico da MAC. A manifestação clínica dela varia desde uma disfunção respiratória pós-natal imediata a um achado acidental na radiografia de tórax. Relato de caso RN prematuro de S.P.O.A., nascido em 03/02/2017 com IGC 34s e 4d. Houve necessidade de intubação orotraqueal. Radiografia demonstrou Membrana Hialina. No 3º. Dia de vida complicou com pneumotórax a direita e submetido a drenagem torácica. Em três dias de evolução houve aumento em número e tamanho das imagens císticas já presentes no diagnóstico do pneumotórax. O quadro de insuficiência respiratória agravou mesmo com correção dos parâmetros ventilatórios sendo então submetido a pneumectomia direita. No intra operatório identificou-se apenas 2 lobos pulmonares com presença de múltiplos cistos e, no lobo inferior evidenciou-se uma artéria proveniente da aorta torácica caracterizando um sequestro pulmonar. Evoluiu ocupação do hemitorax direito pelo mediastino e aumento de pulmão esquerdo. Conclusão Alguns casos de MAC requerem tratamento cirúrgico de emergência de devido ao aumento da malformações bolhosas e efeito "shunt" do pulmão acometido. Aparentemente o pulmão contralateral tem aspecto de normalidade possibilitando desenvolvimento normal e sem complicações como infecção crônica de área pulmonar cística e posterior insuficiência respiratória. O prognóstico costuma ser melhor naqueles casos que se apresentam tardiamente.

PALAVRAS-CHAVES: Malformação adenomatóide cística | Ultrassonografia pré-natal | Disfunção respiratória pós-natal

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2882

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lesão iatrogênica da traquéia em intubação eletiva: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA VERTEMATI CAVALIERI (CHECK UP HOSPITAL), ARTEIRO QUEIROZ MENEZES (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE), ANA CLÁUDIA DA CUNHA FERREIRA (CHECK UP HOSPITAL), ELAINE CRISTINA MARINHO DA FONSECA (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE), TICIANE DA COSTA MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), MARIA CAROLINA COUTINHO X. SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), RODOLFO PORTO REGO (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE), GABRIELA FERREIRA CORREA (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE)

RESUMO: Introdução: A lesão traqueal iatrogênica é rara e com resultados potencialmente fatais. Normalmente decorrem de intubações difíceis em emergências, podendo evoluir com enfisema subcutâneo, dispneia progressiva, pneumotórax e pneumomediastino. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, sendo o cirúrgico o mais comum. Relato: Mulher, 25 anos, submetida à colecistectomia VLP com anestesia venosa total e intubação orotraqueal sem intercorrências em vista de quadro clínico de discinesia de vesícula biliar sintomática. No pós-operatório imediato evoluiu com episódios de vômitos, dispnéia, enfisema subcutâneo de tórax, pescoço e face, além de pneumotórax à esquerda, sendo submetida à drenagem torácica fechada com melhora da dispnéia. A TC de tórax evidenciou pneumomediastino, sendo submetida à broncoscopia com achado de lesão da membrana traqueal de cerca de 5 cm. Em vista da evolução satisfatória nas primeiras 24h, com expansão pulmonar completa, ausência de fuga aérea pelo dreno, melhora do enfisema subcutâneo e dispensa da necessidade de ventilação mecânica, optou-se pela conduta conservadora. Broncoscopia após 10 dias evidenciou redução significativa da lesão. A paciente manteve evolução satisfatória após a retirada do dreno, recebendo alta hospitalar no 14o dia. Conclusão: A lesão traqueal iatrogênica é mais frequente em mulheres, pacientes com debilidade da parede traqueal, terapia com corticosteroides ou malformações congênitas. Pode ocorrer por utilização de um tubo com tamanho inadequado, hiperinsuflação do balonete, mobilização repentina do tubo, múltiplas tentativas de intubação em situações de emergência e uso inadequado de fio guia. A opção pelo tratamento conservador ou cirúrgico, depende do tamanho da lesão, estado clínico do paciente, necessidade de suporte ventilatório e complicações como mediastinite. O caso apresentado foi atípico por tratar-se de paciente sem comorbidades, em intubação eletiva sem dificuldades e sem a utilização de fio guia. Consideramos como fator importante para a decisão pela conduta conservadora, apesar do tamanho da lesão, a não necessidade de nova intubação e suporte ventilatório. Referências: Singh S, Gurney S. Management of post-intubation tracheal membrane ruptures: A practical approach. Indian J Crit Care Med 2013;17:99-103; MEDINA, Carlos Remolina et al . Laceração traqueal pós-intubação: análise de três casos e revisão de literatura. J. bras. pneumol., São Paulo , v. 35, n. 8, p. 809-813, Aug. 2009 .

PALAVRAS-CHAVES: traqueia|lesão|intubação

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2910

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MEDIASTINITE SECUNDÁRIA A FARINGOAMIGDALITE: ABORDAGEM CONJUNTA CERVICAL E TORÁCICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARETUSA KRUCHINSKI (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), PATRÍCIA MORAES (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), MARCOS GUILHERME TIBES PAULETTI (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), GUILHERME ZAPPELINI ZANETTE (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), FABRICIO STRAPASSON (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), SAMIR ABU EL HAJE (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), JOEL ANTONIO BERNHARDT (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), GUSTAVO NUNES BENTO (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN)

RESUMO: A mediastinite é uma infecção grave, usualmente polimicrobiana. A maioria desenvolve-se a partir de uma esternotomia, perfuração esofageana, trauma, ingestão de corpo estranho ou neoplasia. A mediastinite necrotizante descendente é distinguida das demais por originar-se na orofaringe ou de focos dentários, espalhando-se nos espaços fasciais, descendo ao mediastino. O espaço retrofaringeo drena diretamente para o mediastino posterior, e corresponde a 70% dos casos de mediastinite causada por infecções orofaríngeas. A antibioticoterapia está consolidada como parte do tratamento, já o manejo cirúrgico ideal ainda é controverso, variando de drenagem cervical à abordagem torácica. L.A.P.L., 45 anos, tabagista, etilista, história de odinofagia à direita há quatro dias. Evoluiu com disfagia, febre, edema e hiperemia em região cervical até região superior do tórax. Oroscofia prejudicada por dificuldade de abertura bucal. TC face (12/01/17) evidenciou conteúdo hipodenso no interior do pilar amigdaliano e glândula submandibular direitos. Sinais inflamatórios envolvendo planos músculo adiposos do pescoço à esquerda. TC tórax sem alterações. Antibioticoterapia e drenagem cirúrgica de abscesso periamigdaliano à direita e de abscesso submentoniano em 13/01/17. Após três dias evoluiu com dor cervical e supraclavicular à esquerda, leucocitose com desvio. No dia seguinte melhora da dor cervical, piora da dor torácica e crepitação à esquerda. Escalonamento de antibióticos. Nova TC pescoço com coleções hipodensas na glândula submandibular direita, pequenas coleções em planos músculo adiposos em pescoço à esquerda, até mediastino superior, extenso enfisema. Reabordagem em 17/01/17, drenagem de secreção purulenta em níveis I a VI à direita e I à esquerda; fásia pré vertebral com grande quantidade de pus do danger space a mediastino superior. Videotoroscopia com drenagem espontânea de secreção purulenta em ápice esquerdo. Mediastinotomia com drenagem de secreção purulenta e toracostomia com drenagem pleural fechada à esquerda. Após quatro dias mantinha leucocitose com desvio, febre; reescalonado antibiótico. Após décimo dia afebril, diminuição da drenagem purulenta em ferida operatória, melhora laboratorial. Retirado dreno de tórax. Alta hospitalar em 20/02/17. Apesar de não ser uma patologia comum, a mediastinite descendente é uma infecção grave, com taxas de mortalidade de até 40%. O diagnóstico precoce, evitando atrasos terapêuticos é crucial para a boa evolução do quadro.

PALAVRAS-CHAVES: mediastinite | tonsilite | toracoscopia

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2932

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DAS CIRURGIAS TORÁCICAS ELETIVAS E DE URGÊNCIA REALIZADAS ENTRE 2012 E 2015 NA PARAÍBA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), IRLA ANDRADE DANTAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA), LUIZ GUSTAVO DELGADO DUARTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE), GUSTAVO HENRIQUE MENDES DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)

RESUMO: Objetivo Compreender o perfil das cirurgias torácicas (CT), possibilitando um acompanhamento adequado que reduza a morbimortalidade, minimizando tempo e custos, através de análise do perfil das CT nos serviços médicos da Paraíba, entre 2012 e 2015. Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre CT, ocorridas nos serviços da Paraíba, durante o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde. Resultados Foram realizados 3.858 procedimentos, classificados quanto ao caráter de atendimento: eletivo (394), urgência (2.948), outros tipos de acidente de trânsito (69) e outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos e físicos (447). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R\$8.683.205, sendo os procedimentos de maior custo os classificados como urgência (R\$6.809.842), seguido dos classificados como outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos e físicos (R\$897.768), eletivos (R\$781.118,30) e os outros tipos de acidente de trânsito (R\$194.476, 60). Ao total, foram 29.818 dias de internação, sendo os procedimentos com o maior número de dias de permanência dos pacientes nos serviços, os tidos como urgência (23.852), seguidos de outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos e físicos (2.590), eletivo (2.737) e os outros tipos de acidente de trânsito (639). Conclusões A maior parte das CT ocorridas na Paraíba são realizadas em situação de urgência, sendo que estas trazem maiores gastos para o SUS, o que corrobora com dados encontrados em outras pesquisas. Com o conhecimento deste perfil, podem ser identificadas particularidades na distribuição quanto às demandas do serviço, que pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS no acesso aos serviços de saúde. Bibliografia GUIMARÃES, AN et al. Cirurgia torácica minimamente invasiva: ressecções pulmonares: cirurgia torácica vídeo assistida. Pulmão RJ, vol. 23, n. 1, p. 16-19, 2014. RUFINO, R; COSTA, CH. Interação entre pneumologista e cirurgião. Pulmão RJ, vol. 23, n. 1, p. 5-9, 2014. SOUZA, VS et al. Perfil clínico-epidemiológico de vítimas de traumatismo torácico submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de referência. Scientia Medica, v. 23, n. 2, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia torácica | cirurgias eletiva e de urgência | perfil epidemiológico

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2941

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DOS PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA TORÁCICA REALIZADOS ENTRE 2012 E 2015 EM JOÃO PESSOA ? PARAÍBA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), IRLA ANDRADE DANTAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA), RENATA LIMA MEDEIROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LUIZ GUSTAVO DELGADO DUARTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE), GUSTAVO HENRIQUE MENDES DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)

RESUMO: Objetivo Ao compreender o perfil dos internamentos de cirurgia torácica (CT), é possível realizar um acompanhamento adequado que reduza significativamente a morbimortalidade, economizando tempo e minimizando custos. Objetiva-se analisar o perfil dos procedimentos de CT nos serviços da cidade de João Pessoa, Paraíba, entre os anos de 2012 e 2015. Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre as CT, ocorridas nos serviços de João Pessoa, Paraíba, durante o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde. Resultados Foram realizados 2.491 procedimentos, sendo os mais frequentes a toracostomia com drenagem pleural fechada (1.613), seguida de pleurodese (418). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R\$4.456.234 sendo os procedimentos que totalizaram maiores custos a toracostomia com drenagem pleural fechada (R\$2.849.715) seguida de pleurodese (R\$590.643,90). Ao total, foram 15.43 dias de internação, sendo os procedimentos com o maior número de dias de permanência dos pacientes nos serviços, a toracostomia com drenagem pleural fechada (10.380 dias) e pleurodese (2.036 dias), respectivamente. Conclusões A descentralização das ações de saúde e o estímulo à municipalização colocam o gestor municipal de saúde como fator essencial na consolidação do SUS. A qualidade da assistência à saúde depende de uma série de fatores, não apenas da condição intrínseca do paciente, mesmo em procedimentos de maior risco. O conhecimento do perfil dos internamentos em CT nos serviços pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS no acesso aos serviços de saúde. Bibliografia DOS SANTOS, EC et al. Pacientes com trauma torácico submetidos a drenagem torácica no pronto socorro: perfil epidemiológico. Cadernos de educação, saúde e fisioterapia, v. 3, n. 6, 2016. NASCIMENTO, TC. Resultados do tratamento cirúrgico da mediastinite pós esternotomia em cirurgia cardiovascular em um hospital de referência de Salvador? Bahia. 2015. SOUZA, VS et al. Perfil clínico-epidemiológico de vítimas de traumatismo torácico submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de referência. Scientia Medica, v. 23, n. 2, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia torácica | gastos públicos | perfil epidemiológico

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2986

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR NA TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BIANCA RIBEIRO RODRIGUES (CULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUIZA MELLO AYRES MORGADO (CULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JENNIFER RUAS NAKAMURA (CULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MATHEUS CHRISTIAN SILVEIRA (CULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), VICENTE DORGAN NETO (CULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ROBERTO SAAD JR. (CULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCIO BOTTER (CULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A telangectasia hemorrágica hereditária (HHT), também conhecida como Síndrome de Rendu-Osler-Weber é uma doença familiar hereditária autossômica dominante do tecido fibrovascular, causada em 85% dos casos por mutação genética. Sua incidência na população varia de 1 a 2:100.000 casos e possui distribuição homogênea entre raça e sexo. A prevalência de malformação arteriovenosa pulmonar (MAVP) na doença foi estimada em 15 a 33% em estudos prévios. O quadro clínico e história familiar fecham o diagnóstico da enfermidade, pelos critérios de Curacao que envolvem epistaxe de repetição, telangectasias muco cutâneas geralmente face mãos e cavidade oral, malformações arteriovenosas afetando principalmente pulmões, fígado e cérebro e um padrão familiar autossômico dominante, sendo necessários 3 destes 4 critérios para confirmação do diagnóstico. RELATO DE CASO: Paciente de 23 anos, sexo feminino, iniciou investigação por quadro de tosse seca, perda ponderal não quantificada, sudorese noturna e inapetência. Em angiotomografia de tórax foram visualizadas três lesões nodulares bilaterais, acentuadamente realçadas pelo contraste, além de mostrarem dois vasos bem definidos associados, da qual inferia-se a possibilidade de malformação arteriovenosa (MAV). A paciente apresentava baqueteamento digital, telangiectasias e um irmão com diagnóstico prévio de telangiectasia hemorrágica hereditária, portanto pelos critérios de Curacao apresentava a Síndrome de Rendu-Osler-Weber. DISCUSSÃO: A Telangiectasia Hemorrágica Hereditária é uma desordem genética autossômica dominante que afeta a vasculatura de múltiplos sistemas orgânicos. Estudos recentes demonstram uma prevalência de 1:10.000 nos Estados Unidos e Reino Unido e 1:5.000-8.000 no Japão. As lesões patognomônicas são as telangiectasias e as malformações arteriovenosas. Clinicamente, a doença é diagnosticada segundo os Critérios de Curacao. Pacientes com 3 ou mais critérios tem como diagnóstico definitivo a HHT. O tratamento baseia-se em suporte e prevenção das complicações. No tratamento da epistaxe e manifestações do trato digestivo, a intervenção endoscópica ou cirúrgica pode ser indicada. A terapia de modulação angiogênica também pode ser um tratamento alternativo e efetivo.

PALAVRAS-CHAVES: MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA | NODULO PULMONAR | TELANGIECTASIA HEREDITARIA

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 2991

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SEQUESTRO PULMONAR EXTRALOBAR - UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NEWTON DE ALBUQUERQUE ALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO), REGINALDO BEZERRA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO), NATHALYA DE SOUZA GONÇALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO), ALANA D'AVILA REBELO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO), PATRÍCIA NOGUEIRA FERREIRA E SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Sequestro pulmonar é uma malformação congênita caracterizada por uma massa de tecido pulmonar não-funcionante, separada da árvore traqueobrônquica normal e vascularizada por uma artéria sistêmica anômala, comumente derivada da aorta torácica ou abdominal, do tronco celíaco ou das artérias intercostais. Representa entre 0,15 e 6,45% de todas as malformações congênitas pulmonares. São reconhecidos dois tipos, o sequestro intralobar e o extralobar. O sequestro pulmonar extralobar (SPE) está encerrado dentro de sua própria membrana pleural, em geral, em íntima proximidade com o parênquima pulmonar, costumam ser assintomáticos, sendo descobertos em exames de rotina, ou provocarem dispneia e infecções respiratórias de repetição. RELATO: Mulher, 35 anos, com história de dorsalgia, procurou atendimento com ortopedia, quando em tomografia de coluna torácica foi visualizado massa com atenuação de partes moles e múltiplos focos de calcificação em segmento basal posterior do pulmão esquerdo, sendo encaminhada ao ambulatório de cirurgia torácica, quando realizou tomografia de tórax, que evidenciou massa de limites bem definidos, com base pleural de 3,1 x 2,7 cm, heterogênea, em base pulmonar esquerda. Admitida em 24/01/17 no Hospital Universitário Walter Cantídio, para ser submetida a videopleuroscopia no dia seguinte, sob anestesia geral, com intubação orotraqueal seletiva, utilizando três portais, que mostrou lesão de mediastino posterior, justadiafragmática, compatível com sequestro extralobar, artéria drenante originada do diafragma. Realizado ressecção da lesão com clipagem da artéria. Anatomopatológico identificou corte histológicos compatíveis com tecido pulmonar composto por bronquíolos revestidos por epitélio pseudoestratificado ciliado sem atipias, com extensa dilatação cística com acúmulo de secreção de calcificação, confirmando diagnóstico de sequestro pulmonar extralobar. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 2º dia pós-operatório. CONCLUSÃO: O tratamento para sequestro pulmonar é a ressecção do parênquima pulmonar sequestrado, com o específico acesso, dependendo da localização da lesão. Esse tipo de operação usualmente não é difícil nos casos de sequestro extralobar, já que a malformação está bem separada do pulmão normal pelo seu próprio envelope pleural. Com o advento da videotoracosopia, as cirurgias apresentam uma menor morbidade, com boa evolução no pós-operatório e alta hospitalar precoce.

PALAVRAS-CHAVES: SEQUESTRO PULMONAR|VIDEOPLEUROSCOPIA|TECIDO PULMONAR

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 3032

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ENFISEMA SUBCUTÂNEO ESPONTANEO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAYARA STEFANI GOUBETI MELOCRA (UNIVERSIDADE DE MARILIA), RAFAEL BALDISSERA CARDOSO (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA), RONE EDER DE SOUZA SILVA (UNIVERSIDADE DE MARILIA), TATIANE CRISTINA OLIVEIRA GIGEK (UNIVERSIDADE DE MARILIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO É definido pela presença de gás no interior do compartimento do tecido subcutâneo, tipicamente em pacientes que têm infecções graves com bactérias produtoras de gás, ou após a ruptura ou manipulação de um órgão visceral, como os pulmões ou intestino. RELATO DE CASO Paciente, 62 anos, com antecedentes psiquiátricos, tabagista e hipertensa, procurou o serviço de emergência com queixa de aumento progressivo do volume de face, região cervical, tórax anterior, tórax posterior há 3 dias negando dor, dispneia ou fadiga ao ato da internação. Ao exame físico: REG, AAA, corada, hidratada, desorientada, eupneica, contactuante e reativa. Linfonodos não palpáveis. Todos os pulsos palpáveis. Evidenciou-se aumento de partes moles em face, membros superiores, tórax anterior, tórax posterior com presença de crepitação palpável em subcutâneo. Não havia retrações ou abaulamentos em topografia cardíaca, frêmito cardíaco não palpável, Ictus cordis não visível e não palpável, 2Bulhas Rítmicas Normo Fonéticas sem sopros, cliques ou estalidos. Frêmito toraco-vocal preservado bilateralmente, som claro pulmonar e murmúrio vesicular fisiologicamente distribuído sem ruídos adventícios. Abdome plano, flácido, cicatriz umbilical centrada, sem retrações ou abaulamentos, ausência de cicatrizes, ruídos hidroaéreos presentes normoativos, timpanismo difuso, macicez hepática, fígado palpável à 2cm do rebordo costal, Sinal de Murphy negativo e descompressão brusca negativa. Presença de cicatriz de 10cm em Membro Inferior Esquerdo, com pouca deiscência da FO, com saída de secreção serosa, ausência de sinais de infecção. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Acredita-se que o ar extra alveolar, proveniente da ruptura de alvéolos, penetre no tecido conjuntivo laxo que rodeia a vasculatura pulmonar e progride ao longo das bainhas perivasculares até atingir o mediastino. Posteriormente, o ar passa do mediastino para o tecido laxo subcutâneo, causando enfisema subcutâneo. A ruptura de bolhas pode provocar enfisema do mediastino, com possível pneumotórax.. Têm sido utilizadas várias técnicas para tratar o enfisema subcutâneo, como a colocação de drenos torácicos adicionais, incisões infraclaviculares, traqueostomia e inserção subcutânea de um cateter endovenoso com fenestrações. Oxigenioterapia em alto débito acelera a resolução do quadro. Por fim, é um quadro importante em nosso meio pelo potencial desconforto e surgimento de complicações ao paciente.

PALAVRAS-CHAVES: ENFISEMA SUBCUTANEO | CIRURGIA TORACICA | ENFISEMA

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 3114

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia pulmonar: complicação evitável

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA GONÇALVES (FACIPLAC), PAULO VICTOR ALVES TUBINO (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE)

RESUMO: Resumo: A hérnia pulmonar é uma protrusão de tecido parenquimatoso pulmonar através de abertura anormal existente na parede torácica. É uma doença pouco citada na literatura médica, sendo encontrados aproximadamente 300 casos descritos (Gazitúa, 2015). Pode ser classificada em congênita (cerca de 20% dos casos) ou adquirida (80%), sendo as adquiridas subclassificadas de acordo com sua etiologia em pós-cirúrgicas, secundárias a traumas, por processos inflamatórios ou neoplásicos na parede torácica, ou espontâneas. A hérnia espontânea está associada ao aumento da pressão intratorácica, sendo a manobra de Valsalva uma manobra clínica útil para o manejo e diagnóstico do paciente. A hérnia pulmonar pode ter curso assintomático ou oligossintomático, com manifestações clínicas que variam desde dor leve até dispnéia. Ao exame físico torácico, observa-se massa palpável. O diagnóstico é clínico e a conduta terapêutica pode seguir uma linha mais conservadora em alguns casos, mas geralmente é de tratamento cirúrgico, em especial nos casos de hérnias volumosas, com estética desfavorável para o paciente ou com manifestações algicas incômodas, e a fim de evitar a sua principal complicação, o encarceramento pulmonar. O reparo cirúrgico é simples, consistindo na aproximação dos arcos costais, bem como musculatura intercostal correspondente e aproximação dos demais planos. Relato de caso: Homem, branco, 40 anos, apresenta-se no pronto-socorro queixando-se de dor abdominal inespecífica. Durante exame físico, notou-se cicatriz correspondente a toracotomia anterolateral direita, na altura do quarto espaço intercostal, com visível depressão da ferida operatória quando o paciente inspirava. À manobra de Valsalva, surgia grande abaulamento com cerca de 20x15 cm na mesma topografia, conforme registro fotográfico. O paciente não relatava dor associada ao achado, ou se sentia incomodado pelo prejuízo estético, não desejando assim estudo radiológico, bem como tratamento cirúrgico. Conclusão: Apesar de casos de hérnia pulmonar serem pouco relatados na literatura, a enfermidade deve ser suspeitada frente a um paciente com manifestações clínicas e história com fatores de risco para o seu desenvolvimento. O reparo cirúrgico é simples e apresenta bons resultados, sendo a intervenção de escolha na maioria dos casos.

PALAVRAS-CHAVES: hérnia de pulmão | parede torácica | toracotomia

CIRURGIA VASCULAR

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 513

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trombose de veia ciática persistente: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELINO QUAGLIA MORATO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MARIA VITÓRIA CURY VIEIRA SCATIMBURGO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), VIVIANE SOUZA LIMA BIAGIONI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: IntroduçãoA veia ciática persistente (VCP) é uma rara anormalidade congênita, causada pela não involução da veia axial, responsável pela drenagem venosa dos membros inferiores intra-útero, ou o não desenvolvimento da veia femoral, que pode levar a incompetência valvar. Esta anomalia está presente em 20 a 48% dos pacientes com a síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber (SKTW): malformações capilares, malformações venosas e hipertrofia de tecido mole ou ósseo. Com a ressonância nuclear magnética e angiotomografia mais diagnósticos dessa anomalia foram possíveis. A trombose venosa profunda (TVP) é uma condição médica comum e com grande espectro de manifestações clínicas e seu diagnóstico é realizado pela ultrassonografia (USG) com doppler, exame extremamente operador dependente. Portanto, o conhecimento da anatomia e, principalmente de suas variações é de grande importância ao ultrassonografista. Apresentamos o caso de um paciente, com dor na região posterior da coxa esquerda, edema e idas frequentes ao pronto-socorro que foi diagnosticado com TVP de VCP. Relato de casoMasculino, 55 anos, queixava-se de dor e edema em região posterior da coxa esquerda há 30 dias. Relatou idas frequentes ao PS, onde recebia antiinflamatórios para distensão muscular, sem melhora. Referiu cirurgia prévia de varizes e negou história de TVP. Exame físico revelou extensas telangectasias em membro inferior esquerdo, sem sinais flogísticos. A coxa e perna esquerda apresentavam diferença de 4 e 2,5 cm no diâmetro, respectivamente, em relação ao membro inferior direito, sem diferença em comprimento e com pulsos presentes. Não havia sinais de empastamento ou linfaedema. USG com doppler venoso evidenciou sinais de trombose venosa profunda em vaso anômalo. Angiotomografia de vasos ilíacos e membros inferiores confirmou trombose de veia ciática persistente à esquerda, variante distal. Ficou internado por 3 dias em uso de clexane e recebeu alta com Marevan e Daflon. Faz seguimento regular ambulatorial, onde se apresenta sem queixas.ConclusãoA persistência da veia ciática possivelmente apresenta maior incidência do que se imaginava. A maioria dos casos ocorre em associação à síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber, mas pode vir a ocorrer isoladamente. Em ambos os casos pode ser assintomática ou causa de insuficiência venosa crônica. Por fim, faz parte do diagnóstico diferencial de trombose venosa profunda, o que exige do ultrassonografista familiarizar-se com sua anatomia e realizar seu diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Anormalidades congênitas | Ciática | Trombose venosa

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 547

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento cirúrgico convencional de aneurisma de artéria esplênica: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO CESAR SABINO DE FIGUEIREDO (UERJ), PEDRO POYARES DE MELLO BHERING (UERJ), RAFAEL RIBEIRO BARCELOS (UERJ), ANDRE GEORGE SAUL RONAY (UERJ), MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO (UERJ), MARCOS BETTINI PITOMBO (UERJ)

RESUMO: Introdução: O aneurisma de artéria esplênica apesar de ser o mais frequente dos aneurismas esplâncnicos, é raro e possui prevalência de 0,1 a 0,2% na população geral e incidência 0,8%. É mais frequentemente encontrada em mulheres (4:1). Diversas condições clínicas podem predispor ao seu surgimento como hipertensão portal, esplenomegalia e doenças inflamatórias que acometem a parede arterial, como poliarterite nodosa, endocardite bacteriana, pacientes submetidos à transplante hepático e com história de carcinoma pancreático. A opção preferencial para a abordagem destes casos é através da terapia endovascular, mas em alguns casos selecionados a indicação ainda é através do tratamento cirúrgico convencional. Relato de Caso: Paciente, branca, 56 anos, com queixa de dor em flanco e hipocôndrio Esquerdos de intensidade moderada sem fatores de melhora ou piora. Apresentava também hipertensão arterial sistêmica, enxaqueca e sangramento uterino disfuncional No exame físico apresentava bom estado geral, abdome flácido, indolor a palpação superficial e profunda sem descompressão dolorosa. Foi realizada Tomografia Computadorizada de abdome que evidenciou lesão sugestiva de aneurisma da artéria esplênica, confirmada por angiotomografia que mostrou dilatação aneurismática arredondada, localizada no terço médio da artéria esplênica medindo 2,4 x 2,2 cm. Foi tentado tratamento endovascular sem sucesso, por conta das características anatômicas do aneurisma. Optou-se assim por tratamento cirúrgico convencional com aneurismectomia de artéria esplênica e esplenectomia. Não houve intercorrências no período trans e pós-operatório. Conclusão: O tratamento convencional pode ser empregado no tratamento do aneurisma de artéria esplênica com ótimos resultados, principalmente quando houver falha no tratamento endovascular ou impossibilidade de realizá-lo, ou quando o paciente possui baixo risco cardiovascular.

PALAVRAS-CHAVES: Aneurisma visceral | esplenectomia | aneurismectomia

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 552

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Agenesia de Carótida Interna Direita: um relato de caso de uma paciente oligoassintomática

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLÓVIS LUÍS KONOPKA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), ISABELA DUARTE E SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), DANIELE MARCHET (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA)

RESUMO: A agenesia da artéria carótida interna é uma anomalia vascular congênita extremamente rara que incide em menos de 0,01% da população. Geralmente, seu curso é assintomático, embora já existam manifestações clínicas descritas na literatura, como eventos isquêmicos, hemorragias intracranianas, convulsões, entre outros. Descritas poucas vezes na literatura, as anomalias congênitas, do tipo aplasia ou agenesia, da circulação cerebrovascular extracraniana foram referidas, primeiramente, por Tode, em 1787, durante autópsia e, clinicamente, por Verbiest, em 1954, após realização de angiotomografia. Este trabalho visa a caracterizar esta má formação congênita através da apresentação de um relato de caso de uma paciente, de 46 anos, com agenesia unilateral da artéria carótida interna direita, oligoassintomática, cujo o diagnóstico foi realizado após consulta neurológica devido à queixa principal de cefaléia hemicraniana ipsilateral. Ao exame físico, encontrava-se normotensa, sem sopros cervicais ou sinais neurológicos focais. Inicialmente, submeteu-se à tomografia computadorizada de crânio que resultou normal e ao ecocolor Doppler de artérias carótidas e vertebrais que sugeriu a presença de hipoplasia ou agenesia de artéria carótida interna direita. Diante disso, submeteu-se à angiotomografia de artérias carótidas e vertebrais que ratificou o exame anterior e evidenciou afilamento abrupto e regular imediatamente após o bulbo, notando-se acentuada hipoplasia/agenesia do canal carotídeo. Identificou-se a presença de um delgado calibre da artéria carótida interna direita em seu segmento petroso, alimentada por colaterais a partir de ramos da carótida externa direita, com recanalização parcial no sifão carotídeo, associada à boa contrastação da artéria cerebral média direita, a partir do polígono de Willis. Concluiu-se que, embora raras e frequentemente assintomáticas, as disgenesias de artéria carótida interna superam as curiosidades anatômicas: seu diagnóstico tem implicação prática nas endarterectomias e aneurismas cerebrais, já que aumentam o risco cirúrgico devido à possibilidade de uma única ACI estar suprindo ambos os hemisférios cerebrais e, portanto, torna-se mandatório seu reconhecimento prévio no pré-operatório. Além disso, clinicamente, seu reconhecimento é relevante para realização de diagnóstico diferencial com a doença aterosclerótica carotídea, pela associação com aneurismas intracranianos e para o esclarecimento dos casos de embolia cerebral paradoxal.

PALAVRAS-CHAVES: anormalidades cardiovasculares | agenesia artéria carótida interna | anomalia cerebrovascular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 563

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem cirúrgica da síndrome do ligamento arqueado mediano: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELINO QUAGLIA MORATO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MARIA VITÓRIA CURY VIEIRA SCATIMBURGO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), RODRIGO SADER HECK (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CIRO CARNEIRO MEDEIROS (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DECIO LUIZ SILVA MAZZINI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), BENEDICTO MÁRCIO VILLAÇA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução:A síndrome de compressão do tronco celíaco ou síndrome do ligamento arqueado mediano (SLAM) é uma condição rara e que foi descrita pela primeira vez por Harjola, em 1963. É mais comum dos 20 aos 40 anos e resulta da compressão do tronco celíaco por uma banda fibrosa do diafragma, chamado de ligamento arqueado mediano. Na grande maioria das vezes é assintomática, porém pode cursar com quadros de cólica abdominal intensa, principalmente pós prandiais. O tratamento consiste na ressecção das fibras do ligamento arqueado mediano por laparoscopia ou laparotomia. Apresentamos o caso de um paciente diagnosticado com síndrome do ligamento arqueado mediano devido a um achado incidental em exame de imagem, de início assintomático e com posterior evolução para epigastralgia pós prandial, para a qual foi realizado videolaparoscopia. Relato de caso: Masculino, 19 anos, procurou o pronto socorro devido à dor precordial não anginosa, contínua e sem relação aos esforços. Realizou ecocardiograma para investigação de pericardite viral aguda, no qual foi evidenciada estenose proximal de um dos ramos da aorta abdominal e descartado a hipótese de pericardite. Ambulatorialmente, ultrassonografia de aorta abdominal evidenciou sinais de estenose na emergência do tronco celíaco e a angiotomografia computadorizada completou o diagnóstico da SLAM, com achados de estenose do tronco celíaco em óstio e ectasia pós estenótica de aspecto "em gancho". No início apresentava-se assintomático, mas após 6 meses evoluiu com cólicas abdominal frequentes, principalmente no período pós prandial. A cirurgia foi realizada eletivamente e o ligamento arqueado mediano dissecado por via laparoscópica, sem intercorrências, tendo alta. Após 1 mês, retornou com quadro de dor abdominal, para a qual foi realizado videolaparoscopia diagnóstica e evidenciado coleção intra-abdominal de pequeno volume. A coleção foi lavada e drenada e o paciente internado em enfermaria. Durante 5 dias fez uso de antibióticos e evoluiu bem clinicamente, sendo liberado. Faz acompanhamento regular em ambulatório de vascular e nega queixas relacionadas à SLAM. Conclusão: Apesar da síndrome do ligamento arqueado mediano em sua grande maioria se apresentar de forma assintomática, alguns casos podem evoluir com sintomatologia, principalmente dor epigástrica e então a cirurgia deve ser indicada. Temos na videolaparoscopia uma excelente opção e com resultados satisfatórios.

PALAVRAS-CHAVES: Artéria celíaca | Dor abdominal | Laparoscopia

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 726

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DOENÇA ATEROSCLERÓTICA MUTIVASCULAR: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA MARIA GARCIA (ITPAC), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC/FAHESA), RAPHAELA AGUIAR PARANAGUÁ (ITPAC/FAHESA), JULIANA CARREIRO CARVALHO (ITPAC/FAHESA), REMY FARIA ALVES (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA), RICARDO RUSSI BLOIS (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA), MARÍLIA ALVES ARAUJO FERREIRA (ITPAC/FAHESA), LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA)

RESUMO: Introdução: A aterosclerose é uma doença degenerativa de etiologia multifatorial. Ocorre de forma generalizada, localizando-se mais comumente em regiões específicas no sistema circulatório arterial, podendo causar sérias complicações. Relato de Caso: Feminino, 79 anos, deu entrada em pronto socorro apresentando estado de caquexia, febre e rebaixamento da consciência. Havia história de hipertensão arterial sistêmica, tabagismo de longa data e alcoolismo. Ao exame físico: hipofonese de bulhas cardíacas, dor a palpação superficial de abdome e diminuição de pulsos periféricos. Foi estabelecido suporte clínico e foram solicitados exames complementares. Houve melhora do estado clínico e nível de consciência. Durante a investigação, paciente apresentou piora da dor abdominal, dor retroesternal em aperto, dispneia súbita e cefaleia holocraniana com sensação de latejamento em região de artéria temporal. Os exames laboratoriais evidenciaram: diminuição do hematócrito (33,7%), leucocitose com desvio à esquerda (18.000), hiperglicemia (141 mg/dl), elevação do colesterol total. A radiografia de tórax evidenciou pulmões hiperinsuflados com retificação diafragmática, aumento da área cardíaca, alongamento e ateromatose da aorta torácica. ECG: extrassístoles supraventriculares. A ultrassonografia de abdome demonstrou aorta abdominal ectasiada com ateromatose parietal calcificada e trombose parcial de lumen. O Duplex Scan de carótidas demonstrou ateromatose difusa bilateralmente. O caso foi transferido para a Cirurgia Vascular, que programou cirurgia endovascular desobstrutiva. Os exames pré operatórios evidenciaram: Angiotomografia: obstrução de aorta abdominal abaixo das artérias renais. Angiografia da aorta e ilíacas: obstrução de aorta e artérias ilíacas comuns e femorais superficial e profunda à direita. A angiografia de coronária: coronariopatia obstrutiva por comprometimento de coronária direita e descendente anterior. Índice tornozelo braquial: 0,33. Após a reavaliação do caso, considerando o acometimento sistêmico, considerou-se a impossibilidade de acesso endovascular e diante do alto risco de um procedimento cirúrgico convencional, optou-se por um tratamento ambulatorial. Conclusão: A cirurgia endovascular tem participação significativa no tratamento de obstrução de vasos, mas quando ateromatose difusa com acometimento de óstios de artérias renais, vísceras e território femoropoplíteo sua indicação é questionável frente ao alto risco de complicações e óbito.

PALAVRAS-CHAVES: Aterosclerose multivascular | Tratamento conservador | Cirurgia endovascular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 756

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JEFFERSON BAGATIM (SANTA CASA DE OURINHOS), MARIANA FERREIRA BORGES FIRMO RODRIGES (SANTA CASA DE OURINHOS), EMANUEL FIRMO RODRIGUES (SANTA CASA DE OURINHOS), PATRÍCIA JOIA PERES (SANTA CASA DE OURINHOS), THALES VIEIRA GONÇALVES (SANTA CASA DE OURINHOS), VITOR BORDINHON MERCANTE (SANTA CASA DE OURINHOS), TIMOTEO VILELA VERÍSSIMO (SANTA CASA DE OURINHOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DA ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL, É UMA PATOLOGIA VASCULAR INCOMUM, COM APROXIMADAMENTE 400 CASOS RELATADOS NA LITERATURA MUNDIAL, REPRESENTANDO 1% DE TODOS OS ANEURISMAS. DECORRENTE ESPONTANEAMENTE OU DE TRAUMA CONTUSO E/OU ABERTO DA REGIÃO FRONTOPARIETAL OU TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO DE GRANDE IMPACTO. TÍPICAMENTE O DIAGNÓSTICO É REALIZADO APÓS SEMANAS DE EVOLUÇÃO, POR VEZES COM DIVERSAS CONSULTAS COM O GENERALISTA. A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA É REALIZADO ATRAVÉS DE ARTERIOGRAFIA OU ANGIOTOMOGRAFIA. O PRINCIPAL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CONSISTE NA FÍSTULA ARTERIOVENOSA. O TRATAMENTO PODE SER REALIZADO ATRAVÉS DE EMBOLECTOMIA OU PSEUDOANEURISMECTOMIA. RELATO DE CASO: PACIENTE DE 39 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, COM FERIMENTO CORTOCONTUSO EM REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. ATENDIDO E AVALIADO EM HOSPITAL DE NÍVEL PRIMÁRIO, ONDE FOI REALIZADO SUTURA DE PELE. APÓS PROCEDIMENTO RECEBEU ALTA DOMICILIAR. NO ENTANTO, EVOLUIU COM ABAULAMENTO EM REGIÃO ACOMETIDA, DE CARÁTER PROGRESSIVO, COM QUEIXA DE DOR A MOBILIZAÇÃO, SEM MELHORA COM CURATIVO COMPRESSIVO E/OU USO DE ANALGÉSICOS. APÓS 12 DIAS, PROCUROU O CENTRO DE SAÚDE, DIAGNOSTICADO COM ?ABSCESSO DE FERIDA?, INICIADO ANTIBIOTICORETAPIA EMPÍRICA COM CEFALEXINA DE 500 mg DE 6/6 HORAS. DEVIDO A FALHA TERAPÊUTICA, APÓS CINCO DIAS, AVENTADO A POSSIBILIDADE DE ?CORPO ESTRANHO? EM SUBCUTÂNEO. ENCAMINHADO A SANTA CASA DE OURINHOS, PARA DRENAGEM E EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA. DURANTE EXAME FÍSICO, VISUALIZADO MASSA PULSÁTIL E DOLOROSA EM REGIÃO PRÉ-AURICULAR A ESQUERDA. FRENTE A SINTOMATOLOGIA APRESENTADA, CORROBOROU PARA O DIAGNÓSTICO DE PSEUDOANEURISMA TEMPORAL, TENDO COMO O PRINCIPAL DIFERENCIAL A FÍSTULA ARTERIOVENOSA. SOLICITADO PROPEDEÚTICA: ULTRASSOM COM DOPPLER COLORIDO, IDENTIFICADO PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL; COMPLEMENTADO COM ARTERIOGRAFIA: VISUALIZADO PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL A ESQUERDA. OPTADO PELO TRATAMENTO CIRÚRGICO DEVIDO INDISPONIBILIDADE EM NOSSO SERVIÇO DE ENDOVASCULAR INTERVENCIONISTA. REALIZADO PSEUDOANEURISMECTOMIA. EVOLUINDO COM EXCELENTE RESULTADO NO PÓS OPERATÓRIO. CONCLUSÃO: TRATA-SE DE UM CASO, EM PACIENTE VITIMA DE TRAUMA FRONTOPARIETAL, ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA APÓS TERAPÊUTICAS FALHAS PENSANDO-SE EM ABSCESSO OU CORPO ESTRANHO DE FERIDA SUTURADA. DIAGNOSTICADO PELA EQUIPE DE CIRURGIA GERAL COMO PSEUDOANEURISMA TEMPORAL, COM REALIZAÇÃO DE TERAPÊUTICA E PROPEDEÚTICA NESTE SERVIÇO.

PALAVRAS-CHAVES: PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO | PSEUDOANEURISMA TEMPORAL SUPERFICIAL | PSEUDOANEURISMECTOMIA

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 821

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA RECORRENTE EM PACIENTE JOVEM

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR (ITPAC), RICARDO RUSSI BLOIS (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (ITPAC/FAHESA), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC/FAHESA), JULIANE LOPES DO NASCIMENTO (ITPAC/FAHESA), PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), ROBERTO PAULINO DA SILVA FILHO (ITPAC/FAHESA), LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA)

RESUMO: Introdução: A Trombose venosa profunda aguda (TVP) se caracteriza pela oclusão de uma veia ocasionada por um trombo, e uma consequente resposta inflamatória no endotélio do vaso. Dentre os principais fatores de risco estão: sexo feminino, estase, uso de anticoncepcional hormonal por mais de 6 meses e varizes em membros inferiores. Assim sendo, o que difere disso considerado incomum. Relato de caso: Paciente, masculino, 20 anos, foi admitido no Hospital Regional de Araguaína queixando-se de dor em membro inferior esquerdo, relatava episódios anterior de TVP, Diabetes Mellitus tipo 1 e pós operatório tardio de laparotomia exploradora com enterectomia e enteroanastomose por ruptura de cisto mesentérico hemorrágico, fazia uso de traqueostomia e relatava sangramentos anteriores por esta via. Fora solicitado um Duplex scan venoso de MIE onde se evidenciou TVP recente no seguimento fêmoro-poplíteo. O paciente possuía ainda exames prévios que evidenciavam nódulo em lobo superior esquerdo com presença de derrame pleural bilateral. Não possuía outros exames para investigação de neoplásia pulmonar. Durante a internação apresentou sangramentos com o uso da anticoagulação sendo esta suspensa e posteriormente foi realizada uma arteriografia e embolização de artéria brônquica, sem demais intercorrências. Sendo encaminhado à alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial e uso de meias compressivas. Conclusão: A TVP é uma doença de alta incidência e apresenta uma grande morbidade associada, se não diagnosticada e tratada de forma precoce. Acomete de forma predominante pacientes de idade avançada com mobilidade reduzida, sendo dessa forma raro em pacientes jovens.

PALAVRAS-CHAVES: ANTICONCEPCIONAL ORAL|CIRURGIA VASCULAR|TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 823

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INSUFICIÊNCIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO POR COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DA VEIA ILÍACA ESQUERDA: UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM DE MIOMA UTERINO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON FELTRIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL), MATEUS PICADA CORRÊA (INVASC PASSO FUNDO), JULIO CESAR DE MELLO BAJERSKI (INVASC PASSO FUNDO), JABER NASHAT SALEH (INVASC PASSO FUNDO), RAFAEL STEVAN NOEL (INVASC PASSO FUNDO), GUILHERME SOLDATELLI TEIXEIRA KURTZ (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO), FLÁVIA CRISTINA MARAFON (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO), LARISSA BIANCHINI (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO), FRANCINE CAMBOIM RUZZARIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL)

RESUMO: **INTRODUÇÃO** Os fibromas uterinos constituem-se tumores extremamente comuns em mulheres antes da menopausa e causam significativa morbidade e prejuízo em sua qualidade de vida. Raramente podem apresentar dimensões suficientemente extensas para comprimir estruturas adjacentes, como as veias ilíacas, dificultando o retorno venoso dos membros inferiores e promovendo estase sanguínea. Apresentamos um relato de um caso incomum de mioma gigante mimetizando um quadro de síndrome de May-Thurner em uma paciente com varizes de membro inferior esquerdo. **RELATO:** Paciente feminina, 37 anos, com história de recidiva de varizes em membro inferior esquerdo (MIE) após cirurgia de varizes com safenectomia magna há 12 meses, ocasião que foi investigada com flebografia negativa para síndrome de May-Thurner (SMT). Na investigação, foi solicitada angiotomografia de abdome (ATC) que evidenciou compressão extrínseca de veia ilíaca externa esquerda por mioma uterino de grandes dimensões. Foi realizada Ressonância Nuclear Magnética (RNM) que demonstrou três miomas uterinos volumosos. A paciente foi submetida à embolização de artérias uterinas direita e esquerda com microesferas Embosphere® 300-500 e 500-700 com bom resultado angiográfico final. RNM de controle com 30 dias de PO evidenciou redução de 50% do volume dos miomas uterinos, com melhora total da metrorragia e melhora parcial do desconforto em membro inferior esquerdo. Seis meses PO foi realizada nova ATC demonstrando descompressão da veia ilíaca externa esquerda, redução dos miomas e veias pélvicas com 0.7mm. A paciente foi submetida a cirurgia de varizes de MIE e encontra-se assintomática com PO de 6 meses. **CONCLUSÃO:** A insuficiência venosa crônica secundária à estenose luminal causada pela compressão por leiomioma extenso é infrequente na prática cotidiana e na literatura. Seu manejo através da embolização alivia os sintomas após a redução do diâmetro do mioma. O presente caso demonstra a necessidade de exames de imagens intra-abdominais na suspeita de Síndrome de May-Thurner.

PALAVRAS-CHAVES: INSUFICIÊNCIA VENOSA | COMPRESSÃO DE VEIA ILÍACA ESQUERDA | SÍNDROME DE MAY-THURNER

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 884

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trombose arterial mesentérica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY (ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA), FERNANDA SAMMYA ARAÚJO BORGES (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC), OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR (ITPAC), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC), JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES (ITPAC), JESSIKA RODRIGUES TAUHATA (ITPAC), ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A trombose mesentérica superior corresponde a quase 15% dos casos de isquemia mesentérica não colônica primária. O quadro clínico é composto por dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia e constipação de ocorrência variável. Desproporção entre dor e achados físicos é o perfil da oclusão vascular mesentérica. RELATO DE CASO: Feminino, 76 anos, hipertensa, chega ao Hospital Regional de Araguaína (HRA) por queixa de dor em abdome superior em barra há 4 dias, associada a náuseas, vômitos, diarreia, mal estar geral e disúria. À admissão apresentava-se descorada ++/4+, icterica ++/4+, hidratada, abdome flácido, doloroso à palpação profunda do epigástrico, ruídos hidroaéreos presentes (RHA), sem sinais de peritonite. As radiografias de tórax PA e de abdome evidenciaram distensão de alças de delgado e do transverso, amputação do cólon na flexura esplênica e vários níveis hidroaéreos centrais e no ceco, alças de delgado distendidas e preenchidas por gases e líquido. Evoluiu com piora do estado geral, persistência da dor abdominal associada a vômitos de aspecto escuro e odor fecalóide, gemência e parada de eliminação de fezes e flatos há 3 dias. Ao exame mostrava sinais de irritação peritoneal. Foi submetida a laparotomia exploradora (LE), onde foi encontrada necrose de alças intestinais (delgado) a partir de 45 cm do ângulo de Treitz até o ceco. Realizou-se colectomia parcial direita e enterectomia com iliostomia terminal (jejunostomia) de alça remanescente. Permaneceu na U.T.I., onde iniciou antibioticoterapia com cefotaxima e metronidazol. Laudo histopatológico indicou infarto isquêmico mesentérico segmentar, consistente com trombose mesentérica; bordas cirúrgicas viáveis e hiperplasia folicular linfóide reacional (0/1). Evoluiu bem até o 6º dia pós-operatório (DPO), quando iniciou quadro de dor abdominal difusa. No 9º DPO apresentou vômitos em aspecto de "borra-de-café?". Paciente permaneceu instável, com hematêmese de grande monta, dor abdominal e FO com secreção pio-hemática. No 26º DPO evoluiu com confusão mental e piora da dispnéia. Sinais vitais: 124 bpm, 30 irpm, SatO2 77%. No mesmo dia J.M.S. evoluiu ao óbito, em consequência da síndrome do intestino curto. CONCLUSÃO: A trombose arterial mesentérica é uma patologia incidente no HRA, de difícil diagnóstico, e prognóstico sombrio na maior parte dos casos. É substancial o conhecimento dessa patologia para aumentar a sobrevivência desses pacientes, através do diagnóstico e tratamento precoces.

PALAVRAS-CHAVES: Infarto Isquêmico | Trombose | Peritonite

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 894

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento Endovascular Da Síndrome da Obstrução Membranosa de Veia Cava Inferior: Um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL LUNARDI ARANHA (FCMS/JF), NATHALIA PEREIRA VIZENTIN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), BRENO BIANCO GOMES DE ALMEIDA (FCMS/JF), LETICIA BIANCO GOMES DE ALMEIDA (FCMS/JF), MATHEUS CASTELO PRUDENTE (FCMS/JF), LAURA DORNELAS CORRÊA (FCMS/JF), ALEXANDRE DE TARSO MACHADO (FCMS/JF)

RESUMO: Introdução A obstrução da veia cava inferior (VCI) é infrequente, sendo a obstrução membranosa da VCI (OMVCI) uma de suas causas. A OMVCI é classificada em IA, IB, II e III, onde a IA tem melhor prognóstico e a III pior, levando em consideração o grau de obstrução da veia hepática, cava retro hepática e cava inferior (Poddar P et al., 2014). A síndrome clínica característica da OMVCI consiste em sinais e sintomas de hipertensão venosa, como edema e hipertensão portal, como hepatoesplenomegalia e desconforto abdominal (Shrestha SM et al., 2015). O tratamento da obstrução da VCI inclui ação cirúrgica ou endovascular com balão e implante de stent sendo hoje a primeira opção no tratamento apresentando taxas de sucesso técnico de 91% a 100% e taxas de perviedade secundária bastante elevadas (Zhang et al., 2015). Relato de caso Home, 36 anos, que nos últimos 15 anos vem evoluindo com piora progressiva d função hepática, hipertensão portal e hipertensão venosa em membros inferiores. Laboratorialmente apresentava bilirrubina total de 4,3 g/dl, albumina de 4,3 g/dl, TAP de 18,6 segundos e ultra som (US) de abdome com ascite moderada, sinais de hipertensão portal e, à análise dopplerfluxométrica (US doppler), com sinais sugestivos de obstrução membranosa da veia cava retro-hepática. Na investigação para trombofilia observou-se que apresentava deficiência do fator V de Leiden e de proteína C. O paciente foi submetido a cavografia, via femoral, onde foi constatado a presença de membrana tipo Ia e gradiente pressórico de 13.7 mm Hg. A lesão foi tratada por recanalização utilizando-se cateter e fio guia hidrofílico seguido de dilatação da lesão com cateter balão de angioplastia de 25x40 mm. No controle angiográfico observa-se resultado satisfatório da dilatação com redução do gradiente para 1,5 mmHg. Foi iniciado anticoagulação sistêmica com heparina de baixo peso molecular e mantido o seguimento sob anticoagulação oral plena (marevan). O paciente evoluiu com desaparecimento dos sintomas e normalização da hiperbilirrubinemia. O controle por meio de US doppler demonstrou perviedade da VCI após um seguimento de 3 meses. Conclusão A OMVCI é uma afecção rara, muitas vezes assintomática. O tratamento está indicado nos pacientes sintomáticos e deve ser priorizado a via endovascular. A angioplastia com balão é na maioria das vezes o suficiente para realizar o tratamento com sucesso. O stent fica restritos para os casos de insucesso do balão e recidiva precoce.

PALAVRAS-CHAVES: obstrução membranosa de veia cava inferior | cirurgia endovascular | Síndrome de Budd chiari

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 925

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE ARTÉRIA HEPÁTICA PRÓPRIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), DIEGO COIMBRA ALENCAR (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), HELDER DE MELO SÉRVIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), GERMANO DE SOUSA LEÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), WAGNER MAGALHÃES SILVA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ), MARIANA PAIVA SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O aneurisma de artéria hepática tem uma incidência de 0,002% e pico entre 50 e 60 anos de idade. Ela pode se originar de traumas, cirurgias até doenças vasculares podendo aumentar as chances de aparecimento com a manipulação de vias biliares por meio de técnicas percutâneas ou endoscópicas. Uma possível complicação é a rotura e ocorre em torno de 44% dos casos. RELATO DE CASO: Mulher 52 anos, procura hospital com quadro de dor abdominal intensa, súbita e difusa, além de dispneia, náuseas, palidez cutaneomucosa e febre há 2 dias. Ao exame físico apresentava-se astênica, desorientada, ausculta pulmonar com ausência de ruídos adventícios, distensão abdominal e dor à palpação superficial e profunda. Os exames laboratoriais apresentavam leucocitose e anemia severa. Após isso, foi transferida para serviço de referência a qual realizou ultrassografia abdominal que evidenciou formações hipoeoicas tendo uma centro anecoico em topografia de hilo hepático. A tomografia computadorizada com contraste, realizada logo em seguida, revelou grande quantidade de líquido livre intrabdominal com formação aneurismática da artéria hepática e provável ruptura com tamponamento. Logo depois foi feita transfusão sanguínea e transferida para o centro cirúrgico para realização de uma embolização de artéria hepática aneurismática e em seguida laparotomia para extração dos coágulos livres em cavidade abdominal. Durante a cirurgia houve realização de arteriografia evidenciando acometimento da artéria hepática própria. No 1º dia de pós operatório foi realizada arteriografia cuja não evidenciou sangramento ativo. No 10º dia a paciente manteve-se estável recebendo alta hospitalar com aconselhamento a respeito de seguimento ambulatorial. CONCLUSÃO: A técnica endovascular no tratamento de aneurismas rotos de artéria hepática própria tem efeitos benéficos por apresentar uma rápida recuperação e sem intercorrências durante e após a cirurgia. BIBLIOGRAFIA: BERNAL, A. D. P. A. et al. Aneurisma de artéria hepática direita. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 401-403, out. 2016. Disponível em . Acessos em: 24 jan. 2017. HEMMATi, H. et al. Endovascular Treatment of a Huge Hepatic Artery Aneurysm by Coil Embolization Method: A Case Report. Iranian Journal of Radiology, 12(3), e5200. Disponível em: <http://doi.org/10.5812/iranjradiol.5200>. Acesso em: 29 Jan. 2016.

PALAVRAS-CHAVES: PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES|ARTÉRIA HEPÁTICA|CIRURGIA

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 983

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA COMPLEXO DE ANTE-BRAÇO: FERIMENTO INCISO DE PUNHO COM LESÃO DE ARTÉRIA RADIAL E ULNAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR LUIZ ARGANI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), MIRELLA REGINA CIMINO SCAFF (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), RAFAEL FURST (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC)

RESUMO: INTRODUÇÃO Cerca de 1 a 3% dos traumas se incluem na área vascular, e 20% dos traumas arteriais ocorrem na mão e antebraço. Esses traumas são causados, principalmente, por instrumentos perfurantes, ocorrendo mais no sexo masculino, entre 20 e 40 anos, e estão relacionados ao trabalho. Muitos estudos demonstram a importância desses acidentes de trabalho envolvendo as mãos em comparação com outras regiões do corpo, devido a sua gravidade, alta incidência e comprometimento da qualidade de vida. Observa-se que acidentes de trabalho com lesão vascular de artéria radial e ulnar concomitantes são raros, correspondendo a apenas 4% das lesões vasculares de membros superiores. O diagnóstico e tratamento, porém, devem ser feitos rapidamente para preservação do membro e menor índice de complicações. RELATO DE CASO Paciente do sexo feminino, 28 anos, auxiliar de limpeza, apresentou uma queda sobre uma vidraça, durante o desempenho de suas atividades profissionais. Deu entrada no pronto-socorro e constatou-se lesão isolada em extremidade. Paciente com ferimento inciso extenso em face anterior de antebraço, com sangramento ativo, foi submetida imediatamente a tratamento cirúrgico. Apresentava lesão concomitante de artéria radial e ulnar. Assim, realizou-se revascularização com anastomose término-terminal de artéria ulnar e, como apresentava arco palmar competente, optou-se por ligadura de artéria radial. Paciente apresentava também lesão de tendões flexores que foi corrigida em segundo tempo. Atualmente está em acompanhamento ambulatorial há 4 meses e evoluiu com salvamento da mão e sequelas motoras mínimas. Mantém-se em tratamento fisioterápico. CONCLUSÃO A nutrição da mão e antebraço se faz principalmente pela artéria radial e ulnar, mas conta com rica rede de circulação colateral, diminuindo efeitos adversos em lesões arteriais isoladas. Contudo, o risco de isquemia e perda do membro é grande em lesão de ambas as artérias, devendo ser realizada revascularização imediata. Passando o período de 12h, a amputação do membro deve ser considerada devido a necrose. Dentre as técnicas de revascularização primária, pode-se citar aproximação por anastomose término-terminal, ligadura arterial ou sutura primária, dependendo do caso. No paciente apresentado, optou-se por anastomose término-terminal de artéria ulnar e ligadura de artéria radial, obtendo-se bons resultados. Ressalta-se que a abordagem multidisciplinar permitiu obtenção de melhores resultados estéticos e funcionais.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma de antebraço | Lesões do sistema vascular | Ferimentos e lesões

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1034

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PÉ DIABÉTICO - DESCRIÇÃO DE CASO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉ E GUINLE (UNIRIO)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDREA NEVES SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ANTONIO LUIZ DE ARAUJO (UNIRIO), WILSON ABREU MIRANDA (UNIRIO), BRENDA KAORI ISHIY OZIMA (UNIRIO), RAFAELA BROGLIO VASQUES (UNIRIO), TIAGO SARMET ESTEVES TEIXEIRA (UNIRIO)

RESUMO: INTRODUÇÃO hiperglicemia prolongada é o elo comum que une os três pilares responsáveis pela formação da úlcera no pé dos diabéticos: neuropatia, isquemia e infecção. 85% dos casos graves que necessitam de hospitalização são causados por úlceras superficiais ou lesões pré-ulcerativas, as quais apresentam diminuição da sensibilidade devido à neuropatia diabética que impede o doente de se defender das agressões intrínsecas ou extrínsecas. A úlcera do pé diabético tende a evoluir para a cronicidade podendo chegar ao estágio de gangrena. Se a gangrena se apresenta como seca, sem dor à palpação e sem sinais inflamatórios plantares deve-se iniciar tratamento antibiótico, diferindo a desarticulação. Se pelo contrário a gangrena for úmida, com ou sem sinais inflamatórios plantares deve iniciar-se antibioticoterapia de amplo espectro e efetuar amputação digital/drenagem do respectivo compartimento. Temos como objetivo relatar um caso de pé diabético infectado que vem apresentando complicações há 10 anos e seu manejo. RELATO DE CASO J.J.S., 72 anos, masculino, hipertenso, diabético há 20 anos, com episódio de abscesso em pé direito em 2008 que foi drenado e tratado com antibiótico ambulatorialmente. Em 2013 apresentou gangrena infectada em 3º e 5º pododáctilos do pé esquerdo associado a coleção purulenta em hálux do pé esquerdo, foi submetido à amputação transmetatarsiana em membro inferior esquerdo e evoluiu sem intercorrências voltando a ser acompanhado ambulatorialmente. Em 2015 apresentou nova gangrena infectada em 2º pododáctilo do pé direito, foi submetido à amputação que evoluiu sem intercorrências. Em 2017 apresentou novamente episódio de abscesso em pé direito que foi drenado e tratado com antibiótico ambulatorialmente evoluindo conforme o esperado, foi colhida secreção que foi enviada para cultura que evidenciou crescimento de *Morganella morganii* sensível ao esquema antibiótico proposto. Paciente continua sendo acompanhado pelo Serviço de Cirurgia Vascular. CONCLUSÃO infecção do pé diabético é uma complicação de difícil manejo e que costuma necessitar de várias intervenções. Assim, mostra-se a importância da prevenção das complicações e da conscientização do paciente acerca da importância dos cuidados relativos ao pé.

PALAVRAS-CHAVES: Pé Diabético | Abscesso | Gangrena infectada

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1074

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EMBOLIA ARTERIAL AGUDA BILATERAL EM ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VÍCTOR SOUSA SILVA (ITPAC), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC/FAHESA), BRUNO CARVALHO TRETIN (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC/FAHESA), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC/FAHESA), FERNANDA VIANA RODRIGUES (ITPAC/FAHESA), YURI GUILHEM RACHID JAUDY (ITPAC/FAHESA)

RESUMO: Introdução: A oclusão arterial aguda dos membros inferiores é definida como uma deficiência súbita de perfusão sanguínea tecidual, levando à perda da capacidade funcional desses membro. O local mais comum é na bifurcação das artérias femorais, sendo que a maioria dos pacientes afetados são portadores de comorbidades que podem levar a complicações graves, locais ou sistêmica. Relato de Caso: Paciente, 73 anos, sexo feminino, cardiopata em uso de atenolol, com hipertireoidismo, submetida a troca de valva mitral por biológica há 7 meses e em uso de Varfarina, suspensa sob orientação do cardiologista há 07 dias. Dá entrada no pronto socorro com queixa de dor súbita nos pés, bilateralmente há aproximadamente 12 horas, intensa, sem melhora com analgésicos. Ao exame físico, paciente pálida, com sudorese fria, fácies de dor, retardo do enchimento capilar e ausência de pulsos distais bilaterais em membros inferiores. Solicitado Ultrassonografia Doppler arterial de artérias femorais, poplíteas e tibiais, que evidenciou sinais de oclusão de artéria femoral superficial bilateral, sem evidência de ateromatose em seu trajeto. Dessa forma, o procedimento foi realizado com anestesia local pelo alto risco cirúrgico da paciente e sob o regime de urgência pela evidencia de sofrimento neurológico de um dos membros, iniciado com incisão na região inguinal, longitudinal, bilateral, dissecação e isolamento de artéria femoral comum e dos segmentos superficial e profundo com fita cardíaca. Após heparinização sistêmica e campeamento distal e proximal, foi realizada a arteriotomia e passado cateter Fogarty nº 3 nas artérias isoladas com abundante saída de trombo, proveniente também da artéria femoral profunda apresentando posteriormente bom refluxo arterial; o mesmo procedimento foi realizado no lado contralateral com saída de trombo apenas em artéria femoral superficial com bom refluxo arterial também. Realizado rafia com prolene 6-0 cardiovascular e fechamento por planos. A paciente seguiu com anticoagulação plena e posterior investigação da fonte do êmbolo. Conclusão: A tromboembolectomia ainda é o tratamento de escolha para essa desordem, contudo ainda não representa um método totalmente inócuo, devido a sua mortalidade significativa e que, com a associação de heparinização sistêmica e estabilização clínica, produz um impacto direto nesse índice.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA VASCULAR | EMBOLIA ARTERIAL | EMBOLECTOMIA

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1109

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Compressão da Veia Ilíaca- Série de casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA FLÁVIA SARACENI (HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS), VINÍCIUS BERTOLDI (HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS), WALTER CAMPOS JUNIOR (HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS), RODRIGO DE AZEVEDO (HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS), RAPHAEL CAMERINI MACIEL (HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS), LEONARDO HENRIQUE DOS SANTOS (HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS)

RESUMO: Objetivo: A Síndrome de Compressão da Veia Ilíaca é uma situação clínica na qual a artéria ilíaca comum direita comprime extrinsecamente a veia ilíaca comum esquerda. O objetivo do estudo é relatar uma série de casos de pacientes com Síndrome de Compressão da Veia Ilíaca atendidos pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Complexo Hospitalar Professor Edmundo Vasconcelos (CHPEV) no período de 2010 a 2016, abordando as opções terapêuticas individualizadas para cada caso e demonstrar os aspectos relacionados ao diagnóstico e a conduta nos pacientes portadores desta síndrome. Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo e analítico de pacientes atendidos nos ambulatórios do Serviço de Cirurgia Vascular do CHPEV, em São Paulo, SP. Resultados: Foram analisados 16 pacientes, sendo 16 (100%) do sexo feminino. A idade do início dos sintomas variou de 18 anos a 44 anos, com média de 28,12 anos. Os sinais e sintomas referidos pelas pacientes na primeira consulta foram varizes pélvicas (n = 4), trombose venosa profunda (n = 1), dor (n = 5) e edema (n = 12). Quatorze pacientes evoluíram com TVP desde o início dos sintomas até a última avaliação. Quinze (93,75%) dos pacientes foram submetidos a cirurgia. Uma paciente recebeu tratamento clínico medicamentoso durante todo o período avaliado. Doze (75%) das pacientes foram submetidas a uma cirurgia endovascular. Houve a necessidade de novas intervenções cirúrgicas em três casos. Conclusão: O tratamento endovascular (angioplastia com colocação de stent autoexpansível) é seguro e efetivo, podendo substituir a reconstrução cirúrgica aberta e/ou a anticoagulação isolada. É necessário uma investigação completa na suspeita de síndrome de Cockett, já que o diagnóstico precoce é essencial para evitar complicações. Bibliografia: 1. Cavalcante LP, Souza JES, et al. Síndrome de compressão da veia ilíaca: revisão de literatura. J Vasc Bras. 2015 Jan.-Mar.; 14(1):78-83. 2. Mousa AY, et al. May-Thurner Syndrome: update e review. Annals of vascular surgery. Vol. 27, nº7, October 2013. 3. Melo CCS, Barros MVL, Tratamento Endovascular na Síndrome de May-Thurner: Relato de Caso e Revisão da Literatura. Rev bras ecocardiogr imagem cardiovasc. 2012;25(2):122-125. 4. Bozkaya H, Cinar C. Endovascular Treatment of Iliac Vein Compression (May-Thurner) Syndrome: Angioplasty and Stenting with or without Manual Aspiration Thrombectomy and Catheter-Directed Thrombolysis. Ann Vasc Dis Vol. 8, No. 1; 2015; pp 21?28.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Compressão da Veia Ilíaca | Síndrome de Cockett | Síndrome de May-Thurner

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1133

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA UTERINA ASSOCIADO A FÍSTULA ARTERIOVENOSA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON FELTRIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL), MATEUS PICADA CORRÊA (INVASC), JABER NASHAT SALEH (INVASC), JULIO CESAR DE MELLO BAJERSKI (INVASC), RAFAEL STEVAN NOEL (INVASC), GUILHERME SOLDATELLI TEIXEIRA KURTZ (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO), LARISSA BIANCHINI (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO), FLÁVIA CRISTINA MARAFON (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO), FRANCINE CAMBOIM RUZZARIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Pseudoaneurisma de Artéria Uterina (PAAU) é uma complicação rara de procedimentos ginecológicos. O tratamento endovascular com embolização é considerado o tratamento de escolha nesses casos. RELATO: Paciente feminina, 51 anos, história prévia de pan-histerectomia, com queixa de dor lombar há 4 meses e tomografia computadorizada prévia mostrando um PAAU. Foi indicada arteriografia, que confirmou o diagnóstico de fístula arteriovenosa (FAV) associada ao PAAU. Foi realizada embolização da fístula com Histoacryl® e Lipiodol na solução 1ml:4ml e embolização do pseudoaneurisma com 3 microcoils Nester® - Cook® 15x14mm, obtendo bom controle angiográfico final com exclusão completa do aneurisma. A paciente evoluiu sem complicações. Realizou angiotomografia computadorizada de controle no pós-operatório confirmando completa exclusão do aneurisma. A paciente permanece em acompanhamento ambulatorial sem queixas. CONCLUSÃO: O PAAU é uma entidade rara, causa de hemorragia potencialmente fatal que pode passar despercebida no pós-operatório de cirurgias ginecológicas. A frequência que PAAUs se desenvolvem após procedimentos ginecológicos não é bem conhecida. Na maioria dos casos podem ser detectados com o ultrassom, devendo o exame ser complementado com a angiotomografia computadorizada quando necessário. A angiografia, no entanto, ainda é o exame padrão para o diagnóstico e a primeira escolha em situações emergenciais devido a possibilidade de oferecer prontamente a intervenção terapêutica. Atualmente, a embolização endovascular é o tratamento de escolha com uma taxa de sucesso que chega próxima a 100%, com baixa morbidade e mortalidade. No presente caso utilizamos a técnica de "super-selective coil embolisation with sac packing and parent artery preservation" e obtivemos bons resultados. No tratamento por embolização da Fístula Artério-Venosa (FAV) foi empregado n-butil-2-cianoacrilato (nBCA) também obtendo bons resultados. Associação de PAAU com fístulas arteriovenosas é bastante incomum, mas sugere o diagnóstico de lesão pelo procedimento prévio. Após sua detecção, o tratamento não deve ser adiado sendo a embolização endovascular o tratamento mais recomendado. No caso da nossa paciente, o diâmetro de 18mm possibilitou o tratamento efetivo com liberação de poucas microcoils no saco aneurismático, com bom resultado final.

PALAVRAS-CHAVES: PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA UTERINA|EMBOLOGIAÇÃO ENDOVASCULAR|ARTERIOGRAFIA

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1136

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ENDOLEAK TIPO 1B EM REPARO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON FELTRIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL), MATEUS PICADA CORRÊA (INVASC), JABER NASHAT SALEH (INVASC), JULIO CESAR DE MELLO BAJERSKI (INVASC), RAFAEL STEVAN NOEL (INVASC), GUILHERME SOLDATELLI TEIXEIRA KURTZ (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO), LARISSA BIANCHINI (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO), FLÁVIA CRISTINA MARAFON (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os endoleaks tipo 1 permanecem complicações relevantes do método endovascular no reparo de aneurismas da aorta abdominal (EVAR).¹ Eles podem resultar na ruptura do aneurisma devido ao fluxo remanescente no saco aneurismático, devendo, portanto, ser tratados precocemente se identificados.^{2,3} Relatamos um caso de um complexo endoleak tipo 1b após correção de AAA. RELATO: Paciente masculino, 68 anos, submetido à correção endovascular de aneurisma da aorta infrarreal em 2013, com colocação de endoprótese bifurcada Gore 23X12X18cm, correção de aneurisma ilíaca direita com endoprótese Gore 14,5X12cm e embolização das artérias hipogástrica esquerda e direita com coils 15X14mm, 10X14mm e 15x14mm, não retornando para acompanhamento. Encaminhado da cidade de origem referindo dor abdominal inespecífica e angiotomografia demonstrando aumento dos diâmetros no aneurisma e complexo endoleak tipo 1b de ramo esquerdo, com dilatação de ilíaca comum e origem de hipogástrica esquerda e aneurisma aortoilíaco em expansão aguda. Submetido à correção imediata através do implante de endoprótese Endurant 16X13X120cm na artéria ilíaca esquerda e embolização dos aneurismas das artérias hipogástrica direita e esquerda com 4 molas azur 15X14, uma mola azur 10X14, histoacryl e gelfoam, com bom controle angiográfico final. CONCLUSÃO: Comumente, os endoleaks tipo 1 precoces resolvem-se espontaneamente em até 60% dos casos no primeiro mês pós-operatório.^{4,5} Em contraponto, se os endoleaks não foram observados na angiografia de controle inicial, mas em exames de imagem posteriores, torna-se mais provável a evolução da dilatação aneurismática e a necessidade de reintervenção.^{6,7} Quando o achado é tardio, deve-se avaliar a possibilidade da migração da endoprótese, que, raramente, pode ser causada pela dilatação do colo aneurismático. O manejo pode ser realizado através do procedimento endovascular, com a embolização das artérias hipogástricas com coils e colocação de endoprótese distal, como no caso relatado.⁸ Dessa forma, o tratamento imediato é mandatário, afinal, mesmo que o endoleak resolva-se de modo espontâneo, o risco de ruptura será maior se ele reaparecer.² Deve-se sempre atentar para a possibilidade de endoleaks após correção de aneurisma da aorta abdominal. O acompanhamento com exames de imagem dos pacientes submetidos a EVAR facilita o diagnóstico de endoleaks assintomáticos e evita eventos catastróficos associados a sua ruptura.

PALAVRAS-CHAVES: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL | ENDOLEAKS | COMPLICAÇÃO ENDOVASCULAR

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1186

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento de Fístula Aorto-esofágica por Corpo Estranho com Implante de Endoprótese Aórtica Torácica.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SÂMELA COMÉRIO (UNESC), ARTHUR OLIVEIRA AGUILAR (UNESC), POLYANA FERNANDES FLORES PEREIRA (UNESC), GABRIELA DALFIOR FERREIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSE), RAFAEL ANGELO FERREIRA DA FONSECA (UNESC), LAILA GIACOMINI COUTO (UNESC), HENRIQUE FERNANDES NOÉ (UNESC), JOÃO PAULO FERNANDES ALMEIDA (UNESC)

RESUMO: Introdução: a fístula aorto-esofágica é uma entidade rara, apresentando como principal sintoma a hemorragia digestiva alta. É dividida em primária, sendo a causa mais comum o aneurisma torácico, que corresponde a 75% dos casos; e secundária, na qual se encontram outras causas como ingestão de corpo estranho, neoplasia de esôfago e cirurgias prévias aórticas ou esofágicas. Objetivo: relatar o caso de um paciente que apresentou fístula aorto-esofágica por ingestão de corpo estranho. Relato do caso : W.J.M, masculino, 40 anos, ingeriu corpo estranho (espinha de peixe) durante refeição e, cerca de 40 dias depois, apresentou hematêmese de grande monta. Procurou o pronto-atendimento, sendo submetido à endoscopia digestiva alta, a qual demonstrou abaulamento pulsátil em terço médio do esôfago, com presença de coágulo aderido, sugestivo de fístula aorto-esofágica. Realizada angiotomografia de tórax, que confirmou o diagnóstico. Paciente foi transferido para o serviço de cirurgia vascular, para implante de endoprótese e oclusão de artéria subclávia esquerda, com correção da fístula. Foi mantido em dieta enteral exclusiva e antibioticoterapia de amplo espectro por 21 dias, sendo optado pelo não tratamento endoscópico do orifício esofágico devido ao risco de formação de abscesso local. Realizada nova endoscopia 24 dias após alta hospitalar, sem evidências de orifício fistuloso. Conclusão: ainda há pouco consenso sobre o tratamento da fístula aorto-esofágica, mas sabe-se que o tratamento cirúrgico é o único considerado definitivo. Entretanto, revisões na literatura demonstram que a endoprótese reduz os riscos de ressangramento e complicações, sendo algumas vezes adotada como ponte até uma cirurgia definitiva.

PALAVRAS-CHAVES: Fístula aorto-esofágica | endoprótese | hemorragia digestiva alta

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1189

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Dados epidemiológicos sobre o tratamento de trombose venosa profunda no Sistema Único de Saúde em Londrina no período de agosto de 2015 a agosto de 2016

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ JOSÉ YABAR ALFARO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), SILVIA IRLA ALFARO YABAR (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA), VICTÓRIA GURGEL DE CARVALHO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), LÍCIA INAZAWA DA SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ)

RESUMO: Introdução: A trombose venosa profunda (TVP) é a oclusão ou obstrução parcial causada por trombo nas veias profundas que ocorre principalmente nos membros inferiores. De maneira geral, há 60 casos de TVP para cada 100.000 habitantes ao ano. Intra-hospitalar, constitui a principal causa de óbitos e também a mais evitável. A principal complicação que contribui com o número de mortalidades é a embolia pulmonar (EP), além disso insuficiência venosa crônica e síndrome pós-trombótica constituem suas principais complicações. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal. Materiais: Os dados referentes a coleta de dados foram obtidos a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Resultados: Autorização de Internação Hospitalar: 191, sendo 3 em caráter eletivo e 188 em urgência. Média da permanência: 7,4 dias. Houve 7 casos de óbitos, possuindo uma taxa de mortalidade de 3,66. Com o tratamento da TVP o total de valor gasto foi de 107.087,68 reais, valor médio por AIH: 560,67 reais. Discussão: De maneira geral, há 60 casos de TVP para cada 100.000 habitantes ao ano. No entanto, a trombose venosa profunda pode apresentar-se muitas vezes assintomática, fazendo ser necessário o uso de exames complementares laboratoriais e de imagem para seu diagnóstico. Além disso, o score de Wells contribui para prever casos. Seu tratamento varia de acordo com o quadro apresentado, sendo farmacológico ou não. Pode-se observar que o caráter de tratamento de média complexidade das TVP foi majoritariamente em urgência (98,43%). Seu tratamento é de suma importância, uma vez que os pacientes não tratados podem evoluir para embolia pulmonar. No período concomitante da análise do tratamento de TVP em Londrina houve 49 casos de Embolia Pulmonar no município com uma taxa de mortalidade de 12,24. Conclusão: Os dados epidemiológicos do tratamento permitem avaliar a magnitude da TVP e correlacioná-los com a EP, além disso, pode-se notar o seu impacto nos custos na saúde pública permitindo planejar recursos futuros e estimulando sua profilaxia e diagnóstico precoce. Referências: 1. Veiga AGM, Passeri CR, Papini SJ. Tromboembolismo venoso. Rev. Bras. Med. 2014;(1):1?6. 2. Bates SM, Jaeschke R, Stevens SM, et al. Diagnosis of DVT: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians EvidenceBased Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e351S?418S.

PALAVRAS-CHAVES: Trombose Venosa Profunda | Sistema Único de Saúde | Epidemiologia

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1193

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PSEUDOANEURISMA GIGANTE DE ARTÉRIA ESPLÊNICA ASSOCIADO A PANCREATITE CRÔNICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA (IJF), VITOR TEIXEIRA HOLANDA (IJF), FERNANDO KENNEDY PEREIRA CHAVES (IJF), PLÍNIO HENRIQUE FERNANDES LEANDRO (IJF), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (IJF), HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO (IJF), GOTARDO DUARTE DUMARESQ (IJF)

RESUMO: Introdução: O pseudoaneurisma de artéria esplênica é uma complicação vascular rara, e potencialmente grave, associada à pancreatite crônica. A ruptura dessas malformações pode ocorrer para o interior de uma víscera oca ou para a cavidade abdominal. A incidência é baixa, indo até 10% em algumas séries. Relatamos o caso de um paciente com essa patologia e revisamos a literatura. Relato do caso: Homem, 33 anos, deu entrada no departamento de emergência do Instituto Dr. José Frota (IJF) com quadro de dor abdominal intensa de início abrupto. Ao exame físico, se apresentava com estado geral regular, hipocorado, ansioso, taquicárdico. Palpação abdominal flagrou massa abdominal palpável, pulsátil e dolorosa em região epigástrica. Paciente era alcoolista pesado e portador de pancreatite crônica, sem acompanhamento adequado da patologia. Realizado ultrassom de abdome que mostrou formação aneurismática em topografia de epigástrio com trombo parietal. Tomografia computadorizada de abdome com contraste mostrou calcificações pancreáticas e imagem espontaneamente hiperdensa, heterogênea, com efeito de massa, medindo 10,5x8,5 cm, com área de captação de contraste medindo 4,0x3,0 cm em região epigástrica, em íntima relação com corpo pancreático, sugerindo pseudoaneurisma de artéria esplênica com trombo parietal. Durante observação clínica, paciente apresentou piora do quadro algico, sendo indicada abordagem cirúrgica. Durante procedimento, foi confirmada a presença de lesão aneurismática de artéria esplênica, sendo realizada a abertura do pseudoaneurisma com retirada do trombo e rafia de lesão puntiforme sangrante de artéria esplênica. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. No seguimento ambulatorial, apresentava-se assintomático e com ferida operatória com boa cicatrização. Conclusão: A artéria esplênica é o vaso mais comumente relacionado a esse tipo de lesão; a seguir temos os vasos gastroduodenais, pancreaticoduodenais, gástricos e hepáticos. A patogênese desses aneurismas é mal compreendida. Acredita-se que essas lesões possam ocorrer devido à incorporação da artéria dentro da parede de um pseudocisto pancreático prévio e à abrasão da parede arterial, que se rompe no pseudocisto convertendo-o em pseudoaneurisma.

PALAVRAS-CHAVES: PSEUDOANEURISMA | PANCREATITE CRÔNICA | ABDOME AGUDO

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1197

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CORRELAÇÃO ENTRE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR E ALTERAÇÕES HISTOLÓGICAS EM ARTÉRIA COM STENT: ANÁLISE MICROSCÓPICA- PROTOCOLO DE ESTUDO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KASSEM SAMIR SALEH (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), WALKIRIA HUEB BERNARDI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), VALTER CASTELLI JUNIOR (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: Analisar as alterações histológicas de artéria do membro inferior com stent, cujo desfecho foi amputação e determinar o quanto isso esteve relacionado às complicações do stent. Método: estudo prospectivo de 20 casos, cujas etapas são: -Extração da artéria com stent no centro cirúrgico-Corte específico da artéria com stent via convênio com o HCor-Análise microscópica pelo Departamento de Patologia da Santa Casa de São Paulo-Comparação entre complicações do stent x stent pérvio, avaliando-se o tempo decorrido entre a implantação do stent e a complicação gerada Protocolo de estudo: -IDENTIFICAÇÃO: nome, sexo, idade, procedência-ANTECEDENTES PESSOAIS GERAIS: Doença carotídea, Hipertensão arterial sistêmica, Diabètes Mellitus, Dislipidemia, Tabagismo, Obesidade, Sedentarismo e Doença cardíaca prévia-ANTECEDENTES PESSOAIS VASCULARES: Tratamento clínico(AAS/estatina); Tratamento cirúrgico: ponte autólogo/heterólogo;stents; número de tratamentos cirúrgicos prévios, artéria doadora / receptora, data da cirurgia-DESFECHO AMPUTAÇÃO: Causa da amputação; Associação à infecção; Trombose do stent Conclusão: Avaliar se há correlação entre amputação transfemoral e angioplastia prévia, permitindo que haja uma intervenção cirúrgica antes de ocorrer restenose intra-stent. Essa análise de artéria de membro inferior mostrará se os estudos em artérias coronárias até então descritos na literatura médica podem ainda ser aplicados comparativamente nas artérias de membros inferiores. Se houver diferença de reação endotelial ao stent temporalmente em artérias de membro inferior, um novo protocolo de estudo da Cirurgia Vascular poderá ser criado. Bibliografia: Matruda CM, Bona Casas C, Keller BK, Tahir H, Dubini G, Hoekstra A, Hose DR, Lawford P, Migliavacca F, Narracott AJ, Gunn J. From histology and imaging data to models for in-stent restenosis. *Int J Artif Organs*. 2014 Oct;37(10):786-800. Banerjee S, Sarode K, Mohammad A, Gigliotti O, Baig MS, Tsai S, Shammam NW, Prasad A, Abu-Fadel M, Klein A, Armstrong EJ, Jeon-Slaughter H, Brilakis ES, Bhatt DL. Femoropopliteal Artery Stent Thrombosis: Report From the Excellence in Peripheral Artery Disease Registry. *Circ Cardiovasc Interv*. 2016;9(2) Sanchez OD, Yahagi K, Byrne RA, Mori H, Zarpak R, Wittchow E, Foin N, Virmani R, Joner M. Pathological aspects of bioresorbable stent implantation. *EuroIntervention*. 2015;11(5):159-65.

PALAVRAS-CHAVES: angioplastia | stent em artéria femoral | amputação

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1209

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CIRURGIA DE VARIZES: TÉCNICA CONVENCIONAL VERSUS ABLAÇÃO COM ENDOLASER

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BETINA FRANCIOSI (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BETINA NEUTZLING (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CHRISTIAN FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), GIOVANNA SORGATO TESSMANN (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), RENATA ROCCA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), TIAGO BLAYA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES)

RESUMO: Introdução: Varizes são as veias, que, tornaram-se dilatadas, alongadas e tortuosas, apresentando perda de função valvar e alterações da parede associadas à hipertensão venosa. É a sétima patologia crônica mais frequente na espécie humana, com grande demanda para os serviços de saúde. Objetivos: Comparar entre as técnicas convencional e de ablação com endolaser, o perfil dos pacientes submetidos a cada técnica cirúrgica, bem como as principais complicações ocorridas no pós-operatório imediato, tempo cirúrgico e tempo de internação. Métodos: Estudo quantitativo transversal retrospectivo, no qual foram revisados prontuários eletrônicos de pacientes submetidos a cirurgia de varizes no período de 01/09/2015 a 30/09/2016 no Hospital Ernesto Dornelles. Resultados: Foram 126 cirurgias de varizes no período, das quais, 41 foram termoablação a LASER, 47 foram pela técnica convencional com safenectomia e 38 cirurgias foram retiradas das veias tributárias, sem safenectomia, sendo excluídas do estudo. Em ambos os grupos, a maioria é do sexo feminino (78% na cirurgia convencional e 68% na cirurgia a LASER). A média de idade dos pacientes submetidos a termoablação foi maior (65,5 anos contra 55,5 anos da cirurgia convencional) com p Discussão: O tratamento padrão-ouro de varizes com safena magna insuficiente permanece sendo a cirurgia convencional, com dissecação e a fleboextração da veia, pois é a técnica que apresenta a menor taxa de complicações e é amplamente difundida. Novas tecnologias estão surgindo como alternativas ao tratamento convencional, trazendo benefícios como menor tempo de internação, menos dor pós-operatória. Entretanto, cabe lembrar que o índice de complicações ainda é relevante e ainda são necessários ajustes à técnica para diminuir os riscos. Porém, advoga-se que a técnica a LASER será superior à técnica convencional. Conclusão: Concluiu-se que os pacientes operados por termoablação são mais idosos, tem alta hospitalar mais precoce, e houve mais complicações neste grupo, em relação ao grupo de cirurgia convencional.

PALAVRAS-CHAVES: VARIZES|ABLAÇÃO COM ENDOLASER|CIRURGIA DE VARIZES CONVENCIONAL

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1265

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hemosuccus Pancreaticus: causa incomum de sangramento digestivo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OTHON AMARAL NETO (UNIARA), HELENA GOULART GOMES MONTEIRO (UNIARA), ISABELA FERNANDES ROSSI (UNIARA), FERNAO OTAVIO DE ARAUJO (UNIARA), ANA LUISA FERREIRA E SILVA (UNIARA)

RESUMO: Hemosuccus pancreaticus ocorre quando há extravasamento de sangue, usualmente pela papila de Vater para o trato gastrointestinal. Na maioria das vezes, as manifestações clínicas são escassas, sendo a hematêmese maciça o principal sintoma referido pelo paciente, acompanhada de alguns outros sinais e sintomas secundários à grande perda sanguínea. Outros sintomas geralmente estão ausentes, assim como é comum o estudo endoscópico apresentar-se negativo, havendo desse modo grande dificuldade para estabelecer um diagnóstico concreto e diferenciar o sangramento de outras possíveis causas de hemorragia digestiva alta. A ruptura aneurismática da artéria esplênica para o interior do ducto pancreático principal é a causa mais comum de sangramento no Hemosuccus pancreaticus. O diagnóstico é feito pela visualização do sangramento através da papila duodenal maior, a papila de Vater, sendo a arteriografia o principal método utilizado. Os principais tratamentos propostos para pacientes portadores de Hemosulcus pancreaticus são a embolização angiográfica ou tratamento cirúrgico, sendo que ambos só devem ser realizados com o paciente hemodinamicamente estável. J.A.C, masculino, 65 anos, procedente de Américo Brasiliense, deu entrada no Hospital Escola Santa Casa de Araraquara apresentando hemorragia digestiva alta de grande volume, exteriorizada unicamente por hematêmese. Em exames laboratoriais realizadas ainda no serviço de Urgência, paciente já apresentava alterações significativas. Nos antecedentes pessoais constava hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, coronariopatia e insuficiência renal crônica. Tabagista, etilista e não havia história recente de trauma. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) apresentava-se sem alterações, porém a Tomografia Computadorizada (TC) do Abdômen evidenciou cisto pancreático com comunicação para artéria esplênica, revelando tratar-se de Hemosuccus pancreaticus. Paciente foi submetido a arteriografia diagnóstica terapêutica com embolização da artéria esplênica com Gelfuan e Lipidiol. Hemosuccus pancreaticus é uma condição infrequente de sangramento digestivo, sendo possivelmente subdiagnosticado pelos médicos, devido a sua raridade, múltiplas causas e intermitência da hemorragia gastrointestinal. Dessa forma, é de extrema relevância que o Hemosuccus pancreaticus conste como diagnóstico diferencial em pacientes com hemorragia digestiva alta, principalmente naqueles de origem indeterminada e quando há história de pancreatite associada.

PALAVRAS-CHAVES: hemosuccus pancreaticus|hemorragia digestiva alta|hematêmese

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1270

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: USO DE BYPASS ILÍACO FEMORAL COM VEIA SAFENA MAGNA EM TRAUMA PEDIÁTRICO - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANE CAROLINE ARAUJO BARRETO (ULBRA), ANDRESSA PECHE TOCHETTO (ULBRA), VICTOR SCHUMACHER FREIRE (ULBRA), JULIA TONIETTO PORTO (ULBRA), LUCAS PASTORI STEFFEN (ULBRA), GABRIELLE FOPPA RABAIOLI (ULBRA), ALICE DA COSTA SAALFELD (ULBRA), NICASIO HARUHIKO TANAKA (HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE CANOAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A cirurgia de ponte, ou bypass, consiste na reconstrução do fluxo sanguíneo através de um enxerto, o qual pode ser realizado com parte de uma das veias ou com material sintético (enxerto de politetrafluoretileno), com o objetivo de restaurar a lesão e a hemodinâmica local. No caso apresentado, foi realizado bypass ilíaco femoral, substituindo-se a parte proximal da artéria femoral comum esquerda (AFC) por um segmento da veia safena magna contralateral (VSM). O paciente não era grande e não havia prótese sintética para uso, portanto o enxerto de veia foi a melhor opção. A VSM constitui o material mais aceito como substituto nas restaurações arteriais abaixo do ligamento inguinal reduzindo complicações a longo prazo, como por exemplo, a dilatação por aneurisma. RELATO: G.I.M., 12 anos, procedente de Sapiranga, levado ao Hospital de Pronto Socorro de Canoas após trauma contuso causado por guidão de bicicleta em região inguinal esquerda. No primeiro atendimento, constatou-se que o paciente apresentava quadro de choque hipovolêmico com melhora após infusão de volume. Notou-se ausência de pulso poplíteo e distal em membro inferior esquerdo, e hematoma em região inguinal, encaminhando paciente à cirurgia. Foi realizada exploração inguinal com evidência de ruptura total de AFC esquerda, realizando bypass ilíaco femoral com VSM contralateral. Após incisão, isolou-se a artéria ilíaca externa esquerda e foi feita inguinotomia esquerda, que evidenciou sangramento ativo e ruptura total de AFC proximal (5-8cm). Foi realizado controle do sangramento e preparo do coto proximal (artéria ilíaca externa distal) e coto proximal (AFC), embolectomia distal, e heparinização proximal e distal, resultando em bom fluxo e refluxo. Houve a retirada de VSM proximal de coxa direita e preparo com VSM reversa contralateral. A revisão de hemostasia evidenciou bom fluxo, possibilitando o fechamento por planos. CONCLUSÃO: Os procedimentos de revascularização iliofemoral podem ser combinados com outros métodos, como o bypass distal. No caso relatado, o uso de bypass ilíaco femoral e a necessidade de substituição da parte proximal da AFC esquerda ? com ruptura total desta artéria - por um segmento da VSM contralateral, foi a melhor alternativa encontrada, visto que o procedimento é indicado para reparação após traumatismo vascular grave. Isso, devido a menores complicações pós-operatórias e a melhores resultados.

PALAVRAS-CHAVES: BYPASS ILIACO FEMORAL|TRAUMA|CIRURGIA VASCULAR

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1317

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANGIOSSARCOMA DE EXTREMIDADE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA (UFTM), LUCAS FABIANO GARCIA LEITE (UFTM), TASSIANA CAROLINE BORGES RIBEIRO SEVERINO (UFTM), JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS (UFTM), DOMINIQUE AGUIAR BARBOSA PRADO (UFTM), PAULA AVELAR MARQUEZ (UFTM), EDYANE TEIXEIRA LEITE (UFTM), BEATRIZ AFFONSO DE CAMARGO ARANHA (UFTM)

RESUMO: Introdução: Angiossarcoma é um tumor raro de origem endotelial vascular ou linfática que se origina em tecidos moles, pele e órgãos sólidos. A neoplasia tem distribuição similar entre os gêneros e mais comum em faixas etárias mais avançadas. O angiossarcoma subdivide-se em: cutâneo primário, associado a linfedema, induzido por radiação, entre outros. A prevalência da forma cutânea da doença é maior em idosos brancos do sexo masculino e acomete comumente a cabeça e o pescoço. Angiossarcomas no geral apresentam sobrevida de 35% em 5 anos, tem tendência a serem agressivos com alta taxa de recorrência local e frequentemente multicêntricos. Estágios avançados de apresentação da neoplasia e ressecção não adequada estão associados à alta recorrência e taxa de metástase com piora da sobrevida. Relato de Caso: C.L.L 63 anos, natural de Medeiros-MG, procedente de Araxá- MG deu entrada no Pronto Atendimento do HC-UFTM devido à sangramento ativo da tumoração presente em região proximal de antebraço direito. Relata que há 2 anos notou pequeno nódulo indolor em cotovelo direito, não relacionado à trauma prévio. A tumoração teve crescimento expansivo desde então. Paciente referiu que aquele fora o primeiro episódio de sangramento, que iniciara há cerca de 10 dias com piora há 12 horas da admissão, levando-o à instabilidade hemodinâmica. Estando estável o paciente, optou-se por realizar biópsia por congelamento, que evidenciou proliferação vascular sem atipias associada à necrose e inflamação subjacente a epitélio escamoso reativo. Diante das análises histológicas e do sangramento ativo da lesão, prosseguiu-se a exérese da massa. À macroscopia, verificou-se tumor de 1,523g, dimensões de 18x16x8 cm com ulceração central de 10x6,5cm. A microscopia sugeriu neoplasia fusocelular maligna de alto grau, associada à extensa hemorragia antiga, necrose, inflamação crônica e aguda compatível com angiossarcoma subtipo de células fusiformes que comprometia as margens laterais e profundas da ressecção. O estadiamento patológico fornecido de acordo com a classificação de tumores vasculares foi de pT2a pNX pMX. Conclusão: O tratamento proposto foi a ressecção cirúrgica do tumor devido a extensão da lesão e a instabilidade hemodinâmica apresentada em decorrência da doença de base. O tratamento convencional envolve também terapia adjuvante como aspecto curativo, entretanto devido às condições clínicas apresentadas durante sua internação foi realizado apenas a exérese do tumor e acompanhamento.

PALAVRAS-CHAVES: ANGIOSSARCOMA | ANGIOSSARCOMA DE EXTREMIDADE | NEOPLASIA VASCULAR

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1382

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME COLESTÁTICA ASSOCIADA A ANEURISMA DE ARTÉRIA PANCREATODUODENAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS (GRUTÓRAX), JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO (FAMENE), CAMILA JOB DA SILVEIRA (FAMENE), KLÉVER FORTE DE OLIVEIRA (UFPB), BRUNA SILVA DE OLIVEIRA (FAMENE), JOSÉ GERALDO TENÓRIO DE BRITO BARBOZA (FAMENE)

RESUMO: INTRODUÇÃO Os aneurismas da artéria pancreatoduodenal são raros, difíceis de diferenciar de outras patologias abdominais e apresentam alto risco de ruptura. Podem ser verdadeiros, resultantes de uma anormalidade da parede do vaso, ou falsos, oriundos de lesões e erosões da parede vascular. São congênitos ou secundários a outras patologias, como trauma, lesões iatrogênicas decorrentes de cirurgia ou colangiopancreatografia endoscópica retrógrada, pancreatite e vasculite sistêmica. RELATO DE CASO Homem, 62 anos, ex-tabagista, ex-etilista, procurou atendimento hospitalar com quadro de dor epigástrica há cerca de 15 dias, associada à icterícia e colúria. Ao exame físico, apresentava massa palpável na região epigástrica, sem sinais de peritonite. Exames de imagem demonstraram a presença de aneurisma de artéria pancreatoduodenal inferior, comprimindo a cabeça do pâncreas e o ducto colédoco, associado a dilatação das vias biliares. Não foram visualizados cálculos. Os exames laboratoriais demonstraram: anemia leve normocrômica com anisocitose; hiperbilirrubinemia (23,7mg/dL) às custas de bilirrubina indireta (16,1mg/dL); aumento acentuado de fosfatase alcalina (222 U/L) e gama glutamil transferase (569 U/L); e inversão do padrão das aminotransferases, com aspartato aminotransferase (106 U/L) maior que o dobro da alanina aminotransferase (46 U/L). Os exames complementares, somados à clínica do paciente, demonstraram a associação da síndrome colestática com o aneurisma. O paciente aguarda melhora clínica para a realização de uma arteriografia e adoção do tratamento. CONSIDERAÇÕES FINAIS Os aneurismas podem se manifestar de forma inespecífica, dificultando seu diagnóstico. A letalidade de um episódio de ruptura é de 50%. No nosso paciente, a localização do aneurisma resultou na compressão da cabeça do pâncreas e do ducto colédoco, gerando uma síndrome colestática. A intervenção cirúrgica é indicada para todos os casos, visto que a literatura não relaciona o tamanho do aneurisma e o seu risco de ruptura. O reparo endovascular é a opção de escolha para cirurgias eletivas ou de emergência, devido a menor morbimortalidade associada.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Torácica | Aneurisma | Colestase

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1390

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento endovascular de aneurisma de aorta abdominal infra-renal concomitante com angioplastia de artéria renal: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELINO QUAGLIA MORATO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), FERNANDO GARCIA DE CAMPOS (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), BENEDICTO MÁRCIO VILLAÇA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução O Aneurisma da aorta abdominal (AAA) é uma dilatação deste vaso maior que 50% do seu diâmetro normal presumido. Sua frequência aumenta com a idade e, em pacientes com idade superior a 65 anos, sua localização mais comum é infra-renal. Dentre as opções cirúrgicas, a técnica endovascular apresenta melhores resultados, com menor incidência de complicações e menor tempo de internação hospitalar. A estenose de artéria renal (EAR), por sua vez, é a causa mais comum de hipertensão arterial sistêmica (HAS) secundária, na qual a arterosclerose é responsável por 90% dos casos. O principal objetivo do tratamento desta patologia é o controle da HAS, a preservação da função renal e a prevenção de edema agudo de pulmão. Como opção cirúrgica para seu tratamento, o stent apresenta taxa de cura em 60 a 80% dos pacientes. O presente estudo teve por objetivo relatar o tratamento de paciente octogenário com aneurisma de Aorta abdominal infra-renal e estenose de artéria renal esquerda na mesma abordagem, por via endovascular. Relato de caso Masculino, 84 anos, hipertenso e diabético realizou há 2 anos e meio ultrassonografia (USG) de rins e vias urinárias, para pesquisa de litíase, encontrando-se AAA infra-renal de 3,2 cm. Em seguimento ambulatorial com USG, nos últimos 6 meses, evoluiu 1,1 cm, quando foi solicitado angiografia por tomografia computadorizada (angioTC), a qual evidenciou, estenose crítica de artéria renal esquerda. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral e primeiramente colocado stent em artéria renal esquerda, seguida pela dissecação da artéria femoral para passagem de endoprótese em aorta abdominal infra-renal. Apresentou 200 ml de sangramento e foi necessário a passagem de 2 ramos ilíacos. O paciente passou primeiro dia pós-operatório em unidade de terapia intensiva (UTI), em leito de enfermaria no segundo e recebeu alta no terceiro. Em seguimento ambulatorial, referiu melhora da hipertensão com diminuição de medicação anti-hipertensiva. Conclusão O aneurisma de Aorta abdominal infra-renal e a estenose de artéria renal são duas patologias vasculares relativamente frequentes e a terapia endovascular para cada uma delas já está consagrada. Além disso, há a possibilidade de serem realizadas em um mesmo momento, sem complicações significativas, reduzindo tempo intra-hospitalar e com a mesma resolutividade se tratados em momentos cirúrgicos separados.

PALAVRAS-CHAVES: Aneurisma Aórtico | Artéria renal | Procedimentos endovasculares

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1437

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Oclusão total de artéria ilíaca esquerda após tempo cirúrgico prolongado em litotomia em paciente com passado de radioterapia pélvica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURO RENATO AMORIM DE BARROS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), JOSÉ TENÓRIO DE ALBUQUERQUE (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), EDMUNDO GUILHERME DE ALMEIDA GOMES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), ORLITO BARROS DE AZEVEDO FILHO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), FLÁVIO RODRIGUES TEIXEIRA FILHO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), DIEGO WINDSON DE ARAÚJO SILVESTRE (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ)

RESUMO: INTRODUÇÃO Distúrbios neurovasculares são complicações conhecidas, embora infrequentes, de procedimentos cirúrgicos prolongados em posição de litotomia. Reportamos um caso, atendido em nosso serviço, em paciente com história de tabagismo e radioterapia pélvica há 24 anos. RELATO DO CASO Paciente do sexo feminino, 61 anos, dona de casa, com história de tabagismo de longa data e passado de radioterapia pélvica por CA de colo de útero há 24 anos. Submetida em 2013 à retossigmoidectomia com colostomia à Hartmann por enterite actínica, sendo último internamento para reconstrução do trânsito intestinal, colecistectomia por litíase biliar e herniorrafia incisional. Procedimento foi realizado em posição de litotomia, e duração aproximada de 5 horas, dificultado por múltiplas aderências intestinais. Evoluiu no 3º DPO com intensa dor em face pré-tibial de perna esquerda, progredindo com hiperemia local, abaulamento e equimose. USG venoso com doppler de MMII descartou TVP. Manteve intensa claudicação e marcha equina à esquerda, sendo diagnosticada lesão do nervo fibular comum esquerdo pela ortopedia, e indicação de seguimento ambulatorial. Após retorno, evidenciada progressão de lesão pré-tibial com comprometimento importante da deambulação e grande área de necrose e infecção de planos profundos. Reinternada com investigação apontando ateromatose difusa de sistema arterial de MMII e fluxo colateralizado em artéria femoral comum esquerda ao USG arterial com doppler. Realizado controle infeccioso e debridamento cirúrgico de lesão, com exérese de músculo tibial anterior e demais áreas necróticas e exposição de face anterior da tíbia. A arteriografia mostrou extensa área de oclusão de artéria ilíaca externa e femoral comum esquerda, com tentativa frustra de angioplastia arterial. Optou-se por Bypass ileofemoral com prótese de PTFE. Procedimento bem-sucedido com melhora de perfusão de MIE e consequente granulação de lesão. Seguiu-se ao retalho hemisolear medial esquerdo para cobertura óssea e posterior e enxertia cutânea. Apresentou evolução favorável, com bom aspecto de lesão após procedimento plástico e melhora da funcionalidade de membro após fisioterapia. CONCLUSÃO Nota-se a importância do planejamento adequado do tempo cirúrgico objetivando a redução do período em litotomia. Além do mais, a suspeição clínica e a boa comunicação entre as equipes assistentes é essencial para o rápido diagnóstico e tratamento das complicações, prevenindo um desfecho catastrófico.

PALAVRAS-CHAVES: Bypass | Radioterapia | Litotomia

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1440

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FIBROXANTOMA ATÍPICO (SARCOMA INDIFERENCIADO PLEOMÓRFICO CUTÂNEO) EM REGIÃO INGUINAL DIREITA ACOMETENDO ESTRUTURAS NOBRES: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GEORGE ALEXANDRE LIRA (CIRURGIÃO ONCOLÓGICO DA LIGA NORTE RIOGRANDESE CONTRA O CANCER), ISA MARYANA ARAUJO BEZERRA DE MACEDO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ANA BEATRIZ NEPOMUCENO CUNHA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), BRUNA SALES NEVES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), AMANDA COELHO XAVIER (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), FRANCIELLY TERTULINO CUNHA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MAYANE ABRANTES VERAS DE FREITAS (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O fibroxantoma atípico (FXA) é uma neoplasia dérmica de caráter maligno característica de adultos e predominante em idosos. A radiação solar e a radioterapia são suas principais etiologias. Tem igual incidência entre os sexos e acomete preferencialmente as regiões de cabeça e pescoço. O acometimento de extremidades e do tronco são exceções de pior prognóstico. Possui tendência a recidiva local e apresenta baixo risco de metástases. O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica e embora não tenha estabelecido uma margem adequada de excisão, os autores recomendam margens cirúrgicas de 1 a 2 cm da lesão. RELATO DO CASO: F.B.N.S, feminina, 82 anos, admitida com queixa de nodulação em região lateral da perna direita há três anos, assintomática. Morbidades: Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica e Mal de Parkinson. Ao exame: ulcera infiltrante, sangrante de aproximadamente 7cm de diâmetro, fixa a planos profundos e indolor. Biopsia evidenciou: Neoplasia indiferenciada de células fusiformes e anaplásticas com alto índice mitótico e metástase para linfonodos. Foi realizado exérese de lesão de perna esquerda, com margens de ressecção livres. Anatomopatológico da peça cirúrgica: Fibroxantoma Atípico (sarcoma indiferenciado pleomórfico cutâneo). Paciente perdeu seguimento e retorna ao ambulatório quatro anos depois. Ao exame: massa inguinal fixa a planos profundos, medindo 2x10 cm, sem ulcerações. Edema com linfangite em perna direita. Tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste evidenciou lesão expansiva heterogênea em região inguinal direita, envolvendo musculatura, comprimindo veia femoral sem trombose e envolvendo toda a artéria femoral. Foi solicitado avaliação da cirurgia vascular sobre a possibilidade de reconstrução das estruturas nobres ou amputação. A equipe da cirurgia vascular relatou ser incapaz de ressecar, sendo indicada amputação do membro inferior direito. Programada amputação/ desarticulação de membro inferior direito com reconstrução de retalho posterior. CONCLUSÕES: O FXA é um tumor que raramente evolui com metástase. Relacionam-se ao maior risco de metástases: profundidade da invasão ou invasão de músculo-esquelético pelo tumor primário, invasão vascular ou linfática, necrose tumoral e recidiva. Outros fatores de pior prognósticos são lesões em tronco e extremidades. A identificação histológica do tumor e os fatores prognósticos são fundamentais para avaliar a melhor intervenção cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: FIBROXANTOMA ATÍPICO | IMUNOISTOQUIMICA | CIRURGIA VASCULAR

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1444

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fascíte necrotizante e a importância do diagnóstico precoce

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA HACK GOMES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), CAROLINE FERREIRA ARAUJO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), FELLIPE DEBONA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), ANDRÉ ROMBALDI (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), LAÍS PRAETZEL SOEIRO DE SOUZA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS)

RESUMO: Introdução:Fascíte necrotizante é uma infecção rara e grave, caracterizada por necrose extensa e rapidamente progressiva com destruição dos tecidos acometidos (tecido celular subcutâneo e fáscia muscular) tendo uma elevada mortalidade.Na maior parte dos casos, a lesão ocorre a partir de pequenos traumas, picadas de insetos ou incisões cirúrgicas.Dentre os fatores de risco o diabetes é particularmente importante, sendo o local mais acometido, nesses pacientes, os membros inferiores.O diagnóstico precoce e preciso, além do tratamento adequado com antibioticoterapia e intervenção cirúrgica são essenciais para um bom prognóstico.Objetivo:Descrever o caso de um paciente acometido por fascíte necrotizante e evidenciando a importância de um diagnóstico precoce.Relato de caso:T.D.S., 85 anos, sexo masculino, negro, natural e residente de Pelotas, trabalhador da zona rural, portador de diabetes mellitus,procura Pronto Socorro de Pelotas dia 01/06/2016 referindo dor em pé direito, sendo avaliado por equipe cirúrgica que opta por retorno para avaliação ambulatorial da cirurgia vascular.Paciente, porém, retorna no dia 02/06/2016 referindo piora progressiva da dor e aparecimento de lesão bolhosa extensa em região de calcâneo com desprendimento de pele desde o maléolo, pulsos pedioso e poplíteo impalpáveis, sendo iniciado clindamicina e ciprofloxacino.Passado 24 hoas após primeira avaliação, a lesão em membro inferior direito apresentou piora significativa de lesão bolhosa-descamativa, extendendo-se até face posterior da coxa.Paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico sendo, em razão do provável diagnóstico e pela extensa lesão, optado por amputação de membro até altura da coxa.Durante transoperatório, foi evidenciada extensa lesão necrótica muscular, principalmente em músculo reto femoral, com lojas gasosas e lojas de secreção purulenta.No pós operatório foi inciada reposição volêmica e solicitado culturais que evidenciaram a presença de Clostridium Perfringens sendo mantido esquema com clindamicina e iniciado vancomicina apresentando melhora clínica progressiva.Conclusão:o caso relatado em comparação com a revisão bibliográfica realizada demonstrou a importância primordial do diagnóstico e tratamento precoces para a fascíte necrotizante afim de modificação do prognóstico da doença.Referências:STEVENS,Dennis;BADDOUR,Larry.Necrotizing soft tissue infections.UpToDate.ROGERS,Alan;SHAHROKHI,Shahriar.Surgical management of necrotizing soft tissue infections.UpToDate.

PALAVRAS-CHAVES: fascíte|necrotizante|cirurgia

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1446

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ROTURA ESPONTÂNEA DE ARTÉRIA MAMÁRIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDUARDO GONÇALVES MARTINS DA COSTA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), THIAGO MOSCI (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), GILMARQUES ALMEIDA DA SILVA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), MARIA CLARICE A. VASCONCELOS (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A artéria mamária, também denominada artéria torácica interna, é ramo direto da artéria subclávia e desce lateralmente ao osso esterno. O traumatismo é sua principal causa de comprometimento, sendo incomuns danos espontâneos a sua estrutura.

RELATO DE CASO: Trata-se de paciente do sexo feminino, 48 anos, natural e procedente de Ipatinga, sem referências a etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas ou antecedentes patológicos. Entrada no serviço de urgência do Hospital Márcio Cunha, em Ipatinga ? MG, com histórico de dor anterior em hemitórax esquerdo de forte intensidade e agravo progressivo há três horas, associado a dispneia persistente no repouso e vertigens ocasionais. Foi submetida a análises laboratoriais e radiográficas e mantida em observação. Subsequentemente acresceram-se vômitos e rebaixamento sensório-cognitivo, necessitando de aporte ventilatório invasivo e expansão volumétrica e suporte vasopressor por hipotensão refratária. Screenings laboratoriais e radiográficos subsequentes evidenciaram queda hemantimétrica importante e presença de hipotransparência difusa em hemitórax esquerdo, motivando toracostomia com drenagem pleural fechada com débito inicial de 1800 mL de conteúdo hemorrágico. Por conseguinte, indicou-se estudo angiográfico de urgência mediante punção percutânea da artéria femoral comum direita e arteriografia aórtica contrastada com cateterização seletiva e superseletiva das artérias intercostais do hemitórax esquerdo e da artéria torácica interna esquerda, culminando com a localização do sítio sangrante ativo e sua embolização. A paciente obteve alta hospitalar após período de internação em unidade de tratamento intensivo e enfermaria, mantendo acompanhamento especializado ambulatorial. CONCLUSÃO: A importância da discussão de tal afecção justifica-se pela sua raridade e pela necessidade premente de aventá-la prematuramente como diagnóstico diferencial, afim de garantir a adoção precoce dos corretos recursos terapêuticos, implicando impacto favorável em sobrevida e redução da morbimortalidade ligada a esta condição, evidenciando a aplicabilidade e o interesse médico da presente produção.

PALAVRAS-CHAVES: Artéria Mamária | Choque Hipovolêmico | Tratamento

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1481

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TAXA DE AMPUTAÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA APÓS TERAPIA ENDOVASCULAR DE MEMBROS INFERIORES NO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DO HOSPITAL ERNESTO DORNELLES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENATA ROCCA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CHRISTIAN FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), LUCAS ALESSIO PEREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BETINA FRANCIOSI (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BETINA NEUTZLING (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), TIAGO BLAYA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), MARIANA FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A doença arterial obstrutiva periférica(DAOP) ocorre predominantemente por fenômenos ateroscleróticos sistêmicos que provocam obstruções arteriais e esta associada a alto risco de morbimortalidade cardiovascular. Os fatores de risco mais frequentemente associados com a DAOP são a hipertensão, tabagismo, aumento da idade, dislipidemia, diabetes e histórico de doença cardiovascular. Procedimentos endovasculares são indicados para pacientes com DAOP que não responderam ao tratamento com exercício ou com medicamentos, com limitações na qualidade de vida ou na vida profissional e que apresentem condições anatômicas favoráveis para o procedimento. **OBJETIVO:** Revisão dos casos de pacientes internados no Hospital Ernesto Dornelles com DAOP que realizaram terapia endovascular e evoluíram para amputação de membros inferiores entre 01/08/2013 e 31/08/2016. Analisar fatores de riscos associados a maior taxa de amputação e tempo de evolução da doença nos pacientes. **MÉTODO:** Estudo quantitativo, do tipo coorte retrospectivo. Foram excluídos pacientes que realizaram angioplastia e amputação em outros serviços, ou tiveram perda do seguimento clínico **RESULTADOS:** Foram totalizados 258 pacientes, dos quais 219 não realizaram amputação e 39 (15,1%) realizaram amputação de membro inferior. Verificou-se que 132 pacientes(51,2%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 72,9 anos(DP 9,8), 48 pacientes(18,6%) realizaram mais de um procedimento endovascular em membros inferiores. Quanto as comorbidades associadas aos pacientes, 186(71,2%) eram hipertensos, 119(46,1%) eram diabéticos, 28(10,9%) tinham doença renal crônica, dos quais 16(6,2%) realizavam hemodiálise. Quanto a obesidade 32(12,4%) possuíam IMC acima de 30, 110 eram tabagistas(42,6%) e 85 (32,9%) eram dislipidêmicos. O nível de amputação mais realizado foi a transmetarsiana, sendo que 14 pacientes(35,9) realizaram tal procedimento. A mediana de tempo até a amputação foi de 11 dias. No percentil 75% a média foi de 57 dias. **CONCLUSÃO:** No presente estudo concluímos que diabéticos submetidos à procedimentos endovascular periférico possuem um risco 40% maior(OR 0.403) de serem submetidos a amputação(p = 0.016), caracterizando o diabetes mellitus como preditor independente de risco. Pacientes com doença renal crônica(DRC) submetidos à angioplastia periférica possuem um risco 39% maior(OR 0.391) de serem submetidos à amputação(p=0.041), caracterizando a DRC como preditor independente de risco.

PALAVRAS-CHAVES: DAOP|aterosclerose|endovascular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1502

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM IDADE PEDIÁTRICA: UM RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), REMY FARIA ALVES (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar são os componentes do tromboembolismo venoso (TEV) que, embora infrequente, é uma entidade emergente na pediatria. O tromboembolismo pulmonar (TEP) é importante causa de óbito no trauma e esse, na maioria das vezes, contraindica a principal farmacoterapia na prevenção e no tratamento: a anticoagulação. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um adolescente de 14 anos que, após um trauma, apresentou TVP. RELATO DE CASO: DGBV, 14 anos, masculino, pardo, procedente de Carmolândia - TO, previamente hígido. Foi encaminhado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para Unidade Hospitalar de outra cidade relatando dor excruciante em coxa esquerda após um trauma de bicicleta há mais ou menos 06 dias e uma queda de cavalo há mais ou menos 5 dias. O membro evoluiu com calor e rubor em joelho e edema associado a perda da função motora em todo membro, sendo edema de maior intensidade na coxa. Houve a hipótese diagnóstica de artrite séptica juvenil solicitou-se cultura de líquido sinovial, que evidenciou ausência de crescimento bacteriano, USG de joelho (identificou coleção laminar em face medial de joelho), exames laboratoriais reumatoides (todos não reagentes) e iniciou-se antibiótico terapia endovenosa. Associado a isso, o paciente não obteve resposta clínica favorável e houve aumento do edema em coxa esquerda. Desta forma, chegou-se a hipótese de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo. Então solicitou-se o USG com Doppler de membro inferior esquerdo no 4º dia de internação hospitalar (DIH). No 6º DIH foi realizado Duplex Scan de veias femorais, poplíteas e tibiais, que evidenciou TVP, descrito como: segmento distal da veia femoral e segmento proximal da veia poplítea com calibre aumentado e sem resposta a manobra de compressão local e distal por obstrução total. Foi solicitado avaliação e conduta da cirurgia vascular que contraindicou anticoagulação plena, pois paciente apresentava quadro laboratorial de plaquetopenia recorrente e alterações significativas de coagulograma, o que favoreceu a indicação de filtro de veia cava, que foi introduzido com sucesso. CONCLUSÕES: Na presença de contraindicação ao uso de anticoagulantes em doentes vítimas de trauma grave, os filtros de veia cava inferior demonstraram ser uma opção efetiva e segura. Entretanto, deve-se aplicar rigor ao julgamento clínico para todas as indicações, mesmo após o advento de filtros recuperáveis?.

PALAVRAS-CHAVES: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA | INFÂNCIA | FILTRO DE VEIA CAVA

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1508

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem endoscópica X aberta de Lesão da Artéria Axilar decorrente de Fratura Proximal de Úmero: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO GOMES GRATEKI (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), ISABELA SOARES FONSECA BATISTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CLARA ANTUNES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JÚLIA AGUIAR RATH (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), RENATA SOUSA DE CASTRO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), IGOR CARVALHO RIBEIRO DA FONSECA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA)

RESUMO: Introdução: Fraturas proximais de úmero (FPU) são encontradas na prática ortopédica, raramente associadas a lesões neurovasculares. A lesão da artéria axilar (LAA) é incomum, principalmente em casos de fratura do ombro. Sua localização, envolta pelo manguito rotador, pode explicar a baixa incidência de traumas dessa estrutura. Porém, a proximidade anatômica da cabeça do úmero com essa artéria a torna vulnerável. O diagnóstico precoce é importante a fim de evitar complicações da lesão. A complexidade anatômica dessa região pode tornar o tratamento de lesões traumáticas nessa região desafiador. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de LAA por FPU, bem como seu tratamento, comparando a abordagem endoscópica e aberta da revascularização. Relato de Caso: Apresenta-se o caso de um paciente de 33 anos, sexo masculino, vítima de queda com trauma na extremidade proximal do úmero direito, com ausência de pulso distal à lesão e sem alteração sensitiva da área afetada. Foi realizada angiotomografia de tórax e arteriografia, que confirmaram trombose da artéria axilar. Indicou-se revascularização via endoscópica sem sucesso. Realizou-se, então, revascularização endoscópica por via aberta com ressecção e uso da veia safena magna para enxerto, trombolectomia com cateter Fogarty número 4 e anastomose término lateral entre a safena magna invertida e a artéria axilar. Após os procedimentos de revascularização, correção da fratura e posterior recuperação, o paciente retornou aos hábitos normais sem sequelas. Conclusão: Devido a raridade da associação entre esses traumas, a lesão de artéria axilar pode ser facilmente negligenciada, principalmente em fraturas sem sintomatologia pronunciada. Apesar de ampla rede colateral na articulação do ombro, a não correção desse tipo de lesão pode ser catastrófica. Além disso, a complexidade anatômica dessa região torna trabalhoso o tratamento desse tipo lesão, o que exige habilidade do cirurgião.

PALAVRAS-CHAVES: Revascularização | Lesão da Artéria Axilar | Fratura Proximal de Úmero

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1523

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pseudoaneurisma de artéria femoral superficial após perfuração por arma de fogo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY (ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA), LUCAS FERREIRA GOUVEIA (ITPAC), JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES (ITPAC), JESSIKA RODRIGUES TAUHATA (ITPAC), JULIANE LOPES DO NASCIMENTO (ITPAC), JORGE LUIZ C. C. GOMES ABRANTES (ITPAC), MILLER COSME ANTÔNIO DE QUEIROZ (ITPAC), RICARDO RUSSI BLOIS (ITPAC)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Considerando a escassez epidemiológica deste tema, propomos relatar caso de um paciente portador de pseudo-aneurisma de artéria femoral superficial esquerda após perfuração por arma de fogo, expondo estratégia diagnóstica e terapêutica de sucesso. Pseudo-aneurismas são afecções raras. São dilatações fusiformes ou saculares, representando uma forma de dissecção, com ruptura da artéria entre a camada média e adventícia da parede vascular ou resultante de fraqueza da própria adventícia com subsequente encapsulamento do hematoma paravascular. Surgem em decorrência de procedimentos cirúrgicos, procedimentos endovasculares - como enxertos e confecção de fístulas arteriovenosas, processos infecciosos e devido lesões traumáticas. Os aneurismas de artéria femoral superficial são raros, sobretudo aqueles classificados como pseudoaneurismas. **RELATO DE CASO:** Masculino, 25 anos, pardo, admitido no Hospital Regional de Araguaína ? TO devido perfurações múltiplas por projétil de arma de fogo, passou por laparotomia exploradora de urgência: não foram encontradas lesões aparentes mas evoluiu com disúria, abaulamento de bolsa escrotal e com sangramento importante ao deambular oriundo das lesões nas coxas. No 59º DIH: Foi submetido a cirurgia para tratamento de pseudo-aneurismade artéria femoral superficialcom revascularização de MIE. Após o procedimento teve boa evolução, sem febre e com melhora da dor. O acometimento femoral de aneurismas se dá mais frequentemente no segmento da artéria femoral comum, representando cerca de 80% dos casos, com maior prevalência para pseudoaneurismas. **CONCLUSÃO:** A ocorrência de aneurisma de artéria femoral superficial apresenta baixa incidência, assim, a literatura científica que tratado assunto é escassa. Na existência de um caso conduzido de maneira adequada, com sucesso terapêutico, convém relatá-lo à comunidade profissional e acadêmica da área da saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Dissecção | Pseudo-aneurisma | Laparotomia exploratória

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1563

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TROCA DE VALVA AÓRTICA TRANSAPICAL EM PACIENTE DE ALTO RISCO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIOVANNA SABAGE (PUCPR), BRUNA CANSIAN (PUCPR), LIGIA GARCIA DOS SANTOS (PUCPR), MARIA PIA GOMES DE OLIVEIRA FREDERICO (PUCPR), VANESSA PIRES MARUITI (PUCPR), VANESSA SCREPANTE FORTE (PUCPR), GUILHERMA ANDRADE KRAWCZUN (HEL)

RESUMO: Introdução: A estenose aórtica (EA) é a doença valvar mais frequente, estando presente em aproximadamente 3% da população acima de 75 anos¹. A EA de etiologia senil ocorre pela calcificação devido ao envelhecimento, fato agravado por defeitos congênitos². O tratamento padrão para substituição da valva nativa danificada por uma prótese envolve uso de circulação extracorpórea e pinçamento aórtico, apresentando bons resultados e mortalidade ao redor de 4%³. Porém, para 30-40% dos pacientes tal procedimento é contraindicado por presença de aorta em porcelana, enxertos coronarianos prévios, radioterapia torácica ou existência de múltiplas comorbidades^{3,4}. Uma alternativa para esses pacientes é o implante minimamente invasivo transapical sem uso de CEC. Para realização desta técnica, utilizou-se da tecnologia nacional para se obter um dispositivo seguro e fácil de implantar⁴. Caso clínico: Paciente, F, 80a, HAS, POT de revascularização miocárdica há 2 anos. Admitida com queixa de dispneia e desconforto retroesternal. Cateterismo: enxerto mamária para DA pérvia, lesão em artéria circunflexa e piora de EA, onde foi realizado angioplastia com sucesso. Diagnosticada com EA grave, apresentava contraindicações à cirurgia clássica por ser portadora de aorta em porcelana, sendo indicado cirurgia transcater por ser portadora de aorta em porcelana. Contudo, doença aterosclerótica grave em membros inferiores, com oclusão de artérias ilíacas impedia cirurgia de troca valvar transcater, como alternativa foi optado pela via transapical. Após indução anestésica foi realizada pequena toracotomia antero-lateral esquerda, para acessar o ápice cardíaco, punção de ponta de ventrículo esquerdo, com passagem de introdutor de grande calibre, e sob visualização fluoroscópica implantado bioprótese Inovare Braille expansível por balão. Realizado aortografia e controle ecocardiográfico em sala, exibindo bom resultado e ausência de leakperi-valvar. Paciente manteve-se com ritmo estável, foi extubada em sala, e encaminhada para UTI, onde ficou internada, evoluindo hemodinamicamente estável, recebendo alta para enfermaria em 4PO. No 7PO retornou à UTI devido à insuficiência cardíaca descompensada e traqueobronquite. No 12PO paciente manteve-se estável, recebendo alta para o setor e alta hospitalar no 14PO. Conclusão: O implante transapical de bioprótese aórtica montada em cateter balão-expansível é uma alternativa para pacientes com contraindicações a cirurgia clássica.

PALAVRAS-CHAVES: estenose aórtica | troca valvar | via transapical

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1591

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ULTRASSOM INTRAVASCULAR NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE MAY THURNER

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON FELTRIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL), MATEUS PICADA CORRÊA (INVASC), JABER NASHAT SALEH (INVASC), JULIO CESAR DE MELLO BAJERSKI (INVASC), GUILHERME SOLDATELLI TEIXEIRA KURTZ (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO), FRANCINE CAMBOIM RUZZARIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL), LARISSA BIANCHINI (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO), FLÁVIA CRISTINA MARAFON (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO), RAFAEL STEVAN NOEL (INVASC)

RESUMO: INTRODUÇÃO A prevalência da Síndrome de May Thurner (SMT) é estimada em cerca de 2-5% dos pacientes portadores de doença venosa dos membros inferiores (MI). A ultrassonografia intravascular (IVUS) destaca-se por fornecer dados da fisiopatologia e da relação espacial das estruturas envolvidas, confirmando o diagnóstico em situações não elucidadas por outros métodos de imagem. RELATO DE CASO Paciente feminina, 55 anos, apresentando quadro de dor e sensação de peso constante em MIE, agravados ao realizar atividade física. Ao exame clínico, evidenciava-se assimetria de mais de 3 cm entre os MI. Ecodoppler venoso demonstrava perviedade e suficiência do sistema profundo e das safenas interna e externa, com varizes e veias reticulares em face posterior da coxa e da perna esquerda. Realizou-se também angiotomografia e flebografia, todavia não foram elucidativas. No transoperatório foi utilizado o IVUS que evidenciou redução do calibre da veia íliaca comum esquerda logo após sua origem e gradiente de pressão de 3mmHg. Realizada angioplastia da veia íliaca comum esquerda com colocação de stent Zilver Vena 16X60mmHg, com bom controle angiográfico final. CONCLUSÃO: A flebografia é escolha para avaliação de suspeita da SMT, com mensuração do gradiente pressórico intravascular. Para o diagnóstico de estenose significativa, o gradiente entre as veias íliacas deve ser maior do que 2mmHg em repouso. Ainda, outros métodos podem ser utilizados, como o ecodoppler venoso, IVUS, angiotomografia e ressonância magnética. O IVUS além de se mostrar ferramenta essencial para confirmar situações duvidosas de SMT, como no apresentado, auxilia também no posicionamento preciso do stent na confluência das veias íliacas. O IVUS mostra-se um dos métodos com maior acurácia no diagnóstico da SMT. Ele permite a avaliação das alterações intimais associadas a ela e seu tratamento adequado, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Um alto índice de suspeição é fundamental para o diagnóstico de SMT.

PALAVRAS-CHAVES: SÍNDROME DE MAY THURNER | CIRURGIA ENDOVASCULAR | ULTRASSOM INTRAVASCULAR

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1642

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Taxa de Reintervenção de Fístulas Arteriovenosas no Hospital Ernesto Dornelles no período de 2014 a 2016

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BETINA NEUTZLING (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BETINA FRANCIOSI (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CHRISTIAN FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), GIOVANNA SORGATO TESSMANN (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), MARIANA FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), RENATA ROCCA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), TIAGO BLAYA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES)

RESUMO: Introdução: O objetivo de um acesso vascular permanente é o de possibilitar repetidas punções à circulação gerando o mínimo de complicações possíveis. Entre as principais formas de acesso vascular permanente, a fístula arteriovenosa é a preferível, visto que, esta tem maior viabilidade a longo prazo, requer menos intervenções ao longo do tempo e está associada a menores taxas de morbimortalidade quando comparada às demais alternativas existentes. Apesar de ser a melhor opção, a confecção da fístula arteriovenosa (FAV) apresenta altos índices de reintervenção, atingindo 20-60% segundo os últimos estudos. Estas falhas podem ocorrer de forma precoce (Materiais e Métodos: Análise retrospectiva de dados de prontuário dos pacientes submetidos a realização de fístula arteriovenosa no Hospital Ernesto Dornelles no período supra citado. Resultados: Foram realizadas 128 fístulas arteriovenosas, das quais 25 (19,53%, IC [13,35 ? 27,08]) sofreram reintervenção. Analisou-se se a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes (DM), e cardiopatia isquêmica (IC), assim como a idade (> ou Conclusão: As características demográficas da população em questão são semelhantes às analisadas em outros trabalhos. A taxa de reintervenção encontrada no presente estudo, assim como a principal causa de realização de novo procedimento, são compatíveis com os dados disponíveis na literatura. Não foram encontrados valores estatisticamente significativos quando analisado a influência das características clínicas na reintervenção, provavelmente pelo pequeno tamanho amostral do estudo

PALAVRAS-CHAVES: Fístulas Arteriovenosas | Taxa de Reintervenção | Cirurgia vascular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1708

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trombose Mesentérica:causa de isquemia intestinal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMILA ARAUJO GOMES (HOSPITAL BELO HORIZONTE)

RESUMO: Paciente DGR, 29 anos, sexo masculino, deu entrada no Hospital Belo Horizonte (HBH), no dia 06/10/2015, encaminhado de outro serviço, com relato de dor abdominal de início súbito há 5 dias, há 2 dias com parada de eliminação de fezes e flatos, sendo avaliado pela equipe de cirurgia geral do HBH. Raio X de abdome: ausência de fezes em ampola, sem nível hidroaéreo. Solicitado TC de abdome com laudo de Trombose veia porta e veia mesentérica superior e ramos principais, espessamento parietal de alças de delgado tendo densificação dos tecidos gordurosos adjacentes, presença de líquido livre na cavidade (Figura 1,2), realizado internação com início anticoagulação com Enoxaparina, 60mg BID. Coletado exames pesquisa de trombofilia devido existência de antecedente familiar (irmã) com história de trombose venosa profunda, 2 episódios, em uso de anticoagulação oral contínua, com diagnóstico de deficiência de proteína C e S o que fez suspeitar de trombofilia subjacente. Introduzido Heparina em BIC. No dia 07/10/2015, 23hs após internação, paciente iniciou episódios de vômitos, dor abdominal difusa e distensão, taquicardia, instabilidade, encaminhado ao bloco cirúrgico para laparotomia de urgência. Realizado laparotomia exploradora, observado isquemia intestinal a nível de delgado; enterectomia (1,5m) onde observou-se múltiplos coágulos em veias seccionadas (figura 3), confeccionado bolsa de Bogotá devido instabilidade hemodinâmica, encaminhado ao CTI. Reabordado cirurgicamente no dia 08/10/2015 devido nova suspeita de isquemia mesentérica de parte seguimento de delgado restante; realizado enterectomia com exérese de 60 cm de intestino delgado, anastomose término-terminal, restando aproximadamente 1m20cm de delgado; fechamento da parede abdominal por planos. Durante a permanência no CTI fez uso de Varfarina e Heparina não fracionada na BIC e completou 10 dias de Rocefin e Metronidazol. Extubado no 3 DPO. No dia 18/10/2015 paciente evoluiu com melhor aceitação da dieta oral, recebeu alta do CTI em 19/10/2015, sendo suspensa a dieta parenteral em 20/10/2015; evoluiu com estabilidade hemodinâmica e respiratória, permaneceu hospitalizado até ajuste da dose Varfarina para atingir RNI terapêutico. Alta em 31/10/2015. Encaminhado para acompanhamento ambulatorial. Pesquisa para trombofilia permitiu diagnosticar déficit de proteína C funcional (51%) e proteína S livre (13,6%). Paciente hoje em acompanhamento com hematologista e nutrição em uso de Varfarina oral

PALAVRAS-CHAVES: isquemia mesentérica |abdome agudo |cirurgia vascular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1762

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ATEROSCLEROSE E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS - ATHEROSCLEROSIS AND RISK FACTORS ASSOCIATED: Artigo de Revisão

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: RESUMOA instalação da aterosclerose é gradual e degenerativa, conduzindo o paciente ao bloqueio arterial em razão do aumento e concentração de lipídeos (principalmente colesterol) nas paredes endoteliais. A conseqüência clínica à instalação da aterosclerose consiste no surgimento de danos a órgãos vitais, bem como pode conduzir o paciente ao óbito. Palavras-chave. Aterosclerose. Bloqueio arterial.Todas as pessoas apresentam um grau mais moderado (inexpressivo), progressivamente crescente de acúmulo de lipídeos nas artérias. Estatisticamente a doença aterosclerótica é responsável por aproximadamente um terço dos óbitos envolvendo infarto agudo do miocárdio e derrame cerebral. Os fatores diretamente relacionados nesta patologia envolve a interação entre os vários fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, altos valores de colesterol, obesidade, diabetes, falta de exercício, tabagismo e idade avançada) e a predisposição genética do paciente.Fatores indicativos para realização de exames diagnósticos são recomendados em pessoas que possuam um familiar próximo que tenha desenvolvido aterosclerose em idade reduzida. O homem apresenta maior índice de ser acometido por esta patologia ante as mulheres; após a menopausa o risco de aterosclerose aumenta nas mulheres, igualando-se aos homens. **ABSTRACT** The installation of atherosclerosis is progressive and degenerative, leading the patient to the arterial blockage due to the increase and concentration of lipids (mainly cholesterol) in the endothelial walls. The clinical consequence of the installation of atherosclerosis is the appearance of damage to vital organs and may lead the patient to death.Key words. Atherosclerosis. Arterial blockage.

PALAVRAS-CHAVES: Aterosclerose |Bloqueio arterial |Vascular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1771

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HIPERTENSÃO ARTERIAL EM SITUAÇÕES ESPECIAIS: Artigo de Revisão

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão da fisiologia envolvida na ocorrência da Hipertensão Arterial em grupos considerados e que merecem atenção especial. Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável à hipertensão arterial em grupos especiais. Discussão: apresentação dos grupos especiais e principais considerações concernentes a cada etiologia-patologia envolvida. Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de farmacologia e tratamento especial a grupo de pessoas que se encontram em categoria peculiar de cuidados médicos. HYPERTENSION IN SPECIAL SITUATIONS Objective. Provide grants to better understanding of the physiology involved in the occurrence of Hypertension in groups considered that deserve special attention. Methods. Brief synopsis involving literature review applicable to hypertension in special groups. Discussion: presentation of special groups and considerations pertaining to each etiology-pathology involved. Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of the techniques of pharmacology and treatment particular group of people who find themselves in a peculiar category of healthcare.

PALAVRAS-CHAVES: Hipertensão arterial | Grupos especiais | Tratamento

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1817

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME COMPARTIMENTAL CRÔNICA INDUZIDA POR EXERCÍCIO FÍSICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO ANDRADE LIMA (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), JESSICA CAROLINE VAZ DOS SANTOS (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA ? UNIR), CAIO FELIPE CAMILO IBIAPINO (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), THAYANE VIDON ROCHA PEREIRA (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), 5GABRIEL CAMPOS NUNES FREIRE (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), CARLOS FELIPE GONÇALVES RODRIGUES (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), PEDRO HENRIQUE DE MEDEIROS DUTRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL ? DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA / CIRURGIA GERAL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A síndrome compartimental crônica é uma condição debilitante, associada à prática de exercícios físicos. Frequentemente em corredores, cursa com aumento da pressão intracompartimental de etiologia indefinida. A fasciotomia compartimental é o único tratamento baseado em evidências com resultados satisfatórios quanto à eliminação da dor a longo prazo. RELATO DO CASO: G.F.M., masculino, 22 anos, procurou atendimento com a queixa de dor bilateral na região ântero-lateral das pernas, que iniciava durante atividade física e permanecia por horas após o fim dos exercícios. Relatou aumento progressivo da frequência e intensidade dos acometimentos nos 5 anos anteriores à consulta. Dor relatada como intensa, limitando atividades recreativas, precedida por dormência, com irradiação para compartimentos anterior e lateral da perna e coxa, bilateralmente, com maior intensidade à direita. Ao exame físico, apresentava bom estado geral, sinais vitais estáveis e reflexos e sensibilidade dos membros inferiores normais. Foi solicitada a radiografia simples bilateral de pé e tornozelo que não mostrou alterações. Partiu-se para avaliação durante e após atividade física, que revelou pulsos pediosos duros durante e após exercícios. A modificação do tipo de atividade não alterava o quadro, levantando a hipótese de síndrome compartimental crônica associada ao esforço. A tomografia computadorizada dos membros inferiores revelou defeito fascial ântero-lateral na perna direita, com presença de hérnia fascial. A cirurgia revelou defeito fascial de 2 cm no nervo fibular superficial. Prosseguiu-se com dissecação cuidadosa do nervo e fasciotomia. O paciente cursou com bom pós-operatório e retorno completo às atividades físicas, sem queixas. CONCLUSÃO: A não consideração da Síndrome Compartimental Crônica como diagnóstico diferencial da dor nos membros inferiores associada ao exercício físico resulta em identificação e tratamento tardio dos casos. A fasciotomia é a abordagem padrão, com 80% de sucesso na eliminação a longo prazo da dor e retorno às atividades físicas normais.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome Compartimental Crônica | Dor Induzida por Exercícios | Fasciotomia

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1872

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OBSTRUÇÃO ARTERIAL AGUDA EM RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCIANO ALVES MATIAS DA SILVEIRA (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), PAULO SÉRGIO DE SOUZA RODRIGUES FILHO (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), DANIELA COSTA ANASTÁCIO (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), GABRIEL FERNANDES DIAS (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), CÉLIA REGINA OLIVEIRA E OLIVEIRA (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), FLORA MARGARIDA BARRA BISINOTTO (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A obstrução arterial aguda é uma doença de alta morbimortalidade. Baseia-se na formação de um trombo arterial ou pela migração de um êmbolo, o que leva à redução ou a perda súbita de perfusão sanguínea, com complicações funcionais graves na área acometida. Seu tratamento é realizado a partir da restauração do leito vascular pela tromboembolectomia ou por trombolíticos. **RELATO DO CASO:** Paciente de 82 anos, masculino, 56kg, programado para prostatectomia transvesical. Em avaliação pré-anestésica, apresentava além do diagnóstico cirúrgico, hipertensão arterial sistêmica controlada, aneurisma de aorta abdominal e tabagismo (140 maços/ano). Relatou uma capacidade física suficiente para estimar um equivalente metabólico maior que 4. Exames laboratoriais e raio x tórax normais e ECG com bradicardia sinusal. Avaliado pela Cardiologia que o liberou para o procedimento com risco cardiovascular moderado. Foi submetido à cirurgia proposta sob raqui-anestesia com monitorização padrão. A cirurgia durou 3 horas, apresentando apenas episódios de hipotensão leve isolados e prontamente corrigidos. Admitido na Recuperação Pós-Anestésica (RPA) e 2h após apresentou dor importante no membro inferior direito, com palidez cutânea, livedo e hipotermia. Clinicamente estável, auto e alo orientado. A equipe de cirurgia vascular detectou ausência de pulsos tibial posterior, pedioso e poplíteo, e redução do pulso femoral. Diagnosticado obstrução arterial aguda e o paciente retornou à sala operatória e submetido à embolectomia de femoral direita sob anestesia geral com duração de 90 min e sem intercorrências. Ocorreu perfusão satisfatória do membro após a cirurgia. O paciente recebeu alta hospitalar após dez dias. **CONCLUSÃO:** Os cuidados da RPA devem transcender à apenas monitorização de parâmetros. A identificação de outros eventos adversos nesse momento, pode ser determinante no diagnóstico e tratamento imediato, alterando o desfecho pós-operatório do paciente. Apesar de haver opções de tratamento diferentes à obstrução arterial aguda, o paciente apresentava-se no pós-operatório imediato, constituindo-se uma contraindicação relativa ao uso de trombolíticos para restauração da perfusão arterial. **REFERÊNCIA:** (1) Moon HG, Cho SC, Jeong SW, Lee GI, Jo YE, Youn B, Kang WY, Hwang SH, Kim W. Early versus late thrombolysis in acute arterial occlusion of lower extremity. *International Journal of Cardiology*. 2017 (228) 86-89.

PALAVRAS-CHAVES: membros inferiores|artérias|embolia

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1885

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TÉCNICA DE DREANGEM AMPLA E PROFUNDA PARA PÉ DIABÉTICO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (UNIRIO)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDREA NEVES SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ANTONIO LUIZ DE ARAUJO (UNIRIO), BRENDA KAORI ISHIY OZIMA (UNIRIO), RAFAELA BROGLIO VASQUES (UNIRIO), WILSON ABREU MIRANDA (UNIRIO), TIAGO SARMET ESTEVES TEIXEIRA (UNIRIO), LUCAS SCARANELLO (UNIRIO)

RESUMO: Objetivo: Apresentar três casos de abscesso em pé diabético acompanhados no ambulatório de Cirurgia Vascular e Angiologia, que necessitaram de drenagem e discutir indicação, a técnica utilizada e sua capacidade curativa. Método: Revisão de prontuário de três pacientes que apresentaram lesão plantar. Todas foram classificadas conforme a classificação de P.E.D.I.S, sendo submetidos a drenagem ampla e profunda, associado à antibioticoterapia. Foi realizado registro fotográfico das lesões para posterior análise evolutiva. Resultados: Três pacientes diabéticos crônicos, dois deles já submetidos a amputações prévias, apresentando abscessos plantares. As lesões, após classificação, ficaram entre os graus 2 e 3 (lesões maiores que 2 cm), portanto, optou-se pela drenagem ampla e profunda. Observou-se resposta terapêutica entre 8 a 10 semanas. Conclusão: Os resultados evidenciam os benefícios terapêuticos que a drenagem ampla e profunda angaria aos portadores de úlceras plantares em pacientes diabéticos, reduzindo, assim, o número de amputações e prejuízos sociais e econômicos associados.

PALAVRAS-CHAVES: PÉ DIABÉTICO | DRENAGEM AMPLA E PROFUNDA | ABSCESSOS

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1892

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Ehlers-Danlos Tipo VI e Pseudoaneurisma da artéria poplítea: Um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELIAS BARBOSA CABRAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), FÁBIO LINARDI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO)

RESUMO: A Síndrome de Ehlers-Danlos é um distúrbio do tecido conjuntivo caracterizado por hiper mobilidade e instabilidade, anomalias na textura de pele e vasculares e fragilidade de órgãos internos. A incidência global é de 1:10.000 a 1:25.000 sem predisposição racial. A classificação de Villegranche reconhece seis principais subtipos a maioria das quais está ligada a mutações em um dos genes que codificam fibras proteicas de colágeno ou enzimas envolvidas na pós tradução dessas proteínas. O tipo VI é uma variante autossômica recessiva da síndrome; bioquimicamente, ocorre modificação na biossíntese de colágeno devido a uma deficiência da enzima lisil-hidroxilase, levando a deficiência de hidroxilação dos resíduos de lisina e prolina das cadeias de pró-colágeno. As complicações refletem o padrão de expressão do gene e incluem ruptura e dissecação de artérias de tamanho médio, espontâneas, ruptura do intestino ou do útero gravídico, e fratura. Relato: Paciente de 11 anos de idade que apresentava tumor pulsátil na fossa poplítea esquerda após trauma leve com bola de futebol. Diagnosticado pseudoaneurisma de artéria poplítea pelo doppler arterial, confirmado através da angiografia, optou-se pela exploração arterial e devido à fragilidade da parede não foi possível a sua reconstrução. Realizada a ligadura simples da artéria proximal. Evoluiu com isquemia grave do membro e após autorização da família foi realizada a sua amputação. No segundo dia do pós-operatório o paciente apresentou uma dissecação aguda da aorta torácica, evoluindo a óbito. Os autores concluem que a melhor opção, quando cirúrgica, é a ligadura, devido à fragilidade do vaso, sendo os exames complementares preferencialmente não invasivos. Destacam ainda o tratamento clínico, como o controle da pressão arterial, para diminuir o risco de ruptura e, se necessário, o uso de betabloqueadores para prevenir a expansão arterial. Se faz necessário, também, evitar realizar exercícios de alto impacto, como ginástica ou longas corridas. O aconselhamento genético faz parte do acompanhamento. É indispensável a identificação e diagnóstico precoce para minimizar complicações, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Pseudoaneurisma | Síndrome Ehlers-Danlos tipo VI | Artéria Poplítea

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1893

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INSTITUIÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTE COM DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PÂMELLA MATTGE LUCHTEMBAG (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), THAIANE FERNANDES PEREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), RUTH CAROLINE CANTANHEDE SALLES ROSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), DANIELA CAROLINA GABIATTI (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), FRANCIELLE BARRETO DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), ILDEFONSO LUIZ DE FEITAS NETO (UPA SANTA CATARINA)

RESUMO: OBJETIVO Relatar o caso de um paciente que iniciou quadro de palpitação e desconforto torácico súbito, sendo diagnosticado em dissecção aguda de aorta (DAA). Enfatizar importância de um tratamento definitivo em tempo hábil, pois sua rápida evolução promove elevada taxa de óbito antes de chegar ao hospital ou do diagnóstico. MÉTODOPaciente realizou triagem que afirmou hipertensão arterial sistêmica descompensada, recebendo, então, AAS 300mg. Após fazer ecocardiograma transtorácico foi encaminhado ao Hospital e Pronto Socorro João Paulo II (Porto Velho/RO), com a hipótese diagnóstica de dissecção aórtica aguda. Na sala de emergência, apresentava-se hipertenso estágio dois com pulsos discretamente assimétricos e frequência cardíaca de 51bpm, com queixa de dor torácica e lombalgia. Realizado angiotomografia de aorta toraco-abdominal, foi diagnosticado dissecção aórtica aguda de Stanford A do tipo I, que se estendia por toda a aorta descendente toraco-abdominal e ilíaca. Foram usados métodos invasivos, como sonda vesical de demora, tubos, antibióticos e acesso venoso periférico bilateral, além de alguns medicamentos. Com diagnóstico aortográfico, sem contra-indicações clínicas, realizou procedimento cirúrgico de emergência, consistindo em cirurgia aberta para excisão da ruptura intimal, obliteração da entrada na falsa de luz e reconstituição da aorta pela interposição de enxerto sintético. RESULTADO presente relato de caso nos mostra a necessidade de um correto exame clínico e imagiológico. Vale ressaltar que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) prévia sem tratamento adequado aumenta bastante as chances e riscos para essa patologia. Foi encaminhado em UTI aérea ao Instituto do Coração no Estado de São Paulo (INCOR) para procedimento cirúrgico, cuja mortalidade operatória varia de 15 a 35%. Obteve sucesso cirúrgico e melhora do quadro geral. CONCLUSÃO dissecção aguda de aorta apresenta casos de mortalidade de 1 a 2% por hora, no início do quadro, atingindo 30% nas primeiras 48 horas. Assim, é imprescindível que saibamos reconhecer os sintomas para a indicação do tratamento e a decisão terapêutica, fundamentados em dados científicos, permitindo determinar a melhor conduta com segurança para o paciente. BIBLIOGRAFIA Brito CJ, et al. Cirurgia Vascular: cirurgia endovascular, angiologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2014. Paola AAV, Montenegro TS, Moreira MCV. Cardiologia: Livro-Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª ed. Barueri - SP: Editora Manole; 2015.

PALAVRAS-CHAVES: DESCONFORTO TORÁCICO SÚBITO | HIPERTENSÃO | EMERGÊNCIA

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1896

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fístula aorta-esofágica como complicação tardia de tratamento corretivo com endoprótese devido a aneurisma de aorta torácica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISABELLA GARBIN (FACULDADE DE MEDICINA BARÃO DE MAUÁ), JONAS NIERO FLORES (FACULDADE DE MEDICINA BARÃO DE MAUÁ), SUELLEN FERRONATO (FACULDADE DE MEDICINA BARÃO DE MAUÁ), LUIS FERNANDO JOAQUIM (FACULDADE DE MEDICINA BARÃO DE MAUÁ), FÁBIO LUIS DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA BARÃO DE MAUÁ), MARCUS VINICIUS NASCIMENTO VALENTIN (DOCUMENTA - UNIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Fístulas aorto-esofágicas (FAE) são raras complicações tardias (1,7-1,9%) do tratamento endovascular dos aneurismas aórticos, havendo poucos relatos na literatura. O reparo endovascular da aorta torácica é procedimento minimamente invasivo e com excelentes resultados. No entanto, várias complicações, como paraplegia, AVC e FAE podem acontecer, sendo esta última de difícil tratamento e geralmente fatal. As opções de tratamento são muito restritas e os pacientes apresentam alto risco cirúrgico. RELATO DO CASO JLG, 75 anos, hipertenso, história de dissecação de aorta abdominal infrarrenal, colocação de prótese aorta bi-iliaca (2001) e correção de aneurisma em aorta torácica descendente com endoprótese (2007). Em 2011, paciente iniciou com hemoptise em pequena quantidade, 2-3 vezes/sem, relacionada a tosse. Referia também febre vespertina (37,9-38,5°C), perda ponderal (25 kg) e piora progressiva do sangramento digestivo alto. Ao exame físico, estava emagrecido, sem outras alterações. Exames laboratoriais: quedas progressivas de Hb/Ht, apesar de transfusões de concentrado de hemácia; pesquisa de BAAR no escarro, contraímunoelctroforese para fungos, CEA e CA 19-9 todos negativos. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) evidenciou compressão extrínseca no terço médio do esôfago e lesão cística de 1,2 cm com coloração escura e relevo liso a 30 cm da arcada dentária superior. Angiotomografia de tórax (fase com contraste oral e outra endovenosa) mostrou discreta ectasia nos terços médio e proximal do trajeto esofágico, com espessamento circunferencial de seu terço distal, confirmando-se a suspeita de fístula entre o esôfago e o ramo torácico da aorta ao nível da carina, caracterizado por fina lâmina fistulosa na coluna de contraste procedente do esôfago em direção à aorta; neste ponto fistuloso há gás ao redor do reparo endovascular (vide abaixo). CONCLUSÃO As hipóteses inicialmente foram: tuberculose pulmonar, paracoccidiodomicose, neoplasia pulmonar ou gastrointestinal. Porém, EDA e exame tomográfico confirmaram diagnóstico de FAE, possivelmente associado à presença da endoprótese aórtica. Duas semanas após diagnóstico de FAE, optou-se pelo reparo endovascular do trajeto fistuloso, realizado sem intercorrência. Mesmo com a correção da FAE, paciente retornou após 1 mês referindo recorrência do sangramento digestivo, o qual culminou em hemorragia maciça, sem possibilidade de controle clínico; evoluiu com instabilidade hemodinâmica e óbito 1 mês após o procedimento.

PALAVRAS-CHAVES: Fístula aorto-esofágica | endoprótese vascular | hemoptise

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1910

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Valvas Venosas do Segmento Fêmoro-Ilíaco Humano: Estudo Anatômico e Funcional

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINE CARLA MAGERL (UNIFENAS ALFENAS), JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO (UNIFENAS ALFENAS), CAMILA VIEIRA DE CARVALHO PEREIRA REIS (UNIFENAS ALFENAS), ALINE STIVANIN TEIXEIRA (UNIFENAS ALFENAS), LUIS FLAVIO COZZA VAZ (UNIFENAS ALFENAS), GUSTAVO LAGE DE PAIVA (UNIFENAS ALFENAS), KAROLINE PEREIRA REIS VIEIRA DE CARVALHO (UNIFENAS ALFENAS)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** É relatado na literatura a relação da insuficiência das valvas venosas do segmento fêmoro-ilíaco na gênese da insuficiência venosa crônica e de varizes de membros inferiores. As valvas venosas do segmento venoso fêmoro-ilíaco são descritas como semilunares porém sua caracterização anatômica e seu estudo ainda permanece como campo de pesquisa de interesse devido a possível relação com a doença venosa. **OBJETIVO:** Estudar a anatomia das valvas venosas do segmento venoso fêmoro-ilíaco em humanos e a relação do refluxo valvar ilíaco com os quadros de insuficiência venosa crônica. **MÉTODOS:** O estudo feito no Serviço de Verificação de Óbito em Alfenas, MG, a anatomia macro e microscópica das valvas do segmento venoso fêmoro-ilíaco em cinco cadáveres humanos necropsiados causa mortis natural com membros inferiores sem sinais patológicos sugestivos de insuficiência venosa crônica (Grupo I: Controle n=5) e em cinco humanos com sinais macroscópicos de insuficiência venosa crônica nos membros inferiores (Grupo II: n=5). Foram retirados os segmentos venosos fêmoro-ilíacos. Observou-se macroscopicamente o diâmetro da segmento venoso, número de valvas venosas e seu aspecto morfológico. Foi feita análise da microscopia óptica. Os resultados foram analisados pelos métodos estatísticos t de student e Kruskal-Wallis com grau de significância de 0,05. **RESULTADOS:** Observou-se dilatação dos segmentos venoso nos segmentos venosos do Grupo II. O número médio de valvas venosas fêmoro-ilíacas foi de 1,2 no Grupo I e 0,8 no Grupo II. Á microscopia óptica observou-se nos segmentos venosos do Grupo II dissociação e ruptura das fibras musculares e colágenas da parede venosa associada a dilatação do segmento com afastamento das cúspides. As características macroscópicas das valvas do segmento venoso fêmoro-ilíaco foi de aparência semilunar das válvulas constituintes com presença de 2 cúspides em todos os segmentos. **CONCLUSÕES:** A Insuficiência valvar ilíaca foi verificada nos pacientes com insuficiência venosa crônica grave e parece estar relacionada com a ocorrência desta síndrome apoiando em parte a teoria valvar de sua etiopatogenia. **REFERÊNCIAS:** LOUKAS M, e col. Clinical anatomy as practiced by ancient Egyptians, 2011; CELESIA GG. Alcmaeon of Croton?s observations on health, brain, mind, and soul. J Hist Neurosci, 2012; MAVRODI A, PASKEVS G., Morphology of the heart associated with its function as conceived by ancient Greeks. Int J Cardiol. 2014;

PALAVRAS-CHAVES: Valvas Venosas MMI | Insuficiência Venosa | Doença Venosa

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1947

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE ASSOCIADA A ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL- RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC ARAGUAINA), ANA BARBARA FELICIANO SOUZA SANTOS (ITPAC ARAGUAINA), REMY FARIA ALVES (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA), RANGEL DE SOUSA (ITPAC ARAGUAINA), LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA), JULIANNA ARAÚJO DA COSTA LEITE (ITPAC ARAGUAINA), BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA), ARIEL HERNANDEZ GUTIERREZ (PAM)

RESUMO: Introdução: O Aneurisma de aorta torácica (AAT) é a causa mais comum de doença da aorta que necessita de intervenção cirúrgica. A principal etiologia é a doença aterosclerótica, podendo ser secundários a trauma torácico, infecção ou doenças do tecido conectivo. Outros fatores são idade acima de 60 anos, sexo masculino, história familiar, tabagismo e hipertensão. Tendem a evoluir de forma assintomática e os sintomas estão relacionados à rotura, à dissecação ou ao acometimento de estruturas adjacentes. A evolução lenta permite grande crescimento sem presença de diagnóstico. Relato de Caso: Paciente feminino, 74 anos, iniciou em 2015, quadro de dor constritiva em hemitórax direito, sem irradiação, associada à dispneia após moderados esforços. Apresentava DM II e HAS, ambas medicadas. Foi realizada TC de tórax que evidencio AAT descendente. Ao exame físico sem alterações relevantes, com exceção do abdome que apresentava dor leve à palpação profunda em região epigástrica. Ao início decidiu-se por tratamento conservador com segmento clínico e exames de imagens nas quais também foi identificado um Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) e diagnostico de DPOC e Hipotireoidismo. Devido as comorbidades e o crescimento do aneurisma foi optado por realizar o tratamento endovascular de AAT com colocação de endoprótes. A escolha pela intervenção do AAT e não pelo de AAA, se deve a maior chance de ruptura da AAT. A técnica envolveu inguilotomia direita com dissecação da artéria femoral comum. Punção femoral sob visão direta, sendo realizada arteriografia antes do procedimento com visualização do aneurisma e preparo para colocação da endoprótese colocada imediatamente após a origem da subclávia e terminando aproximadamente 5 cm após o aneurisma. Realizado arteriorrafia, sutura da ferida e curativo. A paciente recebeu alta 48 horas após a cirurgia, respondendo bem ao pós-operatório. Conclusões: A rotura de AAA descendente é uma situação grave e habitualmente fatal. Estima-se que mais de 80% dos doentes morra antes de chegar ao contexto hospitalar. As operações sobre esse segmento da aorta apresentam morbimortalidade elevada em função das complicações relacionados à isquemia medular e visceral. Através do advento dos stents de aorta, existe hoje a possibilidade de resolução com diminuição da mortalidade e recuperação precoce dos pacientes. A indicação cirúrgica dependerá dos sintomas ou do diâmetro transversal da aorta.

PALAVRAS-CHAVES: Aneurisma de Aorta | Cirurgia endovascular | Stents

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 1953

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Embolização Mesentérica para o Tratamento de Hemorragia Digestiva Baixa - Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JAMILLY ALVES PADILHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), SALIM ABDON HABER JEHA NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), BEATRIZ FERREIRA DIOGO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: hemorragia digestiva baixa (HDB) corresponde a sangramento no trato digestório distal ao ângulo de Treitz. Hemorragias digestivas agudas podem apresentar-se na forma de hematêmase, melena ou mesmo enterorragia. Em cerca 8% a 12% dos casos de HDB a origem do sangramento não será demonstrada, apesar de investigação diagnóstica exaustiva. RELATO DE CASO: paciente AWCP, sexo masculino, 16 anos, esteve internado em hospital privado por cerca de 30 dias, afim de investigar episódios de HDB de caráter intermitente, que se manifestavam na forma de melena. No dia 13/08/2016, foi submetido à endoscopia digestiva alta, que evidenciou gastrite enantemática leve de antro e ausência de sangramento ao exame. Em seguida, dia 17/08/2016, foi realizado colonoscopia, cujo resultado ficou inconclusivo, pois havia muito sangue no cólon, não sendo possível identificar o ponto exato do sangramento. Tentou-se ainda chegar a um diagnóstico com a realização de cintilografia com hemácias marcadas, que fora realizado em 01/09/2016 evidenciando-se extravasamento do radiofármaco na região do cólon ascendente. Durante toda a internação houve necessidade de hemotransfusão, e valores da hemoglobina chegaram à 6,5 g/dl. No dia 16/09/2016 o paciente em questão foi submetido à arteriografia diagnóstica, com fins terapêuticos, dos vasos mesentéricos. A arteriografia mesentérica superior identificou num curto segmento do intestino delgado, imagem de enovelado de vasos correspondendo à angiodisplasia, ou seja, malformação vascular. Procedeu-se o cateterismo superseletivo das artérias nutridoras da lesão com auxílio de microcateter e de microguia especializados. Realizou-se a embolização superseletiva do pedículo arterial, utilizando-se uma pequena quantidade de microesferas (700-900 micras) e mais uma mola 2x2mm no tronco arterial nutridor. As arteriografias superseletiva e seletiva da artéria mesentérica superior de controle demonstraram oclusão dos vasos embolizados e ausência de "blush" na topografia intestinal e contração da parede das alças de intestino delgado adjacentes. Procedimento realizado sem intercorrências e com sucesso terapêutico. CONCLUSÃO: Os quadros de HDB mostram-se desafiadores em certas circunstâncias, a depender do sítio e da intensidade do sangramento. A arteriografia, assim como um método diagnóstico padrão ouro, pode também ser terapêutica, desde que realizada no momento ideal.

PALAVRAS-CHAVES: Hemorragia digestiva baixa | Arteriografia | Embolização

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2005

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Aneurisma Roto de Aorta Torácica Descendente: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLEINALDO DE ALMEIDA COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), PEDRO HENRIQUE DA SILVA GOMES (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMZONAS), EMANOEL NASCIMENTO COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMZONAS), JESSICA CORREIA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMZONAS), ISABELLE NASCIMENTO COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMZONAS)

RESUMO: Introdução Com incidência anual de 6 a 10 casos para cada 100.000 pacientes, o Aneurisma da Aorta Torácica (AAT) acomete porções variáveis da aorta torácica. Dissecções ou roturas são complicações graves, evoluindo geralmente para quadros de hipotensão, choque e óbito. O estudo relata um caso de aneurisma roto de aorta torácica descendente em paciente idosa submetida a tratamento endovascular. Relato de caso Paciente do sexo feminino, 81 anos, portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica e hipertensão arterial sistêmica e Tabagismo prévio, chegou ao pronto-socorro queixando dor torácica e dispneia, sendo diagnosticada com pneumonia comunitária. Durante a internação, foi submetida à tomografia computadorizada (TC) de tórax (Figura 1), que demonstrava imagens sugestivas de AAT e hemotórax à direita. Solicitou-se avaliação do cirurgião vascular que, por meio de Angiotomografia, confirmou o diagnóstico de AAT Descendente roto, parcialmente trombosado de paredes calcificadas, medindo aproximadamente 12 cm x 9,5 cm e colos proximal e distal de 5,1 cm e 6,2 cm (Figura 2) e, considerando as características anatômicas do aneurisma e quadro clínico da paciente, optou-se por tratamento endovascular. Dois dias após o achado, a paciente foi transferida para o setor de hemodinâmica e submetida a dissecação extra-peritoneal de artéria ilíaca comum esquerda e anastomose término-lateral com prótese de Dacron 8 mm, permitindo a passagem de endoprótese aórtica torácica 12F com ?Free-Flow? e subsequente posicionamento logo abaixo da artéria subclávia esquerda, estabelecendo o fluxo. (Figura 3). Após, a paciente seguiu para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Evoluindo, no 4º dia de Pós-operatório (PO), com rebaixamento do nível de consciência secundária à taquipneia, desequilíbrio acidobásico, insuficiência respiratória e derrame pleural bilateral. Iniciou-se antibioticoterapia com posterior melhora clínica. Recebeu alta da UTI no 13º dia de PO, apresentando-se lúcida, normotensa, diurese presente e saturação arterial de oxigênio em ar ambiente a 98%. Conclusão O AAT roto constitui um dos maiores desafios para o cirurgião vascular. Este relato demonstrou uma das técnicas endovasculares mais delicadas, permitindo uma boa evolução do paciente, sem complicações relacionadas ao método.

PALAVRAS-CHAVES: Aneurisma da Aorta Torácica | Aneurisma Roto | Procedimentos Endovasculares

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2011

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fístula aorto-entérica primária associada a aneurisma sacular de aorta abdominal: relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLEINALDO DE ALMEIDA COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), JESSICA CORREIA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), EMANOEL NASCIMENTO COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), PEDRO HENRIQUE DA SILVA GOMES (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), ISABELLE NASCIMENTO COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS)

RESUMO: IntroduçãoAs fístulas aorto-entéricas são manifestações infrequentes dos aneurismas de aorta abdominal que se manifestam por hemorragia do trato gastrointestinal¹. Possuem alto índice de mortalidade que varia entre 30 a 85%. São classificadas em primárias ou secundárias, caracterizadas pela presença e ausência de procedimentos cirúrgicos na aorta¹, respectivamente. Os principais sinais e sintomas são o sangramento digestivo, dor abdominal e presença de massa pulsátil. O estudo relata um caso de fístula aorto-entérica primária associada a um aneurisma sacular de aorta abdominal. Relato de Caso Paciente do sexo masculino, 49 anos, branco, procedente do interior do estado do Amazonas, iniciou quadro de dor súbita em epigástrio, tipo cólica, de grande intensidade, associada a calafrios, tontura, fadiga, turvação visual e síncope. Após período assintomático, evoluiu com retorno da dor em mesogástrio acompanhada por enterrorragia volumosa que cessou espontaneamente. Em vista da severidade do quadro e dos vários exames realizados sem nenhum resultado significativo, optou-se por uma laparotomia exploradora como conduta diagnóstica e terapêutica. Durante a revisão da cavidade abdominal, encontrou-se uma porção de duodeno no ângulo de Treitz aparentemente aderida à aorta abdominal. Levantou-se a hipótese de fístula aorto-entérica associada a aneurisma de aorta abdominal, sendo realizada a desconexão por ligadura e sutura do pertuito entérico e aneurismático. Após a recuperação cirúrgica, o paciente realizou angiotomografia de aorta abdominal que apresentou uma dilatação aneurismática sacular da aorta abdominal infra-renal à esquerda com calcificações parietais e trombo no seu interior reduzindo parcialmente a sua luz. O aneurisma mantinha íntima relação com a quarta porção do duodeno junto ao ângulo de Treitz. Conclusão O tratamento de eleição é o cirúrgico, embora existam casos tratados por meio de técnicas endovasculares. Os objetivos principais da conduta terapêutica são a confirmação diagnóstica, controle do sangramento, reconstrução aórtica e a reparação da alça intestinal afetada pelas fístulas aorto-entéricas. Referências Ivorra CQ, Domínguez BM, Marques MA, García MIM, Jiménez JÁ, Andrés AG. Fístulas aortoentéricas: presentación clínica y hallazgos por tomografía computarizada helicoidal. Gastroenterol Hepatol. 2005;28(7):378-81. <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/14/14v28n07a13077758pdf001.pdf>. Acessado: 31/01/2012.

PALAVRAS-CHAVES: Fístula | Aneurisma da Aorta Abdominal | Hemorragia Gastrointestinal

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2018

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pseudoaneurisma na aorta torácica descendente: Relato de Caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE EMERSON DOS SANTOS SOUZA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), PRISCILLA RIBEIRO DOS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FRANCISCA MENDES), PEDRO HENRIQUE DA SILVA GOMES (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), JESSICA CORREIA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), EMANOEL NASCIMENTO COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS)

RESUMO: Embolização por projétil do sistema arterial ou venoso é uma rara complicação da penetração de ferimento por arma de fogo. Está sendo reportado o caso de um paciente do sexo masculino de 29 anos que se apresentou no serviço de emergência com ferimento por arma de fogo no braço esquerdo, que transfixou a área anterior do braço (próximo ao ombro) e entrou no tórax sem a presença de ferimento de saída. Foi realizada drenagem fechada de tórax e as radiografias iniciais mostraram o projétil na parte superior da coxa esquerda. Tomografia contrastada demonstrou um pseudoaneurisma na aorta torácica descendente e evidenciou o projétil próximo à artéria femoral superficial esquerda. O exame físico demonstrou diminuição do pulso pedioso esquerdo associado à dormência dos pododáctilos. Um tratamento endovascular para correção da aorta torácica foi realizado para selar o orifício da aorta descendente e tromboembolectomia/retirada do projétil foi feito por meio da incisão da artéria femoral esquerda, todos procedimentos foram bem sucedidos sem nenhuma intercorrência.

PALAVRAS-CHAVES: Pseudoaneurisma | Pseudoaneurisma de Aorta Torácica Descendente | Cirurgia endovascular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2019

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DERIVAÇÃO EXTRA-ANATÔMICA NÃO USUAL: ENXERTO TÓRACO-ILÍACO. RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PRISCILLA RIBEIRO DOS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FRANCISCA MENDES), JOSE EMERSON DOS SANTOS SOUZA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), JESSICA CORREIA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), PEDRO HENRIQUE DA SILVA GOMES (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), EMANOEL NASCIMENTO COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS)

RESUMO: As reconstruções com derivação da aorta torácica descendente para as artérias ilíacas/femorais são raramente utilizadas quando comparadas às demais técnicas de reconstrução extra-anatômicas do território aorto-ilíaco. Em geral são indicadas para pacientes com abdomens hostis ou infecção de enxertos aórticos. Relatamos um caso de paciente portadora de doença obstrutiva aorto-ilíaca submetida a tratamento cirúrgico através de derivação da aorta torácica descendente para artéria ilíaca externa esquerda associada à derivação cruzada da porção distal do enxerto para a femoral comum contralateral, após oclusão tardia de enxerto aorto-bifemoral prévio.

PALAVRAS-CHAVES: Bypass extra-anatomico não usual | Derivação de Aorta | Cirurgia Vascular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2021

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DRENAGEM DA VEIA CAVA SUPERIOR PARA O ÁTRIO ESQUERDO: COMPLICAÇÃO ATÍPICA DE CORREÇÃO DE CIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ARTHUR LUIZ NORTE GOMES PEREIRA ARARUNA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ROBERTO MORENO MENDONÇA (INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE NATAL), MANUELA GOMES DE AGUIAR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), RENANNA LYRA LIMA BARBALHO COUTINHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MARCÍLIO CARDOSO DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE POTIGUAR), RAPHAEL VICTOR CAMPOS FREIRE BARELA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A comunicação interatrial (CIA) representa 5-10% de todas cardiopatias congênitas, mais frequente no sexo feminino. Existem quatro formas: tipo ostium secundum, ostium primum, seio venoso e seio coronário. Os defeitos do tipo seio venoso respondem 4-11% das CIA e são caracterizados por um mal posicionamento na inserção da veia cava superior (VCS) ou inferior em relação ao nível do septo atrial, fora da área da fossa oval. Os pacientes podem apresentar sintomas relacionados a disfunção miocárdica direita ou global, arritmias ou tromboembolismo. Esses defeitos devem ser reparados cirurgicamente quando existir um shunt significativo, com sobrecarga de ventrículo direito. Esse relato descreve uma complicação pós-operatória atípica da correção cirúrgica de CIA do tipo seio venoso. RESULTADOS: M.K.S., mulher, 34 anos, apresentava precordialgia intermitente há 4 anos, associada a ortopneia e dispneia paroxística noturna, com piora progressiva. Ecocardiograma revelou uma CIA do tipo seio venoso. Submetida a cirurgia para correção, com implante de patch de pericárdio bovino, sem intercorrências. Por piora dos sintomas, após 1 ano do procedimento, realizou angiotomografia do tórax e artérias coronárias que evidenciaram drenagem da VCS para o átrio esquerdo, além de drenagem anômala da veia pulmonar superior direita para a VCS. Foi submetida a novo procedimento operatório que constatou uma oclusão da entrada da VCS no átrio direito por deslocamento do patch. Tal complicação teve como consequência o desvio do retorno venoso sistêmico para o átrio esquerdo. CONCLUSÃO: A correção cirúrgica da CIA tipo seio venoso tem um risco aumentado de estenose da VCS, shunt residual e disfunção do nó sinoatrial. Complicações podem ocorrer como consequência de uma anatomia desfavorável e de um dimensionamento errado do dispositivo. Eventos pós procedimento mais comuns são embolismo e arritmias. Deslocamentos ou prolapsos do dispositivo tem sido relatados após a utilização de um oclisor superdimensionado ou em caso de anatomia desfavorável. As complicações graves como mau posicionamento e cirurgia subsequente ocorrem em numa frequência de 1-5% e embolização do dispositivo em 0,4-4%. É importante atentar para a complicação descrita nesse caso, uma vez que o deslocamento do patch com desvio do fluxo sanguíneo da VCS para o átrio direito é uma complicação atípica e de grave repercussão.

PALAVRAS-CHAVES: Comunicação interatrial | complicação cirúrgica | veia cava superior

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2068

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VEIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO E REVASCULARIZAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), ISABELA CRISTINA SEMENSATO CARLONI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), MARCOS VINÍCIUS VIEIRA THEODORO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), PAULO EDUARDO ROCHA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), MISHELY NATÁLIA CARDOSO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), KAROLINE PEREIRA REIS VIEIRA DE CARVALHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO)

RESUMO: INTRODUÇÃO:A reconstrução aorto-ilíaco-femoral com veias do sistema venoso profundo para tratar as complicações relacionadas ao emprego de próteses tem sido feita com sucesso. Os resultados efetivos e a longo prazo assim como as implicações destes procedimentos permanecem em discussão. Para serem efetivos, a morbidade e a mortalidade relacionadas deveriam ser ao menos semelhantes em comparação aos métodos convencionais.OBJETIVOS:Avaliar as implicações da reconstrução aorto-ilíaco-femoral com VSVP quanto à morbidade e mortalidade.MATERIAL E MÉTODOS:Foram empregadas VSVP dos membros inferiores, basicamente veia femoral superficial e sua continuação, a veia poplítea, como substituta arterial com base nos trabalhos de CLAGETT, G.P. et al e SCHULMAN et al. Desde 1990, estes autores têm utilizado as veias do sistema venoso profundo para substituto do território aorto-ilíaco-femoral em casos de infecção em próteses ou na ausência de veias do sistema venoso superficial adequadas. As VSVP foram escolhidas para revascularização de membros inferiores diante de situações especiais como na infecção do enxerto protético aorto-femoral ou na indisponibilidade de próteses (45 casos) e em derivações venosas fêmoro-poplíteas infrageniculares (09 casos). A opção pelo emprego das VSVP foi devido à ausência das veias safenas magnas e parvas retiradas em cirurgias anteriores ou presença dessas veias, porém, com calibre inadequado para sua utilização (05 casos).RESULTADOS:Os pacientes apresentaram boa evolução com edema discreto no membro. Ecodoppler venoso pós-operatório revelou trombose venosa profunda em apenas um destes pacientes. O tempo médio de seguimento dos pacientes foi de 60 meses. A idade média dos pacientes foi de 71 anos e a maioria apresentou doença arterial obstrutiva multissegmentar. A principal causa de óbito foi o infarto agudo do miocárdio (4/54 pacientes - 7,4%) e a síndrome de reperfusão secundária a isquemia aguda (2/54 pacientes - 3,7%). O tempo médio de cirurgia foi de 4,5 horas.CONCLUSÕES:Concluimos ser viável a utilização da veia femoral superficial em situações de exceção e na urgência, como relatado na literatura, quando não encontramos outra opção para procedermos à reconstrução arterial. Os resultados obtidos até o momento são aceitáveis, mas um seguimento maior destes pacientes é necessário para estabelecermos o real papel do emprego de veias do sistema venoso profundo dos membros inferiores em revascularizações.

PALAVRAS-CHAVES: REVASCULARIZAÇÃO | ISQUEMIA | VEIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2121

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TROMBOEMBOLECTOMIA PRECOCE COMO TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DE FALÊNCIA DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS POR TROMBOSE EM PACIENTES EM HEMODIÁLISE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANNA LUIZA SOUZA (UNIFENAS), JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO (UNIFENAS), MARÍLIA SARGAÇO DE OLIVEIRA (UNIFENAS), ANA LUCIA CARVALHO (UNIFENAS), MATHEUS HATTGE DE OLIVEIRA (UNIFENAS), IGOR COSTA GOMES (UNIFENAS), BRENDA GERSANTI BORBA (UNIFENAS), JÉSSICA TOLEDO BONIFÁCIO GUIMARÃES (UNIFENAS)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** As fístulas arteriovenosas (FAV) representam a principal via de acesso para a realização da terapia hemodialítica em pacientes com insuficiência renal crônica terminal em hemodiálise. A prevalência de trombose das fístulas é referida na literatura em torno de 30%. A realização de uma outra FAV nestes pacientes depende da existência de veias nos membros superiores de bom calibre e nem sempre são disponíveis e factíveis de serem utilizadas. Os pacientes então dependem dos cateteres de longa permanência para a manutenção da terapia hemodialítica sujeitos a suas complicações frequentes relacionadas ao seu uso.**OBJETIVO:** Apresentar a possibilidade cirúrgica de recuperação das FAV de pacientes submetidos à terapia hemodialítica trombosadas com abordagem precoce e tromboembolectomia cirúrgica e/ou com cateter de Fogarty.**METODOLOGIA:** Apresentamos cinco casos de pacientes (três do sexo masculino e dois do sexo feminino) em terapia hemodialítica e portadores de FAV que apresentaram trombose com perda do acesso que foram submetidos à tromboembolectomia precoce e recuperação da FAV com possibilidade de sua reutilização sem necessidade de confecção de nova fístula. Este trabalho foi desenvolvido no serviço de cirurgia do Hospital Universitário Alzira Vellano em Alfenas, MG. Três pacientes apresentaram FAV radiocefálica em punho esquerdo e dois pacientes FAV cefálico-basílica em fossa cubital.**RESULTADOS:** Todos os pacientes deste estudo submetidos a tromboembolectomia e embolectomia com cateter de Fogarty devido trombose das FAV apresentaram recuperação com possibilidade de reutilização em terapia hemodialítica.**CONCLUSÕES:** É possível a recuperação das FAV quando ocorre a trombose secundária a utilização em terapia hemodialítica. A utilização do cateter de Fogarty e a tromboembolectomia são efetivas na recuperação de FAV trombosadas.**BIBLIOGRAFIA:**1. Neves Junior, MA; Melo, RC; Almeida, CC; Fernandes, AR; Petnys, A; Iwasaki, MAS; Raboni, E. Avaliação da perviedade precoce das fístulas arteriovenosas para hemodiálise. *JVascBras* 2011 10 (2): 105-109.2. NEVES JUNIOR, Milton Alves das et al . Vascular access for hemodialysis: what`s new?. *J. vasc. bras., Porto Alegre*, v. 12, n. 3, p. 221-225, Sept. 2013.3. Hayashi R, Huang E, Nissenon A. Vascular Access for Hemodialysis. *Natural ClinicalPracticeNephrology*. 2006; 2(9):504-13.4. Fistula FirstNational Vascular Access ImprovementInitiative. <http://www.fistulafirst.org>. 2009. Acessado em janeiro de 2017.

PALAVRAS-CHAVES: TROMBOSE | FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS | HEMODIÁLISE

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2257

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Infarto Renal associado à displasia fibromuscular e hipertensão arterial severa, relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIELA COSTA ANASTÁCIO (ACADÊMICA DE MEDICINA ? ESTAGIÁRIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA ENDOVASCULAR DO IUCI), CATARINA VELCHEV GARCIA DE SALGE (ACADÊMICA DE MEDICINA ? ESTAGIÁRIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA ENDOVASCULAR DO IUCI), PAULO SÉRGIO DE SOUZA RODRIGUES FILHO (ACADÊMICO DE MEDICINA ? ESTAGIÁRIO DO SERVIÇO DE CIRURGIA ENDOVASCULAR DO IUCI), RODRIGO CORREA SOFFIATI MESQUITA (RESIDENTE R4 EM CIRURGIA VASCULAR, ESTAGIÁRIO DO IUCI), FERNANDO DE MARTINO (CARDIOLOGISTA INTERVENCIONISTA DO IUCI), RICARDO SOFFIATTI MESQUITA DE OLIVEIRA (CIRURGIÃO VASCULAR/ENDOVASCULAR, CHEFE SETOR ENDOVASCULAR DO IUCI)

RESUMO: Introdução:O infarto renal, muitas vezes de difícil diagnóstico inicial, ocorre por obstrução da artéria renal e/ou seus ramos, levando à necrose do parênquima e sendo uma das causas de abdome agudo. A obstrução da artéria renal pode levar à hipertensão renovascular (HRV), caracterizada por ativação descontrolada do sistema renina-angiotensina devido à isquemia.A causa mais frequente de HRV em infante-juvenis e adultos jovens é a displasia fibromuscular da camada média (DFM).A DFM é uma doença vascular não inflamatória e não aterosclerótica que envolve artérias de pequeno e médio calibre, acometendo as artérias renais (mais à direita) em até 75% dos casos, principalmente em seus terços médio e distal, e associada ao desenvolvimento de estenoses, dissecções e aneurismas.Relato de Caso:DGC, masculino, 45 anos, com histórico de há 1 ano HAS grave, incontrolável com anlodipino 10mg, losartana 100mg e hidroclorotiazida 25mg.Admitido no Pronto Socorro com dor em regiões epigástrica e lombar direita de forte intensidade (4/4+).Sem queixas urinárias.Ao exame físico: afebril, com sudorese fria, pressão arterial 210x130mmHg, frequência cardíaca 96spm, abdome sem aumento de dor à palpação, RHA discretamente diminuídos e pequena distensão gasosa ao Rx simples de abdome.Sinal de Giordano positivo (2/4+).Sem alterações respiratórias e neurológicas.Na AngioTC apresentava infarto em terço médio do rim direito, comprometendo metade do parênquima, além de suspeita de estenose grave no terço médio da artéria renal ipsilateral.Indicada imediatamente arteriografia seletiva com subtração digital que evidenciou artéria renal bífida, duplicada após seu óstio, com estenose severa anelar de 90% em terço médio de tronco superior e dissecção em terço médio de tronco inferior, com formação importante de pseudoaneurisma, turbilhonamento e lentidão do fluxo sanguíneo à jusante.Fez-se angioplastia renal percutânea, cateterizando seletivamente cada segmento com passagem de fio guia 0,014?? e implante direto de stent de cromocobalto 4x30mm.Paciente evoluiu bem, sem complicações e pressão arterial em níveis normais.Conclusão:A angioplastia transluminal percutânea com balão é procedimento de escolha para a maioria dos casos de DFM, melhorando a hipertensão renovascular. A colocação de stents está indicada em casos de pseudoaneurismas para redirecionamento de fluxo e profilaxia de rotura, recorrência da doença e estenoses anelares graves onde possa sugerir fibrose importante como o relatado.

PALAVRAS-CHAVES: infarto renal|hipertensão renovascular|displasia fibromuscular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2347

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Diagnóstico e tratamento atual na Síndrome de May-Thurner: revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINE CORAZZA (HUST)

RESUMO: A síndrome May-Thurner é uma alteração anatômica que caracteriza-se pela compressão da veia íliaca comum esquerda pela artéria íliaca comum direita. A venografia é método diagnóstico preferencial. Quando os pacientes tornam-se sintomáticos o tratamento cirúrgico ou endovascular está indicado. Atualmente o tratamento endovascular é o método de escolha, pois foi concluído que há uma melhor recanalização do sistema venoso, com poucos riscos inerente a técnica e um menor tempo de internação. O projeto tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o diagnóstico e o tratamento atual da Síndrome de May-Thurner

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de May-Thurner | compressão da veia íliaca | veia íliaca

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2355

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: USO DE ENOXAPARINA SEGUIDO DE RIVAROXABANA PARA O TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO AGUDO DE MEMBRO INFERIOR. EXPERIÊNCIA INICIAL EM UM ÚNICO CENTRO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO HENRIQUE BATISTA SANTINI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), BRUNO ANTUNES (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), MARIANA KRUTMAN (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), EDUARDO RAMACCIOTTI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), JOÃO CARLOS DE CAMPOS (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), MARCELO TEIVELIS (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), LUCAS LEMBRANÇA PINHEIRO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), NELSON WOLOSKER (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: Introdução: Rivaroxabana é um novo anticoagulante oral aprovado para o tratamento de tromboembolismo venoso. Nos principais ensaios clínicos, o tratamento era iniciado diretamente com uma dose de 15 mg duas vezes por dia por 3 semanas seguido de 20 mg uma vez por dia por pelo menos 3 meses. Material e métodos: Avaliamos retrospectivamente uma terapia inicial para tromboembolismo venoso com 1 até 18 dias de enoxaparina (1mg/kg duas vezes por dia) seguido de rivaroxabana 20 mg uma vez por dia. Resultados: Da amostra de 49 pacientes, não observamos recorrência sintomática nem sangramento maior, observamos apenas um caso de sangramento menor. Conclusão: Concluimos que é seguro e efetivo tratar pacientes com enoxaparina seguido de uma dose baixa de 20 mg de rivaroxabana.

PALAVRAS-CHAVES: anticoagulação | trombose | rivaroxabana

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2360

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor Glômico de Mão - Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NADER NAZIR SULEIMAN (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), JÚLIO CÉSAR GOMES PAIVA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), RICARDO RUSSI BLOIS (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), RONE ANTONIO ALVES ABREU (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), ZENÓBIA DANTAS RÊGO NETA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS)

RESUMO: TUMOR GLÔMICO DE MÃO - RELATO DE CASO Júlio César Gomes Paiva; Nader Nazir Suleiman; Otávio Lima de Arruda Júnior; Ricardo Russi Blois; Rone Antônio Alves de Abreu; Zenóbia Dantas Rêgo Neta. julio_shynob@hotmail.com; ncsuleiman@uol.com.br; otaviodearruda@hotmail.com; r.blois@uol.com.br; roneabreu@uol.com.br; zenobiadrneta@gmail.com.

INTRODUÇÃO: Os corpos glômicos são estruturas especializadas, responsáveis pela termorregulação mediante controle do fluxo sanguíneo para a pele. O tumor glômico trata-se de um tumor vascular, benigno e raro, caracterizado por proliferação hamartomatosas com origem nos corpos glômicos neuromioarteriais. Embora possam ocorrer em qualquer lugar do corpo, aproximadamente 75% dos tumores glômicos ocorrem na mão e 60% são subungueais, e, em algumas situações, bilaterais. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente portador de tumor glômico em falange média do 3º quirodáctilo esquerdo, com 2 anos de evolução. **MÉTODO:** As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente e registro fotográfico dos métodos terapêuticos aos quais o paciente foi submetido. **RESULTADOS:** Paciente sexo masculino, 40 anos, procurou o Ambulatório de Oncologia cirúrgica com queixa de dor no dedo. Relatou que há 2 anos iniciou-se uma dor em corpo médio do 3º metacarpiano esquerdo, do tipo lancinante, de caráter progressivo, sempre bem localizada, que tinha como fatores desencadeantes leves toques nessa região e referia melhora do quadro algico com repouso da mão esquerda por alguns segundos, mas sem melhora completa. A dor era refratária a medicamentos, como anti-inflamatórios. Relatou também que, inicialmente, não havia abaulamento na região da dor mas, que, posteriormente observou elevação progressiva da pele no local, de forma arredondada. Como comorbidades, relatou diagnóstico de HAS há 2 anos, sendo tratada em monoterapia com antihipertensivo oral desde então. De antecedentes cirúrgicos refere apendicectomia há 18 anos. Negou antecedentes de Diabetes Mellitus, AVE, cardiopatias e outras cirurgias. Referiu etilismo social, negou tabagismo e uso de drogas ilícitas. Ao exame físico, o paciente apresentava-se em bom estado geral, sem achados ectoscópicos dignos de nota. Exames de cabeça, pescoço, tórax e abdome normais. Ao exame de membros, apresentava pulsos de membros superiores e inferiores palpáveis. Ao exame minucioso da mão esquerda, o 3º quirodáctilo apresentava uma tumoração de formato arredondado no corpo da falange média, de consistência elástica, com limites precisos e muita sensibilidade ao toque. Foram realizados testes clínicos como o Teste de Love, Teste de Hildreth e Teste de sensibilidade ao frio, que foram favoráveis à hipótese diagnóstica. Para se elucidar o caso, foi solicitado um exame ultrassonográfico com doppler de mão esquerda e retorno ambulatorial na semana seguinte. Pelo exame solicitado, foi demonstrado que no 3º quirodáctilo esquerdo havia um nódulo sólido, hipoecóico, de limites precisos, com tênue vascularização intralesional e predominantemente periférica ao doppler, de dimensões de cerca de 8,3 x 5,5 x 3,1 mm no tecido celular subcutâneo do dorso da falange média. A conduta escolhida foi realizar a excisão cirúrgica do tumor. Foi feita a delimitação do campo cirúrgico e bloqueio anestésico no 3º quirodáctilo esquerdo. Posteriormente, seguiu-se a incisão transversal no corpo da falange distal e então, a excisão do tumor com margens de segurança nas margens laterais e profunda. Para finalizar, fez-se o fechamento da incisão com sutura simples e curativo. A peça cirúrgica foi enviada ao laboratório para exame histopatológico. O paciente foi orientado a se dirigir à Unidade Básica de Saúde após 7 dias para retirada dos pontos e orientado retorno ambulatorial do paciente com o resultado do exame histopatológico. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de tumor glômico. Toda a sintomatologia referida anteriormente pelo paciente, principalmente a dor, desapareceu completamente após a cirurgia. Ao 1º mês após a cirurgia, não apresentou alterações de sensibilidade e já não apresentou queixas algicas. Referiu que ficou bastante satisfeito com o resultado da cirurgia. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico correto do tumor glômico pode ser retardado devido a doença ser rara na prática clínica. Apesar de ser uma condição benigna, o tumor pode levar a uma morbidade grave antes do correto diagnóstico ser realizado. O paciente em questão, com 2 anos de evolução, já estava com incapacidade importante para realizar tarefas

do seu cotidiano nas quais ele teria que utilizar a mão esquerda, devido a dor lancinante que é causada por leves traumas. O principal fator de risco relatado na literatura para esses tumores é a realização de atividades domésticas diárias que expõe o indivíduo a ferimentos e pequenos traumas repetidos que, no caso em questão, não estava presente na história do paciente. Porém, o quadro clínico apresentado pelo paciente, que vai da sintomatologia álgica até a visualização da proeminência na falange acometida somado aos testes clínicos de Hildreth, Love e de sensibilidade térmica foram altamente sugestivos de tumor glômico. O tipo de técnica cirúrgica a ser utilizada para tratar o tumor glômico, atualmente é outro desafio relacionado a esta patologia. Algumas técnicas foram criadas nos últimos 20 anos, visando principalmente diminuir as taxas de recidivas, que podem chegar em até 30% dos casos. Um exemplo de uma técnica é a Cirurgia Micrográfica de Mohs (CMM) que é uma técnica de retirada de tumores cutâneos que, por meio de um mapeamento das margens cirúrgicas, propicia uma avaliação histológica mais completa. Obtém-se então uma ressecção total do tumor, com melhores índices de cura, permitindo, ao mesmo tempo, maior preservação de tecido normal. No entanto, o procedimento clássico para o tratamento do tumor glômico, que é a excisão cirúrgica simples, se mostra efetivo quando de realizado de forma correta. **CONCLUSÃO:** Considerando que o tumor glômico tem geralmente seu diagnóstico retardado e causa considerável sofrimento aos pacientes, vale a pena enfatizar a importância do diagnóstico precoce assim como a necessidade de intervenção cirúrgica oportuna no sentido proporcionar o retorno mais rápido possível da qualidade de vida. Ainda nesse sentido é necessário que os profissionais médicos estejam atentos às queixas dos pacientes para uma investigação adequada e uma intervenção cirúrgica eficaz. **REFERÊNCIAS:** BUENDIA, Gisela Del Pilar Puentes et al. Tumor Glômico: um diagnóstico fácil ou difícil? Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, pág. 439-442, jul. 2010. CASTRO, José Luís Martins da Silva e. Tumor glômico subungueal ? revisão bibliográfica e descrição de caso clínico. 46f. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina). Covilhã, Universidade da Beira Interior, 2015. TANG, Chris Yuk Kwan; TIPOE, Timothy; FUNG, Boris. Where is the lesion? Glomus Tumours of the Hand. Archives of Plastic Surgery. Hong Kong, v. 40, n. 5, p. 492-495. Set. 2013. VANTI, Adriana Amorim; CUCÉ, Luiz Carlos; CHIACCHIO, Nilton di. Tumor glômico subungueal: estudo epidemiológico e retrospectivo, no período de 1991 a 2003. Anais Brasileiros de Dermatologia. São Paulo, v. 82, n. 5, p. 425-431. Set. 2007.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor | Glomico | Mão

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2372

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INSERÇÃO BRAQUIAL DE CATETERES VENOSOS TOTALMENTE IMPLANTÁVEIS PARA QUIMIOTERAPIA: EXPERIÊNCIA EM 35 PACIENTES E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO HENRIQUE BATISTA SANTINI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), BRUNO ANTUNES (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), GUILHERME YAZBEK (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), MARCELO TEIVELIS (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), MARIANA KRUTMAN (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), KENJI NISHINARI (A.C CAMARGO CANCER CENTER), LUCAS LEMBRANÇA PINHEIRO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), NELSON WOLOSKER (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: Objetivo: Avaliar prospectivamente a segurança, efetividade e o grau de satisfação de 35 pacientes submetidos ao implante de cateteres centrais de inserção periférica pela veia basílica. Métodos: Trinta e cinco pacientes consecutivos com doença oncológica ativa necessitando de quimioterapia foram acompanhados prospectivamente e submetidos ao implante de cateteres de longa permanência de inserção periférica entre novembro de 2013 e junho de 2014. Os procedimentos foram realizados em centro cirúrgico por uma mesma equipe composta por 3 cirurgiões vasculares. Os desfechos primários avaliados foram as complicações pós-operatórias precoces, ocorridos em até 30 dias após o implante. A avaliação do grau de satisfação foi realizada com base na aplicação de um questionário específico já utilizado em estudos prévios. Resultados: Em todos os casos, a punção da veia basílica foi possível e o procedimento concluído com sucesso. As complicações precoces observadas incluíram 1 caso de tromboflebite de basílica e 1 caso de infecção de bolsa, ambas tratadas clinicamente sem necessidade de retirada do dispositivo. Trinta e três dos 35 pacientes interrogados (94.3%), recomendariam o dispositivo para outras pessoas. Conclusão: A técnica de implantação de cateteres de longa permanência por inserção braquial é factível e segura. Faltam estudos comparativos entre cateteres implantados no braço versus veias do sistema cava superior, que estão em atual desenvolvimento pelo nosso grupo

PALAVRAS-CHAVES: cateter|port|central

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2379

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DISTAL E INTRAMUSCULAR: TEP É MAIS COMUM DO QUE VOCE PENSA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO HENRIQUE BATISTA SANTINI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), BRUNO ANTUNES (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), MARIANA KRUTMAN (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), MARCELO TEIVELIS (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), EDUARDO RAMACCIOTTI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), JOÃO CARLOS DE CAMPOS (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), LUCAS LEMBRANÇA PINHEIRO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), NELSON WOLOSKER (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: Introdução: tromboembolismo venoso é uma condição prevalente e potencialmente fatal. A embolia pulmonar (EP) é a complicação mais temida de trombose venosa profunda (TVP). TVP distal é responsável por aproximadamente metade dos casos de edema de membros inferiores, no entanto o manejo desta condição ainda é controverso. Objetivos: Este estudo tem como objetivo avaliar a incidência de EP em pacientes com TVP distal, em comparação com TVP proximal, baseado no uso de exames angiotomografia computadorizada e avaliar a correlação entre TVP e extensão de EP. Resultados: A incidência global de EP em nossos pacientes da amostra foi de 72%. Na análise de subgrupo, a incidência de EP foi igual em ambos os grupos proximal e distal (TVP 77%, $p > 0,99$). EP foi detectada em 43% dos pacientes com trombose de veias intramusculares. Não se observou qualquer diferença estatística entre a distribuição de lobar, segmentar e subsegmentar de EP nos três subgrupos DVT ($p = 0,665$), no entanto EP troncular só foi observada no grupo de TVP proximal. Conclusão: TVP Distal está associada com uma alta incidência de EP comparável com TVP proximal. TVP distal e tromboes intramusculares podem provocar EP com envolvimento de vasos proximais na árvore arterial pulmonar, mesmo em pacientes assintomáticos. Nosso estudo abre caminho para futuras modificações em protocolos de trombose e reforça a necessidade de anticoagulação de rotina em TVP distal e intramusculares

PALAVRAS-CHAVES: trombose venosa | anticoagulação | tromboembolismo

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2417

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fístula Aorto-entérica causado por correção de Pseudoaneurisma de Aorta

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO ABNER MARINS MUNHOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), DAVID SMANGOSZEWSKI MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), LUIZ FERNANDO BRÍGIDO CASTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), THALITA RIBEIRO ALBRES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), THAÍLA ALVES DOS SANTOS LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), ANA CAROLINA SÁ DE SOUZA CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), ANGELA CLAUDIA PAIXAO SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE)

RESUMO: Introdução: O pseudoaneurisma pode ser caracterizado como um hematoma pulsátil com uma comunicação à artéria por meio de uma passagem em sua parede, sua etiologia é considerada diversa, dentre elas: pós procedimentos cirúrgicos, infecciosas e traumáticas. As fístulas aorto-entéricas podem surgir secundárias a um reparo cirúrgico de pseudoaneurismo é considerada uma complicação rara (0,6%). O diagnóstico dessa complicação é realizado por meio de Tomografia Computadorizada, Arteriografia ou Endoscopia. Relato do Caso: Paciente 31 anos, feminino, ex-tabagista, referiu lombalgia intensa que irradiava para membros inferiores há 4 meses, piorava em ortostase e ao deambular. Referiu antecedentes de infecção urinária de repetição e hipertensão arterial sistêmica após início do quadro. Ao exame, massa abdominal pulsátil e dolorida à palpação em mesogástro e flanco esquerdo e sopro em mesogástro. Tomografia computadorizada (TC) com aneurisma fusiforme da aorta abdominal (AA) infra-renal estendendo-se para artérias ilíacas comuns; trombo mural com ulceração; erosões das corticais anteriores dos corpos vertebrais L3 e L4 e compressão com deslocamento do músculo psoas maior; moderada dilatação pielocalicial e ureteral esquerda. Angiotomografia e ultrassonografia comprovaram os achados da TC. Em correção cirúrgica aberta, evidenciou-se massa expansiva em AA infra-renal, ausência de parede posterior da aorta e erosão discreta de corpos vertebrais de L4 a S1. Fez-se reconstrução aórtica por bypass aorto-bifemoral com próteses de Dacron®. Após 5 meses, admitida por hemorragia digestiva alta e endoscopia com transfixação da prótese na 3ª porção duodenal, foi submetida a laparotomia com achado de fístula entre a aorta abdominal infra-renal e a 3ª porção duodenal. Realizado duodenectomia segmentar, anastomose duodeno-jejunal, remoção parcial do bypass aorto-bifemoral prévio e colocação de nova prótese de Dacron®. Atualmente segue sem queixas ou manifestações de complicações e em uso de corticosteroide em dose baixa. Conclusão: Diferentes causas que podem levar a lesões têm sido descritas até agora, dentre elas complicações tardias em pacientes submetidos à cirurgia de reparo aórtico com prótese, tendo, portanto, a abordagem cirúrgica uma opção segura e eficaz quando bem planejada. O aparecimento de melema ou qualquer sinal de hemorragia gastrointestinal, deve ser considerada a hipótese de FAE e o diagnóstico precoce reflete diretamente no prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Fístula Aorto-Entérica | Pseudoaneurisma de Aorta | Cirurgia Vascular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2422

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Diagnóstico precoce e tratamento cirúrgico endovascular na rotura traumática de aorta torácica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALESSANDRA LAITART (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL)), NICOLAU FERNANDES KRUEL (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES), ANDRÉ LUIZ PARIZI MELLO (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES), ORLI FRANZON (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES)

RESUMO: Introdução: A rotura traumática da aorta torácica é responsável por 10 a 20% dos óbitos em acidentes automobilísticos, sendo que apenas 10 a 15% dos pacientes acometidos por essa patologia sobrevivem¹. O mecanismo do trauma ocorre por desaceleração horizontal aguda, na qual as diferentes velocidades de desaceleração do arco aórtico e da aorta descendente geram a rotura. A lesão encontrada na maioria dos sobreviventes é a que ocorre após a emergência da artéria subclávia esquerda e a hemorragia fica contida pela adventícia da aorta e/ou pleura mediastinal². Relato de caso: Homem, 20 anos de idade, chegou ao serviço de emergência do Hospital Regional de São José trazido pelo transporte aéreo do SAMU, em maca rígida e colar cervical, vítima de colisão com um caminhão enquanto conduzia sua motocicleta. Com o diagnóstico de politraumatismo, foram iniciadas as medidas de atendimento primário preconizadas e padronizadas. Na admissão hospitalar, o paciente apresentava instabilidade pressórica, taquicardia, taquipnéia e queixava-se de dor intensa em região esternal. Após a estabilização do quadro e durante a avaliação secundária, o paciente foi encaminhado para realização das tomografias e radiografias. A tomografia de tórax evidenciou moderado hemotórax à esquerda com espessura de até 2,8 cm e laminar à direita com espessura de até 0,7 cm; sinais de laceração traumática da aorta torácica descendente com pequeno flap distando cerca de 3,4 cm da origem da artéria subclávia esquerda com formação de pseudoaneurisma com cerca de 2,7 x 2,4 cm de calibre. Diagnosticada a rotura traumática de aorta torácica, a equipe da cirurgia vascular foi acionada e o paciente foi encaminhado à hemodinâmica, onde foi realizado implante de endoprótese justa origem da artéria subclávia esquerda. A aortografia de controle demonstrou exclusão da lesão, artéria subclávia esquerda e tronco braquiocefálico pérvios, adequado posicionamento da endoprótese e ausência de endoleaks. Sua evolução pós-operatória foi satisfatória, com alta hospitalar em 12 dias. Conclusão: Nos últimos anos, a melhora da sobrevida dos pacientes com rotura traumática de aorta torácica tem aumentado. Isso se deve principalmente ao rápido diagnóstico e planejamento cirúrgico através da tomografia computadorizada e à ampliação do uso da técnica endovascular como tratamento preferencial³. Além disso, a correção precoce das lesões viscerais, ortopédicas e neurológicas reduz ainda mais a morbimortalidade desses pacientes⁴.

PALAVRAS-CHAVES: Aorta torácica | Rotura traumática | Cirurgia Endovascular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2531

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INTERVALO DE TEMPO ENTRE ADMISSÃO HOSPITALAR E INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NA SÍNDROME DO PÉ DIABÉTICO INFECTADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FABIO SOUZA GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), ANDRE DE BARROS GIANNETTI (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), LUCAS CARTAFINA BARBOSA DE SOUSA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Objetivo: avaliar o impacto do intervalo entre a admissão hospitalar e a realização do procedimento cirúrgico (intervalo AC) em pacientes com Síndrome do Pé Diabético infectado. Materiais e Métodos: foi realizado estudo retrospectivo do prontuário eletrônico de 87 pacientes com pé diabético infectado internados, submetidos a tratamento cirúrgico e a coleta de material para análise microbiológica. Os pacientes foram divididos em 3 grupos, de acordo com o intervalo AC: grupo I (até 3 dias), grupo II (4 a 6 dias) e grupo III (7 ou mais dias). Não foi possível graduar os pacientes (Classificação de Wagner) pois não existe a descrição precisa das lesões. Os resultados foram submetidos à análise estatística. Resultados: o grupo I constitui-se de 40 pacientes, com intervalo AC médio de 2,0 dias; o grupo II, 22 pacientes e intervalo AC médio de 5,6 dias e o grupo III, 25 pacientes e intervalo AC médio de 8,5 dias. A taxa de reinternação oscilou entre 15% e 20% nos grupos ($p=0,25$). A realização de amputações supramaleolares foi de 40 a 46% nos grupos estudados ($p=0,80$). O tempo médio de internação no grupo I foi de 16,2 dias; no grupo II, 19,6 dias e no grupo III, 24,2 dias ($p=0,04$), refletindo a espera pelo procedimento, pois a diferença no intervalo médio entre a primeira cirurgia e a alta foi insignificante ($p=0,30$). A taxa de reabordagens cirúrgicas no grupo I foi de 18%; no grupo II, 55% e no grupo III, 67%. ($p=0,0002$). Os microorganismos multirresistentes (MDR) foram identificados em 7%, 10% e 33%, nos grupos I,II e III ($p=0,018$). Conclusões: o menor intervalo entre a internação hospitalar e a realização do procedimento cirúrgico em pacientes com Síndrome do Pé Diabético infectado determina menor tempo de internação hospitalar, redução na taxa de reabordagem cirúrgica e redução da contaminação por microorganismos multirresistentes (MDR). Este intervalo não está associado a reinternações ou realização de amputações supramaleolares. Bibliografia:1.LipskyBA, PetersEJG, SennevilleE et al. Expert opinion on themanagement of infections in the diabetic foot. Diabetes MetabRes Rev. 2012;28(Suppl 1):163-78. 2.LaveryLA, FontaineJL, BhavanK et al. Risk factors for methicillin-resistant Staphylococcus aureus in diabetic foot infections. DiabetFootAnkle 2014;5:23575.

PALAVRAS-CHAVES: Pé Diabético | Tempo de Internação | Tempo para tratamento

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2556

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL MICROBIOLÓGICO DAS FERIDAS INFECTADAS EM MEMBROS INFERIORES DE PACIENTES DIABÉTICOS ABORDADOS CIRURGICAMENTE EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FABIO SOUZA GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), NAILTON GALDINO DE OLIVEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), ANDRE DE BARROS GIANNETTI (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Objetivo: identificar o perfil microbiológico das feridas infectadas de membros inferiores de pacientes diabéticos abordados cirurgicamente em um hospital secundário. Materiais e Método: estudo retrospectivo de pacientes com diagnóstico de Síndrome do Pé Diabético (SPD) infectados internados e submetidos a tratamento cirúrgico no período 2012 a 2015. Resultados: foram incluídos 151 pacientes. Destes, 87 tiveram material coletado para cultura. Houve predomínio de infecção polimicrobiana (57%). As bactérias gram-negativas foram as mais isoladas, predominando *Proteus* spp.. As bactérias Gram-positivas mais frequentes foram os *Enterococcus* spp, (resistência a ampicilina= 3%). Em pacientes submetidos à reabordagem cirúrgica e/ou reinternação hospitalar observou-se elevada ocorrência de bactérias multirresistentes (MDR). Cerca de 70% dos pacientes apresentavam resistência *in vitro* ao esquema empírico adotado no período (Ciprofloxacino e Clindamicina). Conclusões: em pacientes internados para o primeiro procedimento cirúrgico: a) *Enterococcus* spp. foi o patógeno mais prevalente; b) a associação de ceftriaxona, clindamicina e ampicilina apresenta-se como um esquema empírico ideal e c) a realização de cultura de fragmento não deve ser dispensada para identificação dos microorganismos resistentes ao esquema empírico inicial. Em pacientes reabordados ou reinternados por SPD infectado: a) houve mudança do perfil microbiológico com maior prevalência de MDR; b) a associação de vancomicina e carbapenênicos apresentou-se como esquema empírico ideal nos pacientes reinternados e c) material deve ser coletado para análise microbiológica para adequação do esquema antibiótico devido a taxa significativa de MDR. Bibliografia: 1. Lipsky BA, Peters EJG, Senneville E et al. Expert opinion on the management of infections in the diabetic foot. *Diabetes Metab Res Rev.* 2012;28(Suppl1):163-78. 2. Banashankari GS, Rudresh HK, Harsha AH. Prevalence of Gram Negative Bacteria in Diabetic Foot ? A Clinico-Microbiological Study. *Al Ameen J Med Sci* 2012;5:224-232. 3. Lavery LA, Fontaine JL, Bhavan K, Kim PJ, Williams JR, Hunt NA. Risk factors for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in diabetic foot infections. *Diabet Foot Ankle* 2014;5:23575.

PALAVRAS-CHAVES: PÉ DIABÉTICO | AMPUTAÇÃO | INFECÇÃO

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2557

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Eficácia da Escleroterapia Endovenosa de Espuma no tratamento de úlcera venosa crônica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CLARA OLIVEIRA DA SILVA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), AUGUSTO CEZAR LACERDA BRASILEIRO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), LUCAS GERMANO FIGUEIREDO VIEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), GABRIELA DE LIMA FERREIRA LUCENA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), WALDÊNIO ARAÚJO BARROS DOS SANTOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE)

RESUMO: Introdução: As úlceras cutâneas correspondem a uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. A prevalência e os custos do tratamento crônico da úlcera venosa são reduzidos com a terapêutica da escleroterapia com espuma guiada por ultrassom, que além de apresentar eficácia comparativa de curativos para feridas avançadas, antibióticos e tratamento cirúrgico, atende aos padrões de qualidade e proporciona rápida cicatrização das úlceras. Relato de Caso: Este estudo objetivou relatar uma experiência na terapêutica da úlcera venosa crônica através da escleroterapia com espuma guiada por ultrassom em paciente do sexo feminino, 39 anos, no período entre novembro de 2016 a janeiro de 2017. A paciente apresentava lesão ulcerada em membro inferior direito associada a veias varicosas, edema e alterações de pele. O tratamento durou 42 dias. As avaliações e intervenções foram realizadas utilizando-se de registros fotográficos para o seguimento da evolução da ferida. O estudo foi desenvolvido com autorização da paciente, para uso de imagem a título gratuito. Na primeira avaliação, a ferida apresentava-se com pouco esfacelo, sinais de hiperemia da pele adjacente e edema do membro. Após realização de ultrassom optou-se por aplicação de espuma com polidocanol a 3% em tributárias da veia safena magna do membro acometido. Na segunda avaliação, após três semanas, a paciente já referiu alívio da dor e a lesão apresentava-se pouco hiperemiada, com ausência de sinais de infecção e tamanho reduzido. Aos 42 dias de tratamento toda a extensão da lesão estava em fase final de epitelização. A úlcera em membro inferior direito encontra-se totalmente cicatrizada, comprovando a eficácia do tratamento em curto intervalo de tempo e com poucas aplicações. Quanto aos sintomas dos membros inferiores e melhora do estilo de vida, a paciente teve suas expectativas de tratamento atingidas ou superadas. Conclusão: O estudo sugere que o tratamento através da escleroterapia com espuma é seguro e induz uma rápida cicatrização da úlcera, apresentando eficácia com poucas aplicações, em curto intervalo de tempo e com resultado duradouro.

PALAVRAS-CHAVES: Úlcera venosa | Escleroterapia | Cicatrização

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2567

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMATOMA EM MÚSCULO ILIOPSOAS EM USUÁRIO DE VARFARINA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GROVER CHACA QUINA (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA), SARA VENOSO COSTA (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA), ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA)

RESUMO: Introdução: O hematoma em músculo iliopsoas caracteriza-se pela dor (inguinal, lombar ou abdominal inferior), massa hiperestésica na fossa ilíaca, contratura da coxa em flexão e neuropatia do membro inferior pela compressão do nervo femoral. O uso de anticoagulantes é um fator de risco já reconhecido. O tratamento de hematoma de psoas com hemorragia significativa deve ser revertido com plasma fresco congelado (4 ou 5 unidades), concentrado de complexo protrombinico ou vitamina K. Quando o hematoma é extenso ou há sintomatologia grave, está indicada a drenagem cirúrgica do hematoma. As complicações podem ser desde a deficiência neurológica até a morte. Relato do Caso: paciente gênero masculino, 68 anos, com queixa de dor à mobilização, perda de sensibilidade e de motricidade progressiva em ambos os membros, iniciadas há 3 meses. Portador de fibrilação atrial em uso de varfarina 10 mg/dia. À admissão, o paciente apresentava bom estado geral, estava lúcido, com mucosas úmidas e coradas, pressão arterial de 120 x 80 mmHg, frequência cardíaca de 80 bpm e afebril. Durante a inspeção, verificou-se equimose em joelho direito. Ausculta cardíaca com arritmia, sem sopros. O exame abdominal não apresentou nenhuma particularidade. No exame neurológico, observaram-se monoparesia crural grau 2, parestesia L2-L3, reflexos simétricos e sinal cutâneo-plantar negativo nos dois membros inferiores. Solicitado exames laboratoriais que evidenciaram Razão Normalizada Internacional (RNI) superior a 10, tempo de tromboplastina parcial ativada= 72,7 segundos e hemoglobina= 14,9 g/dl. A tomografia computadorizada (TC) de abdômen com contraste EV evidenciou aumento e assimetria dos mm iliopsoas, estendendo-se pela região pélvica. Confirmado o diagnóstico de hematoma muscular, suspendeu-se a varfarina e administraram-se vitamina K endovenosa 10mg/dia e 4 unidades de plasma fresco para reverter a anticoagulação. No décimo primeiro dia de internação, o paciente recebeu alta hospitalar com força muscular preservada, melhora da sensibilidade, regressão do hematoma à TC e RNI 1,99. Conclusão: quadros algicos ou neurológicos periféricos em pacientes em terapia anticoagulante devem ser investigados. A conduta conservadora é possível, principalmente nos pacientes hemodinamicamente estáveis.

PALAVRAS-CHAVES: Varfarina | Hematoma | Dor Abdominal

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2582

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESCLEROTERAPIA QUÍMICA COM ESPUMA E SAFENECTOMIA NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AUGUSTO CEZAR LACERDA BRASILEIRO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LUCAS GERMANO FIGUEIREDO VIEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GABRIELA DE LIMA FERREIRA LUCENA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GUILHERME BASTOS PALITOT DE BRITO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ANA CLARA OLIVEIRA DA SILVA (FCM-PB)

RESUMO: Introdução: A insuficiência venosa crônica é uma patologia muito prevalente, atingindo muitas vezes pacientes em idade laborativa. É provocada pelo não funcionamento correto das válvulas venosas, tendo como consequência refluxo e hipertensão venosa ao nível da microcirculação. O tratamento convencional, quando ocorre no sistema superficial ou nas perfurantes, é a cirurgia. Entretanto, a utilização de espuma de polidocanol guiada por ultrassonografia, vem se mostrando um método seguro no controle da doença e com baixo custo. Objetivo: Comparar o tratamento cirúrgico com a escleroterapia com espuma de polidocanol no tratamento para a insuficiência venosa crônica. Método: Foi realizado uma revisão na literatura em que foram colhidos artigos entre os anos de 2012 à 2015, nas bases de dados PubMed, DynaMed e EBSCOhost, em que eram descritos os procedimentos de escleroterapia com polidocanol à 1% e 3% e cirúrgico convencional, tanto de forma descritiva quanto comparativa. Resultados: Os principais escores clínicos realizados no pré-tratamento dos pacientes que são submetidos à escleroterapia e safenectomia são: dor, edema, inflamação, pigmentação e lipodermatoesclerose. Ao término das duas modalidades terapêuticas, não se evidenciou diferença estatística na melhora dos escores entre os dois grupos. Do ponto de vista clínico, as duas tiveram eficácia equivalentes. Do ponto de vista ultrassonográfico, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois métodos. Conclusão: A escleroterapia com espuma guiada por ultrassonografia demonstrou benefício equivalente à cirurgia convencional com a vantagem de oferecer tempo de recuperação e volta às atividades laborais, em média, 10 vezes mais rápido. Além disso, as complicações são aceitáveis quando comparado com a cirurgia convencional, sendo, portanto, uma alternativa para o tratamento dos pacientes portadores de insuficiência venosa crônica.

PALAVRAS-CHAVES: escleroterapia | insuficiência venosa | válvulas venosas

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2599

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: REPERCUSSÃO DO USO DA CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA NA TAXA DE ÓBITO DE PACIENTES SUBMETIDOS A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM 1 ENXERTO NA REGIÃO SUDESTE DE 2015 A 2016: ESTUDO DE 3038 PROCEDIMENTOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRENNO IVO SOARES SANTOS (HSPE), ALEXANDRE GABRIEL SILVA REGO (UFPI), BRENDA IRLA SOARES SANTOS (UFPI), ANTONIO RAYRON SOARES DE HOLANDA (UFPI), LUCAS PAZOLINNI VIANA ROCHA (UFPI)

RESUMO: OBJETIVOS: Analisar a repercussão do uso ou não da circulação extracorpórea (CEC) na taxa de óbito intra hospitalar de pacientes submetidos a revascularização miocárdica com 1 enxerto. MÉTODOS: Estudo analítico-retrospectivo a partir das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) de pacientes submetidos a revascularização miocárdica com 1 enxerto com ou sem o uso de CEC. Os dados foram tabulados a partir do SIS AIH TabWin. Considerou-se todas as cirurgias realizadas no sudeste no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. A razão de chances para o desfecho óbito foi calculado pelo teste de Odds Ratio, apresentado em um intervalo de confiança de 95% e seguido do teste de Qui-quadrado com correção de Yates. Calculou-se também o ARR, ou seja, o aumento proporcional na taxa de óbito entre o grupo sem o uso de técnica complementar em relação ao grupo com uso. Considerou-se significativo pRESULTADOS: No total, foram analisados 3038 revascularizações miocárdicas. O não uso de técnica de CEC ocorreu em 22,25% (n=676) dos procedimentos. Naqueles submetidos à CEC, o óbito foi de 5,55%, e nos não submetidos essa taxa foi de 2,96%. O não uso de técnica complementar repercutiu em 92,6% a mais de chances para o desfecho óbito (OR=1,926) e representa um aumento relativo de risco (ARR) de 2,59% para o desfecho fatal, com valor estatisticamente significativo (p=0,0086). CONCLUSÃO: O uso da técnica de CEC apresentou diferença significativa na taxa de óbito quando comparada ao seu não uso entre os pacientes que foram submetidos à revascularização miocárdica no grupo estudado. REFERÊNCIAS: 1. Hoechter DJ, et al. Extracorporeal circulation during lung transplantation procedures: a meta-analysis. ASAIO J. 2017 Feb 27 2. Allareddy V, et al. Impact of Periapical Abscess on Infectious Complications in Patients Undergoing Extracorporeal Circulation Auxiliary to Open-Heart Surgical Procedures. J Evid Based Dent Pract. 2017 Mar;17(1):13-22 3. Formica F, et al. Minimal Extracorporeal Circulation and Minimally Invasive Valve Operations: Should They Be the Right Combination in the Future? Ann Thorac Surg. 2017 Mar

PALAVRAS-CHAVES: CEC|MORTALIDADE|REVASCULARIZACAO

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2604

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: PACIENTE COM COARCTAÇÃO DE AORTA CORRIGIDA DURANTE A GESTAÇÃO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA RIBEIRO RODA (PUC CAMPINAS), HELAINE MARIA BESTETI PIRES MAYER MILANEZ (CAISM UNICAMP), ADRIANA DE ALMEIDA UETI (CAISM UNICAMP), GIULIANE JESUS LAJOS (CAISM UNICAMP), PEDRO PAULO MARTINS DE OLIVEIRA (HC UNICAMP)

RESUMO: Introdução:A coarctação de aorta é um estreitamento na aorta torácica proximal, comumente diagnosticada na infância; e quando não, pacientes portadoras dessas anomalias atingem a idade reprodutiva e engravidam. No Brasil, corresponde de 6 a 8% de todos os defeitos cardíacos congênitos e é o sexto defeito cardíaco mais comum. Sem tratamento, apresenta morbimortalidade significativa. A cirurgia cardíaca em gestante apresenta riscos como hipotermia, que pode induzir contrações uterinas e estimular o trabalho de parto prematuro, além de reduzir o fluxo sanguíneo placentário. A possibilidade de realização de uma intervenção cirúrgica depende da idade gestacional ao diagnóstico, sendo o período ideal o início do segundo trimestre. Relato de caso: MFS, 20 anos, primigesta acompanhava no ambulatório de Cardiologia da Unicamp há 1 ano por estenose mitral reumática. No início do Pré-Natal foi observado sopro rude em foco aórtico, com irradiação para região axilar e jugular esquerdas; realizou Ecocardio com 8 semanas que identificou coarctação de aorta. Realizada RNM confirmou-se o diagnóstico. Indicada cirurgia corretiva com 10 semanas, com anastomose termino-terminal com sangramento ao redor de 300ml, sob anestesia peridural e geral, sem necessidade de circulação extra-corpórea. A Ecocardio de 15 semanas evidenciou dupla lesão mitral leve, estenose aórtica leve e dilatação moderada de átrio esquerdo. O parto foi realizado às 40 semanas por via vaginal. Apresentou hipertensão arterial sistêmica no puerpério imediato, controlada e com boa evolução. Após 4 anos, a paciente iniciou nova gestação, tendo realizado PN em outro serviço e parto realizado em 2012 por via vaginal, com uso de fórceps. Em 2015, iniciou terceira gestação e início de PN com IG 39semanas, apresentando Ecocardio com dilatação moderada de átrio esquerdo, estenose mitral moderada, insuficiência mitral leve, sem alteração do fluxo na aorta descendente em relação ao fluxo na valva aórtico. Evoluiu para parto vaginal sem analgesia. Conclusão: A coarctação de aorta é tipicamente mal tolerada na gestação, já que o gradiente de pressão intra-aórtico e a fração reduzida após a área da coarctação levam a uma redução significativa do sistema útero placentário, elevando a ocorrência de abortos e óbitos fetais. Apresentamos um caso excepcional, com abordagem cirúrgica de cardiopatia grave durante a gestação e correção adequada, o que possibilitou boa evolução fetal nas três gestações

PALAVRAS-CHAVES: COARCTAÇÃO DE AORTA | GESTANTE | CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2609

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem cirúrgica em paciente com cardiopatia congênita devido à rubéola perinatal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DOUGLAS AKIHIRO TUNGUI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL), FRANCISCO MAMEDE JOHNSON DE AQUINO FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL), AUGUSTO LUIZ LIRA SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL), SARAH MARIA DE SOUSA FEITOZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL), EVERTON ALENCAR MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL), ANTONIO LUCAS ALBUQUERQUE DE SABOIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL), VALÉRIA FONTENELE MARQUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL), LEVI CARVALHO E SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL)

RESUMO: A Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) é importante causa de malformações fetais, atingindo mais de 80% dos neonatos quando adquirida no 1º trimestre de gestação. Neste caso, será relatada a abordagem cirúrgica de uma paciente com múltiplas complicações cardiovasculares devido à SRC. Paciente: R.C.S., feminino, 22 anos, natural de Iporanga-CE. Admissão: Dispneia grau 2 na escala NYHA; 1,38m; 31kg; IMC 16,3; 110x60mmHg; 103bpm; 12irpm; 100%SpO₂; 32,4 oC. HDA: Paciente apresenta, desde o nascimento, surdez e defeitos anatômicos cardíacos relacionados à rubéola adquirida pela mãe no período gestacional. Aos 2 anos de idade, a paciente foi submetida a um procedimento de plastia valvar aórtica, porém o espaço mediastinal, bem como coração e grandes vasos desta região, não obtiveram um crescimento satisfatório com relação ao desenvolvimento do restante do organismo. Por conseguinte, o débito cardíaco é insuficiente para suprir a demanda orgânica, evidenciado pelo quadro dispnéico aos médios esforços. Comorbidades: HAS diagnosticada há 1 ano. Sem história familiar de doença cardiovascular. ECG: Sinusal e sem alterações relevantes. ECO: FE de 65,31%; espessura da parede VE de 6mm; espessura do SIV de 6mm; diâmetro diastólico de 40mm; diâmetro sistólico de 24mm; volume diastólico final de 105,66 ml; volume sistólico final de 36,65 ml. Detalhes Gerais do Procedimento: data 11/07/2016; cirurgia eletiva; correção cirúrgica de doença valvar de caráter anatômico. Detalhes da Circulação Extracorpórea (CEC): tempo de CEC 105 minutos; tempo de anóxia 95 minutos; cardioplegia com solução sanguínea, resfriada, sentido anterógrado e fluxo intermitente. Detalhes do Procedimento: ampliação de via de saída de VE com troca valvar (ressecção de musculatura hipertrófica do VE; ressecção de membrana subaórtica; ampliação de anel aórtico com patch do pericárdio bovino tipo monoguan; troca valvar aórtica por prótese biológica de diâmetro 21mm). Detalhes de Alta: creatinina pós-op 0,74 mg/dl; paciente evolui sem intercorrências; tempo de internação total de 7 dias. Prescrição de Alta: Losartana, Espironolactona, Dipirona, AAS. Retorno: Retornou às consultas de 1 e 3 meses de pós-operatório sem intercorrências. Apesar do mau prognóstico associado à SRC, a abordagem cirúrgica bem sucedida reitera a importância de desenvolver procedimentos que reduzem sua morbimortalidade. A abordagem cirúrgica é muitas vezes imprescindível para garantir qualidade de vida ao portador de doença considerada incurável.

PALAVRAS-CHAVES: síndrome da rubéola congênita | cirurgia cardiovascular | malformação congênita

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2659

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pseudoaneurisma de tronco braquiocefálico secundário à ferimento por arma de fogo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALESSANDRA LAITART (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL)), NICOLAU FERNANDES KRUEL (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES), ANDRÉ LUIZ PARIZI MELLO (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES), ORLI FRANZON (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES)

RESUMO: Introdução: O pseudoaneurisma é definido como um hematoma pulsátil que possui comunicação com uma artéria através de um colo formado após a ruptura da parede arterial. Diferentemente do aneurisma verdadeiro, cujas paredes são do próprio vaso, as paredes do pseudoaneurisma são formadas pelo próprio tecido ao redor da artéria¹. Dependendo da sua localização, o diagnóstico pode ser feito através de eco collar doppler, tomografia computadorizada, ressonância magnética ou angiografia². Relato de caso: Homem, 41 anos de idade, chegou ao serviço de emergência do Hospital Regional trazido pelo SAMU, vítima de ferimento por fragmento de fuzil em região cervical anterior. Na admissão hospitalar, o paciente apresentava desconforto respiratório e dor torácica, orifício de entrada em região cervical anterior, sem orifício de saída, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em hemitórax direito e saturação em cateter nasal de oxigênio de 93%. Pulsos periféricos estavam cheios e presentes nos quatro membros. Uma radiografia de tórax realizada no atendimento da sua cidade de origem demonstrou o fragmento de projétil alojado em região torácica posterior. Na avaliação secundária o paciente se mantinha estável e foi encaminhado para realização de uma tomografia de tórax. O laudo do exame constatou a presença de fragmento metálico entre o 9º e o 10º arcos costais direitos posteriormente, hemotórax de grande volume à direita determinando atelectasias pulmonares compressivas, pequeno pneumotórax direito e densificação do tecido adiposo mediastinal associado a provável lesão do tronco braquiocefálico arterial. Para confirmar a lesão vascular, foi solicitada uma angiotomografia de tórax que evidenciou sinais de lesão do tronco braquiocefálico arterial associada a densificação do tecido adiposo mediastinal (pseudoaneurisma). A pedido do mesmo, o paciente foi transferido para outro serviço, no qual foi realizada a correção endovascular do pseudoaneurisma de tronco braquiocefálico. Conclusão: O tratamento de pseudoaneurismas vêm apresentando melhores resultados nos últimos anos devido ao aprimoramento da cirurgia endovascular e habilidade do cirurgião. Dentre as vantagens dessa abordagem estão a baixa morbidade, segurança e rápida resolução, reduzindo tempo de internação e complicações pós-operatórias. A dificuldade no diagnóstico é um dos principais desafios dessa patologia, o qual deve ser rapidamente estabelecido, aumentando assim as chances de sobrevivência desses pacientes³.

PALAVRAS-CHAVES: Pseudoaneurisma | Tronco braquiocefálico | Cirurgia endovascular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2786

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: USO DA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE FOURNIER

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA JULIA DE JESUS CANDEA (HGWA), VÂNIA LÚCIA CABRAL REBOUÇAS (HUWC), JOÃO SALES CAMPOS PIMENTEL (HUCW), NAYARA FALCÃO RODRIGUES (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA), TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS (HGWA), DANILO DE ANDRADE LIMA (HGWA), PEDRO HENRIQUE DE CARVALHO MOTA (HGWA), CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA (HGWA)

RESUMO: Objetivo: Analisar o papel da Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) como terapia adjuvante no tratamento da Síndrome de Fournier de pacientes do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. Métodos: Foram incluídos no estudo três pacientes do sexo masculino com idade média de 61,3 (36, 72 e 76) anos e com diagnóstico prévio de Síndrome de Fournier e sinais sistêmicos de Sepsis. Os pacientes foram submetidos a quinze sessões diárias de OHB, com duração de 90 a 120 minutos cada, sendo as sessões iniciadas após o décimo dia de evolução do quadro clínico. Na ocasião, foram utilizadas pressões médias de 2,0 a 2,5 ATA (atmosfera absolutas). Todos os pacientes foram previamente submetidos a debridamento cirúrgico do tecido necrótico e drenagem da secreção purulenta, associado a terapia endovenosa com antibióticos de largo espectro. Resultados: Através do estudo realizado, demonstrou-se a importância de medidas de suporte no tratamento da Síndrome de Fournier. Foi observada significativa melhora do estado geral de um dos pacientes já na quarta sessão de tratamento com OHB. Em outro paciente, foram ainda observados rápida regressão da área edemaciada e diminuição da lesão após a quarta sessão. Em todos os três casos avaliados, houve fechamento completo das lesões ao final do tratamento com OHB. Conclusão: A Oxigenoterapia Hiperbárica no tratamento da Síndrome de Fournier mostrou-se eficaz como método terapêutico adjuvante. Houve um melhor controle da infecção, impedindo a progressão das lesões e diminuindo o seu tempo de cicatrização. Chama atenção, portanto, a relevância de um diagnóstico precoce e de uma terapêutica adequada a fim de preservar estruturas atingidas pela Síndrome de Fournier, evitando a sua disseminação.

PALAVRAS-CHAVES: Hiperbarica | Oxigenoterapia | Fournier

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2787

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uso da oxigenoterapia hiperbárica no tratamento coadjuvante de um caso de choque tóxico: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAYARA FALCÃO RODRIGUES (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA), VÂNIA LÚCIA CABRAL REBOUÇAS (HUWC), JOÃO SALES CAMPOS PIMENTEL (HUWC), ANA JULIA DE JESUS CANDEA (HGWA), CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA (HGWA), PEDRO HENRIQUE DE CARVALHO MOTA (HGWA), TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS (HGWA), DANILO DE ANDRADE LIMA (HGWA)

RESUMO: Objetivo: O choque tóxico pelo streptococcus é uma entidade pouco comum, porém de elevada morbimortalidade. A etiologia é variável sendo que na maioria dos casos o Staphilococcus e o Streptococcus são as mais freqüentes. Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de choque tóxico, onde a oxigenoterapia hiperbárica foi utilizada no tratamento coadjuvante. Relato do Caso: Os autores relatam caso de homem, 57 anos, até 3 dias antes hígido, sem nenhum fator maior de co-morbidade. Evoluiu com mialgia, febre baixa e dor em cotovelo direito. Foi atendido em serviço de emergência tendo sido constatado apenas plaquetopenia (55.000) e leucocitose. Na ocasião, o diagnóstico foi dado como sendo dengue hemorrágico, feito sintomático e encaminhado ao infectologista. O paciente evoluiu com piora da dor, exantema no membro superior direito, febre e grande queda do estado geral. Foi internado e, cerca de 24 horas após, apresentava choque séptico e insuficiência renal aguda, sendo encaminhado à UTI. Iniciou-se reposição intensa de líquido, aminas vasoativas, hemodiálise e antibioticoterapia de amplo espectro com clindamicina, ceftaxidina e vancomicina. Vinte e quatro horas após, apresentava edema intenso em todo membro superior direito com sofrimento extenso da pele e síndrome compartimental. Foi realizado fasciotomia descompressiva em mão, antebraço e braço e posteriormente desbridamento amplo. Após 12 horas da cirurgia, iniciou tratamento em câmara hiperbárica com 2,8 ATAs por duas horas. À noite evoluiu com edema agudo de pulmão, sendo realizado intubação orotraquel e intensificação da hemodiálise. Após 48 horas, foi extubado e mantido em sessões diárias de oxigenoterapia hiperbárica (OHB). Evoluiu com melhora progressiva, sendo realizado curativo de 5/5 dias com espuma de poliuretano impregnada com prata. O paciente saiu do quadro de sepsis após 10 dias, com reconstituição por enxerto da área desbridada com 33 dias de tratamento sem nenhuma seqüela, sendo realizada um total de 30 sessões de OHB. Conclusão: Concluímos que, dentro da gravidade do quadro, a adição da OHB ao esquema de tratamento convencional com antibioticoterapia, compensação hemodinâmica, hemodiálise intensiva e cirúrgica precoce, contribuiu de maneira significativa para uma melhor evolução do caso.

PALAVRAS-CHAVES: choque toxico | Hiperbarica | Oxigenoterapia

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2788

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Oxigenoterpia Hiperbárica para tratamento de úlcera microangiopática em diabéticos.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAYARA FALCÃO RODRIGUES (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA), VÂNIA LÚCIA CABRAL REBOUÇAS (HUWC), JOÃO SALES CAMPOS PIMENTEL (HUWC), ANA JULIA DE JESUS CANDEA (HGWA), CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA (HGWA), YURI NÓBREGA ROCHA (HGWA), TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS (HGWA), DANILO DE ANDRADE LIMA (HGWA)

RESUMO: Objetivos: Relatar 3 casos de úlceras microangiopáticas tratados no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Walter Cantídio com oxigenoterapia hiperbárica. Relato: Caso 1 ? Paciente do sexo feminino com 64 anos, branca, diabética há 10 anos, em uso de hipoglicemiante oral, com úlcera em região pré-tibial com 3 meses de evolução, muito dolorosa, tratado com de pentoxifilina, antibioticoterapia e uso de diferentes curativos, com piora progressiva. Iniciou-se cilostazol 100mg 12/12h, tramadol, dipirona e anti-inflamatórios por 30 dias sem melhora. Iniciou oxigenoterpia hiperbárica (OHB) em 02/01/2003, tendo alívio da dor após 10 sessões e cicatrização total com 20 sessões. Caso 2 - Homem, 63 anos, pardo, hipertenso há 30 anos, com uso de 3 drogas anti-hipertensivas, apresentando úlcera em maléolo externo esquerdo com 1 mês de evolução após pequeno trauma. Foi tratado com cilostazol 100mg 12/12h, pentoxifilina 400mg 8/8h, analgésicos diversos e diferentes curativos sem melhora. Em 18/05/2005 iniciou OHB, tendo alívio da dor após 12 sessões apesar da expansão da área da úlcera durante o tratamento. Houve cicatrização com 30 sessões. Caso 3 - Mulher, 75 anos, diabética, branca, em uso de insulina, evoluindo há 2 meses com úlceras de aparecimento espontâneo sobre tendão de Aquiles direito, tratada inicialmente com cilostazol 100mg 12/12h e pentoxifilina 400mg 8/8h, analgésicos variados e curativo diversos, com piora progressiva. Foi iniciado OHB em 08/02/2007 havendo alívio da dor após 10 sessões e cicatrização total com 20 sessões. Conclusão: a úlcera microangiopática, característica dos diabéticos e hipertensos, é uma doença de difícil controle, dolorosa e com tempo médio de cicatrização de 3 a 6 meses, sendo as terapias convencionais com uso de vasodilatador periférico, curativos e analgésico são pouco eficazes nessas condições. No entanto, o uso da oxigenoterapia hiperbárica (OHB) vem demonstrando ser uma excelente opção terapêutica em úlceras isquêmicas de diferentes etiologias, em especial em diabéticos, reduzindo o tempo de tratamento e diminuindo os levados índices de amputação nessa população. Com base nos efeitos fisiológicos já estabelecidos da OHB, nos resultados de diversas séries de casos e trabalhos duplo-cego com uso dessa terapia em feridos isquêmicos e em pé diabéticos e na experiência do serviço com essa terapia, consideramos a OHB uma estratégia eficaz no tratamento das úlceras microangiopáticas.

PALAVRAS-CHAVES: Oxigenioterapia | Hiperbarica | Úlcera

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2792

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AORTO-ILÍACO EM PACIENTE COM RIM PÉLVICO CONGÊNITO: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OTACILIO FRANCISCO PARAGUAY FIGUEIREDO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), OTACILIO FIGUEIREDO DA SILVA JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), RODRIGO NOBREGA BANDEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), FELIPE RAMALHO DE MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), GABRIELLA AQUINO GOUVEIA CAGLIARI (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), ANA BEATRIZ PARAGUAY FIGUEIREDO (FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS-CG), CIBELE OHANY NOGUEIRA LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A incidência de rim pélvico é de 1 para cada 2100-3000 pessoas. A associação de rim pélvico congênito com aneurisma aorto-ilíaco é um achado clínico extremamente raro. Estudo radiológico relatou que 0.18% dos pacientes que se submeteram a um reparo aórtico importante tinham rins pélvicos. A mortalidade pós-operatória em até 30 dias da correção eletiva desse aneurisma é de 1.2%. Em nosso conhecimento, apenas 29 casos prévios estão disponíveis na literatura científica. A dificuldade técnica é para preservar a função renal do rim pélvico. RELATO DE CASO: Paciente de sexo masculino, 71 anos, tabagista, dislipidêmico, diabético, história familiar de doença aterosclerótica, sem queixas. Relatou presença de aneurisma de aorta abdominal ao fazer exames de rotina. Angiotomografia revelou aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 3,3 x 3,0 cm e 3,6cm de comprimento, rim esquerdo pélvico com artéria renal de origem aórtica, aneurisma de íliaca comum esquerda de 9,7 x 3,9 x 3,6cm, de íliaca comum direita de 4,1 x 1,8 x 2 cm e de hipogástrica esquerda de 2,2 x 2cm. A cirurgia foi programada para ser em dois tempos. O primeiro tempo foi feito através de incisão arciforme à direita, com isolamento da artéria renal do rim pélvico, bifurcação aórtica e artéria íliaca externa direita. Foi feita uma desconexão dessa artéria renal da aorta distal e reconstrução do trânsito aorto-renal por anastomose termino-lateral com a artéria íliaca externa direita. O exame de controle mostrou sucesso do desvio de trânsito. O segundo tempo foi realizado dias após, com acesso transfemoral bilateral, em que realizou-se, inicialmente, a cateterização e embolização com molas fibradas da artéria hipogástrica esquerda. O cateter pigtail centimetrado foi posicionado para controle e liberação da endoprótese aorto-ilíaca, com fixação infrarrenal, implante de uma perna da endoprótese do lado direito e extensão com selamento na artéria íliaca externa esquerda. O balão de acomodação foi utilizado para fixação da endoprótese. O controle angiográfico pós-cirúrgico mostrou exclusão do aneurisma e perviedade da endoprótese. Com 30 e 60 dias foi feito controle por exame de ultrassom que mostrou ausência de vazamento (endoleak) e perfusão normal do rim pélvico. CONCLUSÃO: O tratamento endovascular de aneurismas aorto-ilíaco em paciente com rim pélvico congênito foi realizado com sucesso e pode se tornar um tratamento factível e eficaz, por ser menos invasivo que a técnica convencional.

PALAVRAS-CHAVES: aneurisma de aorta abdominal | rim pélvico | cirurgia endovascular

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2866

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS CASTELO PRUDENTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), GABRIEL LUNARDI ARANHA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA), NATHALIA PEREIRA VIZENTIN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), LETICIA BIANCO GOMES DE ALMEIDA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA), BRENO BIANCO GOMES DE ALMEIDA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA), ALEXANDRE DE TARSO MACHADO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) é a diminuição ou obstrução da drenagem venosa da cabeça, pescoço e extremidades superiores pela veia cava superior (VCS) por trombose ou compressão extrínseca. A maioria dos casos é secundário à malignidade e dentre os casos benignos, fibrose mediastinal (FM) é a principal causa. FM é caracterizada por proliferação fibrosa no mediastino podendo ser idiopática ou secundária a condições como doenças inflamatórias, autoimunes ou infecciosas. Os principais sinais e sintomas são: edema facial e dos membros superiores, colateralização das veias torácicas e do pescoço, dispneia e tosse. No tratamento da SVCS, a angioplastia com balão ou stent é atualmente o método que fornece o alívio mais rápido da obstrução com menores riscos quando comparada com cirurgia, radioterapia e quimioterapia. RELATO DE CASO Mulher, 34 anos, previamente hígida, evoluindo em 4 meses com edema progressivo no território de drenagem da VCS, apresentando piora nas últimas semanas com dispnéia, ortopneia e intubação orotraqueal. Tomografia evidenciou obstrução da VCS por massa mediastinal com intensa colateralização em região toraco-cervical com o diagnóstico de fibrose mediastinal. Foi realizada flebografia por acesso femoral que evidenciou oclusão da VCS e veias inominadas bilateralmente com intensa circulação colateral envolvendo veias torácicas e epigástrica (tipo IV). Tais veias foram recanalizadas com fio guia hidrofílico, e realizada angioplastia com balão 9 x 40 mm com melhora da drenagem venosa. Em seguida foram posicionados dois stents metálicos autoexpansíveis de 10 x 69 mm de tamanho recobrando desde a veia subclávia estendendo-se até a transição da VCS com átrio direito bilateralmente, com redução do fluxo de contraste em veias colaterais. No pós-operatório imediato nota-se melhora do edema palpebral e dos padrões ventilatórios. CONCLUSÃO O procedimento endovascular mostrou ser seguro e eficaz, sendo a escolha de tratamento nos casos em que sua realização é possível. Obstáculos que podem ser encontrados são: ausência de acesso vascular, vaso totalmente obstruído/ infiltrado por tumor, variações anatômicas, problemas renais ou alergia ao contraste iodado, o que prejudica sua utilização.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome da Veia cava Superior | Cirurgia endovascular | Cirurgia Minimamente invasiva

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2868

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO ENDOVASCULAR PARA ISQUEMIA INTESTINAL POR TROMBOSE DE VEIA MESENTÉRICA SUPERIOR E RAMO DIREITO DA VEIA PORTA: UM RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EPIFANIO SILVINO DO MONTE JUNIOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), JULIANY MEDEIROS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), MARCIO VILLAR DE FREITAS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), GUILHERME TARSO DE ANDRADE ALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), JOSÉ VILDINÁRIO BELMIRO JUNIOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), CAMILA ANDRÉ ANTUNES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), EDUARDO ANACLETO DE CARVALHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), LUÍS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO (HOSPITAL UNIVERSITARIO ONOFRE LOPES)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A isquemia intestinal aguda é geralmente causada por embolia ou trombose de artérias intestinais. Uma parcela muito pequena (menos de 10% dos casos) tem como causa a trombose de veia mesentérica. O quadro clínico característico consiste de fortes dores abdominais associado a exame físico relativamente inocente. Os idosos e as mulheres representam a maioria dos pacientes acometidos por esta patologia. Apesar dos avanços na cirurgia vascular, a taxa de mortalidade sofreu pouca alteração nas últimas décadas. Dada a raridade do quadro, o presente relato de caso versa sobre trombose de veia mesentérica superior e ramo direito da porta, causando isquemia mesentérica. **RELATO:** Paciente 32 anos, sexo masculino, com história de dor epigástrica de duração sete dias, evoluindo com dor abdominal difusa, náusea, vômito e parada da eliminação de flatos. Ao exame, apresentava desidratação, sudorese, abdome difusamente doloroso e descompressão brusca dolorosa. Realizou tomografia computadorizada de abdome, a qual evidenciou trombose de veia mesentérica superior e ramo direito da veia porta, sem sinais de pneumatose intestinal ou pneumoperitônio. Realizada fibrinólise intra arterial, através da artéria mesentérica superior e heparinização plena em bomba de infusão contínua. A evolução clínica foi favorável, culminando em resolução das queixas. **CONCLUSÃO:** Percebemos que o paciente em questão foge do escopo mais frequente da população acometida, representando uma delgada proporção dos casos. Se faz mister ressaltar que possibilidades terapêuticas são variadas, contando com a anticoagulação, tratamento trombolítico e tratamento operatório. No caso em questão, observamos que a terapia combinada (tratamento trombolítico e anticoagulação com heparina em bomba de infusão contínua) foi eficaz na resolução do quadro.

PALAVRAS-CHAVES: Trombose | mesentérica | isquemia

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2908

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EMBOLIA PULMONAR POR OCLUSÃO ARTERIAL AGUDA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), DEODATO ROLIM CARTAXO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE)

RESUMO: Introdução: O termo oclusão arterial aguda é empregado para caracterizar uma obstrução à passagem do sangue na luz de uma artéria decorrente de um êmbolo ou um trombo. Tem-se como fatores predisponentes a doença aterosclerótica periférica, fibrilação arterial e infarto prévio. O diagnóstico é clínico e o paciente apresenta um quadro súbito de dor intensa, com frialdade, cianose, sem pulso, parestesia e paralisia. Relato de Caso: Paciente R.F., sexo masculino, 57 anos, chega ao pronto-socorro queixando-se de dor súbita e intensa em membro inferior direito (MID) com início há 30 minutos. Na consulta apresenta MID com dor, sem pulso poplíteo e distais, frialdade, cianose, paralisia e parestesia. Paciente relata hipertensão arterial sistêmica e faz uso de anti-hipertensivos. Nega diabetes mellitus, tabagismo e infartos prévios. Foi diagnosticada uma oclusão arterial aguda e o paciente foi levado imediatamente para o centro cirúrgico onde foi feita uma embolectomia arterial de urgência com heparinização e analgesia, os procedimentos foram realizados com sucesso e o doente encaminhado para a unidade de tratamento intensivo (UTI) estável, consciente e sem dor. Após 3 (três) horas evolui subitamente com um quadro de dispneia intensa, taquicardia, cianose em extremidades, aumento da pressão arterial, dessaturação e por fim, parada cardiorrespiratória. Foram feitas todas as medidas terapêuticas possíveis e adequadas, no entanto o paciente não respondeu e foi a óbito. Conclusão: O caso relatado traz à luz a discussão do manejo de pacientes com oclusão arterial aguda que, não fazem a profilaxia da embolia pulmonar com o filtro de veia cava inferior, e evoluem com trombose venosa profunda (TVP) e posteriormente embolia pulmonar. É importante estabilizar o quadro e restabelecer a circulação arterial do paciente, mas também se faz necessário proteger o paciente das possíveis complicações decorrentes da oclusão inicial a fim de diminuir a morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: EMBOLECTOMIA|TROMBOSE|EMBOLIA

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2934

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO APARELHO CIRCULATÓRIO REALIZADOS ENTRE 2012 E 2015 EM JOÃO PESSOA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), IRLA ANDRADE DANTAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA), RENATA LIMA MEDEIROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), DAVI LIMA MEDEIROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LUIZ GUSTAVO DELGADO DUARTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE)

RESUMO: Objetivo Analisar o perfil dos procedimentos cirúrgicos relacionados ao aparelho circulatório (AC) nos serviços da cidade de João Pessoa (PB) entre os anos de 2012 a 2015. Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre cirurgias do AC, ocorridas em João Pessoa, Paraíba, durante o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde. Resultados Foram realizados 7.692 procedimentos, sendo os mais frequentes a angioplastia coronariana com implante de stent (1.420), seguida de revascularização miocárdica com uso de extracorpórea, com dois ou mais enxertos (1.106). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R\$56.783.776 sendo os procedimentos que totalizaram maiores custos a revascularização miocárdica com uso de extracorpórea, com dois ou mais enxertos (R\$13.187.364,11) seguida de angioplastia coronariana com implante de stent (R\$7.756.259,98). Ao total, foram 34.156 dias de internação, sendo os procedimentos com o maior número de dias de permanência dos pacientes nos serviços, revascularização miocárdica com uso de extracorpórea, com dois ou mais enxertos (11.212 dias) e angioplastia coronariana com implante de stent (5.980 dias), respectivamente. Conclusões O controle de custos não se dá somente no nível de administração hospitalar, mas também no nível mais amplo da administração pública, como campanhas de prevenção às doenças cardiovasculares. Com o conhecimento do perfil dos internamentos cirúrgicos em AC podem ser identificadas particularidades quanto às demandas do serviço, que pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS. Bibliografia ARMENDARIS, MK; MONTEIRO, PS. Avaliação multidimensional de idosos submetidos à cirurgia cardíaca. Acta Paul Enferm, v. 25, n. 1, p. 122-8, 2012. PINTO JÚNIOR, VC et al. Epidemiology of congenital heart disease in Brazil. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, v. 30, n. 2, p. 219-224, 2015. SOUSA, AG et al. Epidemiology of coronary artery bypass grafting at the Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, v. 30, n. 1, p. 33-39, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia vascular | perfil epidemiológico | cirurgias eletiva e de urgência

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2937

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA ARTERIOVENOSA RADIOMEDIANA COMO ALTERNATIVA DE ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS (UFPA), JAMILLY ALVES PADILHA (UFPA), SILVESTRE SAVINO NETO (UFPA), BEATRIZ FERREIRA DIOGO (UFPA), MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA (UFPA)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar a Fístula Arteriovenosa (FAV) entre a artéria radial e a veia mediana como alternativa de acesso vascular para hemodiálise em pacientes atendidos no Hospital Ophir Loyola, em Belém do Pará . METODOLOGIA: Os dados coletados correspondem a 30 casos de pacientes que realizaram a confecção da FAV radiomediana no Hospital Ophir Loyola, em Belém do Pará. Foram realizadas entrevistas para preenchimento do protocolo de pesquisa, exame físico da FAV e leitura dos prontuários dos pacientes. Foram excluídos casos extras de pacientes sem prontuário disponível. Um estudo analítico-descritivo do tipo transversal foi realizado com os dados de variáveis demográficas; aspectos relacionados às comorbidades e causas de insuficiência renal crônica. Foram analisados também os tipos de acesso utilizados para hemodiálise no momento; aspectos relacionados às complicações da FAV utilizada (estenose do acesso vascular, hipertensão venosa, trombose, pseudoaneurisma, insuficiência vascular e infecções); relacionados às características da FAV (funcionalidade, tempo de uso, fluxo sanguíneo e tempo de maturação); referente à localização da FAV; além de aspectos característicos do uso anterior de acessos vasculares para hemodiálise. RESULTADOS: 50% dos pacientes eram do sexo masculino, e 53,3 % com idade entre 40 a 59 anos. A presença de comorbidades foi verificada em 86,7% dos entrevistados, sendo a hipertensão arterial sistêmica a principal condição clínica associada e a causa predominante (43,2%) de insuficiência renal crônica. A maioria dos participantes (96,7%) utilizava FAV como acesso para hemodiálise ao invés de cateter. Desses pacientes 86,66% possuíam a FAV radiomediana como acesso vascular para a hemodiálise no momento do estudo. Quatorze pacientes (46,7%) aguardaram menos de 30 dias para a maturação da FAV radiomediana. A média de fluxo encontrada com esse tipo de fistula foi de 308.9 ml/min, e do tempo de uso foi de 21.9 meses. Quanto às complicações desse procedimento, 60% dos pacientes referiram não ter tido nenhuma complicação no local do acesso venoso. Dentre os 36.7% que referiram ter tido complicações, 60% disseram que esta foi por trombose. CONCLUSÃO: a fístula radiomediana é uma opção de acesso vascular satisfatória que apresenta taxas de maturação e fluxos sanguíneos adequados, com baixas taxas de complicações, sendo então considerada mais segura e garantindo mais qualidade de vida ao paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Hemodiálise | Fístula arteriovenosa radiomediana | Pacientes renais crônicos

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2995

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso de pseudo-aneurisma de artéria temporal secundário à trauma pérfuro-cortante.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WANDERVÂNIA GOMES NOJOZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC), SAULO AIRES OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC), LUCAS MONTE DA COSTA MORENO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC), VICTOR HUGO LAURO SOARES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC), JOÃO EDISON DE ANDRADE FILHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC), HILTON AGUIAR CANUTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC), TICIANO ADLER DE SOUSA SINDEAUX (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC), RUSSIAN SOARES UCHOA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC)

RESUMO: Introdução: O caso a seguir relata uma história típica de suspeita, diagnóstico e tratamento de pseudoaneurisma de artéria temporal secundário a trauma facial. Relato de caso: paciente 19 anos, diagnóstico de hipertensão arterial recente, previamente hígido e nega uso de medicamentos. Refere trauma pérfuro-cortante, cerca de 4 cm em região temporal direita há cerca de 3 semanas. Procurou atendimento médico sendo realizada sutura simples para contenção de sangramento. Evolui com percepção de massa pulsátil em mesma topografia e moderadamente dolorosa. Encaminhado ao Hospital Universitário Walter Cantídio, sendo realizado estudo com Doppler que tendência para a hipótese de pseudoaneurisma em artéria temporal superficial. Foi submetido à cirurgia para exérese de massa aneurismática com posterior ligadura proximal e distal. Conclusão: De uma forma geral, os pseudoaneurismas ocorrem secundários a lesões traumáticas quando não há ruptura de todas as camadas que compõem o vaso, estando o sangramento parcialmente contido pela camada adventícia, na maioria das vezes. O sangramento se expande, é contido pela pseudocápsula que se forma, originando a massa pulsátil e dolorosa característica da patologia. Ao exame, a suspeita se inicia pela palpação do nódulo aneurismático, pulsátil e doloroso bem como pela compressão da porção proximal ao aneurisma, tendendo à diminuição tanto do tamanho quanto do frêmito formado na zona de turbilhamento. O paciente pode referir cefaléia, desconforto em orelha externa e até alterações visuais. A maioria dos casos se apresenta em 2-6 semanas pós-trauma, tendo uma porcentagem de 15-20% se manifestando até 3 anos após o mecanismo estressor. O ultrassom Doppler consegue nortear a suspeita diagnóstica na maioria das vezes, mas é a angiografia quem dá o diagnóstico definitivo. O tratamento convencional é o mesmo relatado no caso, com a identificação do nódulo aneurismático em suas porções proximal e distal com posterior exérese e ligadura. Na literatura há relatos de tratamento com êxito por meio de embolização.

PALAVRAS-CHAVES: Pseudoaneurisma | artéria temporal | trauma

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 3055

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÍNDICE DE LANARKSHIRE COMO FERRAMENTA DE RASTREIO PARA DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA COELHO XAVIER (UNINASSAU), AIRTON COSTA MADUREIRA (HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES), PAULO EMÍDIO OLIVEIRA MACEDO DIAS (HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES), LUIZ RAFAEL PEREIRA CAVALCANTI (HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES), FÁBIO SANTIAGO DE MACÊDO (HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES), PAULA FERNANDA PÊSSOA E SILVA (HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES), PRISCILA FLORÊNCIO SANTOS (HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES), SÉRVIO FIDNEY (HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES), EDMUNDO MASSARU SAITO (HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES)

RESUMO: Introdução: Estima-se em 27 milhões, o número de portadores de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) na Europa e América do Norte. No Brasil, os dados sobre a prevalência de DAOP são escassos e se resume a pesquisas em grupos isolados. O Índice Tornozelo-Braquial (ITB) é reconhecido como método de rastreio padrão para DAOP, o Índice oximétrico de Lanarkshire (IOL) foi criado como alternativa ao ITB em pacientes com úlceras venosas crônicas e necessitam saber o grau pressórico exercido por bandagens compressivas que não prejudique a perfusão periférica. Objetivos: O presente estudo visa comparar o ITB e IOL com o intuito de analisar a associação entre os métodos de avaliação de pacientes sem doença arterial periférica diagnosticada ou sem a presença dos principais fatores de risco. Metodologia: Estudo observacional, tipo coorte correlacionando resultados decorrentes da aferição de ITB e do IOL em pacientes sem fatores de risco para DAOP. Resultados: Foram coletados dados de 36 pacientes, 30 (83,3%) pacientes do sexo feminino e 6 (16,3%) pacientes do sexo masculino, média de idade de 26,42 anos (+/- 7,4 anos). O IOL apresentou sensibilidade, especificidade e acurácia de 71,4%; valor preditivo positivo de 26,3% e negativo de 94,6%. O Índice de concordância kappa foi 0,247, considerado baixo. O estudo obteve significância estatística (p-valor= 0,038) segundo o teste Exato de Fisher. Discussão: Os valores razoáveis de sensibilidade e especificidade do estudo (71,4%) são inferiores aos estudos de Papanas et al, 93,3% e 89,1%, respectivamente. O valor preditivo negativo alto (94,6%) foi diretamente influenciado pela baixa prevalência da doença no grupo estudado. O índice de concordância kappa é baixo no estudo (0,247), equivalente aos estudos realizados por Bianchi, mas inferiores aos estudos de Zamiri e Papanas (0,484 e 0,569, respectivamente). Algumas limitações do trabalho foram o vies de aferição, a pequena amostra estudada e a troca de aparelhos de oximetria. Conclusão: O LOI mostrou ter uma baixa concordância em relação ao ITB.

PALAVRAS-CHAVES: DAOP|IOL|ITB

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 3115

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Dunbar - Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL AUGUSTO BRAGA NUNES (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL), JOÃO ANTONIO VERONESE LEME (FACIMED - FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), RADDIB EDUARDO NOLETO DA NOBREGA OLIVEIRA (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), DANIELA ESTEPHANY DELGADO GUEVARA (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL), CLAUDINEIA FERNANDES DA SILVA (HEURO - HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGIONAL DE CACOAL), DAIANA LOPES (HEURO - HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGIONAL DE CACOAL), CAROLINE NISHIMURA (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL)

RESUMO: Introdução: Síndrome de compressão do tronco celíaco ou síndrome do ligamento arqueado é um raro distúrbio abdominal, também conhecido como síndrome de Dunbar em que ocorre compressão do tronco celíaco pelo ligamento arqueado causando sintomas inespecíficos de dor abdominal e emagrecimento inexplicável. Relato de Caso: U.T.R.E, 47 anos, feminina, branca, procedente do Amazonas, aposentada com quadro de dor abdominal pós-prandial e emagrecimento de 17 kg em 1 ano. Exames laboratoriais, endoscopia digestiva alta e ultrassonografia de abdome total sem alterações significativas. A tomografia computadorizada de abdome demonstrou estenose acentuada do tronco celíaco causada pelo ligamento arqueado médio. O paciente foi então encaminhado para tratamento cirúrgico. Durante a laparotomia foi identificado e seccionado o ligamento arqueado, descomprimindo o tronco celíaco. A paciente teve uma boa evolução pós-operatória, recebendo alta no quarto dia. Durante o acompanhamento ambulatorial observou-se que a paciente permanecia assintomática e com ganho de 9 Kg no período. Conclusão: A síndrome de Dunbar é um distúrbio raro, com sintomas inespecíficos, mas intensos, com diagnóstico radiológico, tratamento exclusivamente cirúrgico e com boa resposta pós-operatória.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Dunbar | Ligamento Arqueado | Tronco celíaco

COLOPROCTOLOGIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 320

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Retirada de dispositivo intra-uterino por colonoscopia: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARISSA RODRIGUES FREESZ (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), PAULO ROBERTO LIMA CARREIRO (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), ELIAKIM MASSUQUETO ANDRADE GOMES DE SOUZA (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE)

RESUMO: IntroduçãoO dispositivo intra-uterino (DIU) é um método seguro e efetivo de contracepção. Entretanto, a sua implantação é passível de complicações, sendo a mais grave delas a perfuração uterina, com uma incidência de 1,3 a 1,6 para cada 1000 inserções.O objetivo deste artigo é relatar um caso de perfuração do cólon descendente, com ênfase no tratamento.Relato de casoMullher, 34 anos, nulípara, em uso de DIU por 14 meses, evoluiu com gestação que cursou com hemorragias de repetição e abortamento no quarto mês.Posteriormente, foi realizada tomografia computadorizada (TC) que evidenciou a migração do DIU para a cavidade abdominal, localizado anterior ao fundo uterino e superior à bexiga, sem evidências de coleções ou líquido na cavidade. Durante todo este período a paciente sempre permaneceu assintomática.Após a TC foi realizada uma videolaparoscopia visando a retirada do DIU. Entretanto o dispositivo não foi visualizado na cavidade abdominal.Nova TC evidenciou o DIU em localização pélvica e com o seu ramo longo localizado na luz do cólon, na transição descendente-sigmoide. A fase após a administração de contraste retal não mostrou extravasamento. Ausência de coleções ou líquido na cavidade abdominal.Diante dos achados tomográficos e a paciente assintomática, optado por realizar colonoscopia sob sedação, e, após localização do ramo do DIU na luz do cólon, o dispositivo foi apreendido com alça de polipectomia e retirado por via endoscópica sem intercorrências. A paciente foi mantida em observação e evoluiu sem complicações, recebendo alta no dia seguinte. Permaneceu assintomática e sem alterações nos controles ambulatoriais subsequentes.ConclusãoA implantação do DIU pode complicar-se com a migração deste para dentro da cavidade abdominal ou para órgãos adjacentes. Há relatos desta migração para os mais diversos órgãos, dentre eles o intestino delgado, cólon, reto sigmoide, apêndice, bexiga e tuba uterina.Há vários métodos terapêuticos descritos na literatura para remoção do DIU, sendo que a via laparoscópica é a técnica de escolha na maioria dos casos.No caso relatado, por se tratar de uma paciente assintomática cuja evolução indicava um processo bloqueado e sem comunicação com a cavidade abdominal, optou-se pela colonoscopia como método terapêutico, com ótimo resultado e sem a necessidade de abordagem cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Dispositivo intrauterino | Colonoscopia | Perfuração

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 347

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Conceitos atuais no diagnóstico e tratamento cirúrgico do Câncer Colorretal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA), SÉRGIO MATTOS PULS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS)

RESUMO: O câncer colorretal (CCR) é a segunda neoplasia mais comum em mulheres e a terceira mais comum em homens, correspondendo a praticamente 10% dos casos mundiais de câncer em um ano (excluindo as neoplasias cutâneas). Sua incidência é significativa no Brasil, estimando-se 32.600 casos em 2015 e 34.280 casos em 2016. A última década trouxe avanços em métodos de prevenção e diagnóstico, assim como pesquisas sobre seus métodos terapêuticos, podendo contribuir com a diminuição da incidência dessa neoplasia. Desse modo, o objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever as principais estratégias diagnósticas e terapêuticas cirúrgicas atuais para tratamento do CCR. Buscou-se nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane de 8 de Dezembro de 2016 a 8 de janeiro de 2017 artigos utilizando como descritores Colorectal Cancer, Management, Treatment, Surgical, Tests e Diagnosis. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve-se 93 artigos do período de 2012 a 2017 e, destes, selecionaram-se 35 artigos que respondiam satisfatoriamente os objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. O diagnóstico do CCR se dá por manifestações clínicas, tais como presença de sangue nas fezes, dor abdominal e mudança de hábitos intestinais, e/ou como resultado de um screening preventivo. Em sintomáticos, a colonoscopia é o método diagnóstico de escolha, embora estudos estejam sendo desenvolvidos para avaliar se técnicas como sigmoidoscopia, colonografia com tomografia computadorizada, teste de sangue fecal oculto, imunohistoquímica fecal e teste de DNA fecal de múltiplos alvos possam ter especificidade e sensibilidade altas e acessibilidade suficiente para inclusão em possíveis guidelines de rastreamento. A dissecação cirúrgica por ressecção laparoscópica é abordagem de escolha para o quadro não metastático. Casos avançados podem se beneficiar com terapia neoadjuvante. Estadiamento T1, T2 e T3 favorável tem como padrão-ouro a excisão total do mesorreto. Recorrências locais podem ser minimizadas com radioterapia. Com o desenvolvimento de testes genéticos, quimioterapia, radioterapia e cirurgia minimamente invasiva, o prognóstico do CCR tende a melhorar.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer Colorretal | Diagnóstico | Tratamento

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 383

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL CAUSADO POR LIPOMA EM JEJUNO NO PACIENTE ADULTO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SANIR ALMEIDA GISBERT (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO), CAMILA IZABEL CERUTTI (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO), JOSE CARLOS OURIQUE DE OURIQUE (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO), MAURICIO DE VARGAS SOARES (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO), JOSE LEONARDO MARCHIORI TEIXEIRA (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO), SANIELE ALMEIDA GISBERT (UPAL), AMANDA ROCHA DE SOUSZA GISBERT (FAEMA), AFONSO SIQUEIRA FIGUEIRÓ (UPAL)

RESUMO: Introdução: Embora sejam a principal causa de obstrução intestinal na população pediátrica, intussuscepções intestinais são eventos raros em adultos e quando acontecem, têm características clínicas diferentes dos seus equivalentes em crianças. A intussuscepção intestinal é definida por invaginação de segmento proximal para o interior do segmento distal. Relativamente rara em adultos, Intussuscepção é incomum em adultos, eo diagnóstico é comumente esquecido. Na maioria dos casos em adultos, uma causa patológica é identificada. Em contraste, a maioria dos casos em crianças é idiopática. Apresentação clínica frequentemente inespecífica e prolongada, sendo a dor abdominal o sintoma mais comum, seguido por vômitos e sangramento intestinal. Patologia responsável por 1-5% das obstruções intestinais. Ao exame de imagem, não patognômico, porém muito frequente é o "sinal do alvo", que consiste em camadas concêntricas do intestino invaginado. Objetivo: Apresentar um caso clínico de intussuscepção devido lipoma em jejuno no adulto .METODOLOGIA: Estudo realizado através de coleta de dados do prontuário, seguimento do caso e revisão de literatura. Relato do caso: Paciente R.A.C 51a, masculino há 3 meses apresenta algia em flanco esquerdo de moderada intensidade, esporádica, nega náuseas, êmese e sangramento baixo. Refere alergia medicamentosa a Dipirona e Amoxicilina. Ao exame físico: Bom estado geral, lúcido e orientado, corado, hidratado, Dispneico. Abdome: globoso, brando, depressivo, indolor a palpação superficial e profunda, ausência de sinais de irritação peritoneal, ausência de massas palpáveis, RHA presentes. Exames laboratoriais normais. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome, que evidenciou invaginação de alça de delgado, na região de flanco esquerdo, notando-se conteúdo gorduroso na porção mais inferior dessa invaginação (lipoma). Realizado videolaparoscopia, identificado invaginaçãoa nível de jejuno, sendo realizado enterectomia parcial com enteroanastomose latero-lateral. Anatomopatológico confirmou presença de lipoma. O paciente apresentou boa evolução e teve alta hospitalar 4 dias após a cirurgia. Conclusão: A intussuscepção dificilmente se encontra em adultos, geralmente esta associada a lesão orgânica, sendo rara nesses pacientes. Não eventualmente o diagnóstico de certeza surge nos achados cirúrgicos. Contudo, exames de imagem auxiliam grandemente, USG de abdome total, videolaparoscopia, dentre outros sendo a TC o de maior acurácia.

PALAVRAS-CHAVES: INTUSSUSCEPÇÃO | INTESTINAL | LIPOMA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 405

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Fournier: Do diagnóstico ao tratamento

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO CÉZAR OLIVEIRA MENEZES (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), FERNANDO TORRES VASQUES (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), FABRICIO OLIVEIRA RAMADA (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), FERNANDA CAVALCANTI CABRAL (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), MONISE CORNELIO DE DEUS (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), KLEBER CASTILHO (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI)

RESUMO: Objetivo Síndrome de Fournier foi primeiramente descrita em 1883 por Jean Alfred Fournier, dermatologista francês especializado em doenças venéreas. É uma infecção bacteriana polimicrobiana, aguda e severa que acomete derme e hipoderme, de rápida evolução para necrose de tecidos genitais, perianal e perineais. O tratamento preconizado consiste estabilização do doente, antibioticoterapia de largo espectro e debridamento loco-regional. Em alguns casos com derivação urinária e de trânsito intestinal. Aspecto do diagnóstico e tratamento são abordados em um relato de caso. Métodos E.M. Masculino, 52 anos, em situação de rua, sem morbidades. Com a queixa de: "Dor e queimação em região perineal". Encontrava-se em bom estado geral, estável hemodinamicamente e afebril. Pênis com necrose em toda pele com exposição de bulbo cavernoso, edema e flogose de períneo assim como região inguinal esquerda com presença de coleção purulenta e gás de permeio. Laboratorialmente leucocitose 17.9000 12 bastonetes pcr 34.1. Feito diagnóstico de síndrome de Fournier. Iniciado Vancomicina 500mg iv 12/12 h e Meropenem 1g iv de 08/08h, além de hidratação e sintomáticos. Realizado debridamento perineal com remoção de tecido desvitalizado do pênis, escroto e fossa ilíaca esquerda (exposição de corpos cavernosos, esponjosos e testículos), além de cistostomia por punção. Realizados limpeza local e curativo diário, evacuação assistida sem contato direto com ferida. Obtendo melhora do estado geral, de ferida e laboratorialmente. Resultados O debridamento agressivo associado ao uso de carbapenêmico e glicopeptídeo, derivação urinária e curativo diário com neomicina, mostraram-se efetivos no controle infeccioso e na revitalização dos tecidos expostos. Conclusão Diagnóstico precoce, retirada de tecido desvitalizados e suporte clínico são essenciais para sucesso do tratamento e prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: síndrome de Fournier | debridamento | antibioticoterapia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 407

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Doença de Paget extramamária: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CELENE BENEDITI BRAGION (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANIELLE DE CAMPOS PESETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULO EDUARDO MOTA HESPANHA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: A doença de Paget (DP), descrita pela primeira vez em 1889 como um adenocarcinoma raro que ocorre por proliferação intraepitelial de celular apócrinas da camada basal da epiderme. Dividida em dois grupos, mamária e extramamária, usualmente encontradas lesões em áreas com alta densidade de glândulas: região perianal, vulva, ânus e axila, envolvendo a epiderme e mais raramente a derme. Descrita sua forma perianal somente em 1893 por Drier e Couillaud. Relato de Caso: Homem, 69 anos, queixa de aparecimento de lesões perianais 3 anos antes, com prurido e diminuição do calibre das fezes. Inspeção anal com lesão hiperemiada perianal, circunferencial, de cerca de 6 cm de diâmetro, eritematosa, estenose anal com passagem de uma polpa digital ao toque retal. Inicialmente aventados diagnósticos de doença inflamatória intestinal, lesão por HPV e carcinoma espinocelular. Realizada biopsia da região acometida, cujo exame anatomopatológico demonstrou lesão ceratótica atípica com células Balonizadas (piagetóides), sugerida imunohistoquímica para elucidação diagnóstica, de laudo corroborando DP extramamária. A opção de tratamento proposta foi o uso de antineoplásico tópico (Imiquimod 5%) e derivação intestinal com a confecção de sigmoidostomia em dupla boca por acesso videolaparoscópico. Realizou o tratamento por 4 semanas, no intercurso apresentou queixas inespecíficas como, astenia, dispnéia, mas sem efeitos colaterais limitantes para o uso, com resposta significativa, importante redução da lesão. Conclusão: O uso do Imiquimod no tratamento da DPEM perianal teve bom resultado, evitando tratamento cirúrgico mórbido para o paciente como a amputação de reto.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Paget Extramamária | Prurido | Adenocarcinoma

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 408

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Sarcoma de Kaposi: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CELENE BENEDITI BRAGION (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), LUIZA DI LORETO ABREU (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), ANA LUIZA NOVAES RIBEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RONALDO NONOSE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: O Sarcoma de Kaposi (KS) foi descrito em 1972 por Moris Kaposi como uma neoplasia mesenquimatosa que se origina por proliferação do endotélio vascular. Em 90% dos casos está relacionado ao herpes vírus humano tipo 8 (HHV 8). Há quatro tipos de KS: clássico, endêmico ou africano, iatrogênico (associado a transplantes) e epidêmico (SIDA). Cada um desses grupos apresenta características epidemiológicas, patológicas e clínicas próprias. Objetivo: Relatar o caso de KS de palato e reto em um paciente com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Relato de Caso: Paciente sexo masculino, 41 anos, heterossexual, com sorologia positiva para o vírus HIV há dois anos em tratamento com terapia antirretroviral (TARV) há 2 meses. Encaminhado de outro serviço com história de lesão em região de palato mole e duro. A biopsia da lesão confirmou o diagnóstico de Sarcoma de Kaposi. Paciente negava perda de peso, alterações do hábito intestinal, hematoquezia, enterorragia e dor abdominal. Ao exame físico apresentava lesão ulcerada sem sinais de necrose e fibrina em região frontal e zigomática esquerda e lesão em palato mole e duro à direita. Palpável linfonodomegalia em cadeia submandibular e inguinal E, móvel indolor, fibroelástico e sem sinais flogísticos. O exame proctológico revelava presença de múltiplas lesões verrucosas e fibrina à direita na inspeção. Ao toque retal, aparelho esfinteriano normotônico, com tumoração há 1 cm da borda anal. A colonoscopia trazida pelo paciente, até íleo terminal, evidenciava lesão ulcerada com saída de secreção purulenta em reto distal com um cm de diâmetro, a um cm da borda anal. O resultado histopatológico foi compatível com Sarcoma de Kaposi. Conclusão: O Sarcoma de Kaposi é a neoplasia maligna mais comumente associada à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e portanto deve ser considerado entre os diagnósticos diferenciais das lesões ulcerosas ou nodulares submucosas vinhosas principalmente em pacientes com SIDA.

PALAVRAS-CHAVES: Sarcoma de Kaposi|AIDS|HHV-8

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 409

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Doença Diverticular complicada?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANIELLE DE CAMPOS PESETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CELENE BENEDITI BRAGION (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: Estima-se que 30% da população acima dos 60 anos possua Doença Diverticular do Colon(DDC), no sigmóide estão 70% dos casos descritos. O Câncer Colorretal(CCR), também bastante frequente, comumente acomete o segmento distal do reto e o sigmóide, cujos sintomas resultam de alteração do hábito intestinal. A presença das duas patologias pode ocorrer. Relato de Caso: Masculino, 55 anos, transferido de outro serviço com diagnóstico de diverticulite, 4 episódios prévios tratados clinicamente. Queixa de dor abdominal e febre de 38°C com 3 dias de evolução. Alteração do hábito intestinal para menos e perda ponderal de 35 Kg, relacionava a alteração alimentar. Leucocitose de 18300 leucócitos com 9% de bastonetes e 72% de neutrófilos segmentados. Tomografia de abdome realizada há 1 mês com espessamento parietal do reto proximal e cólon sigmóide, densificação dos planos adiposos adjacentes e pequena coleção líquida adjacente com realce mural de 4 x 2,3 x 1,3 cm com 4,5ml. Múltiplos divertículos colônicos. Nódulo hepático no segmento V de 6,6 x 6,3cm, sugestivo de hemangioma. Realizada nova tomografia que confirmou densificação em colón sigmoide e com lesões hipodensas, interior de aspecto liquefeito no lobo hepático direito, sendo a maior de 7,7x5,9x8,2cm. Colonoscopia realizada antes da transferência alcançou até sigmoide, onde a alça apresentava edema e friabilidade, o que impossibilitou a passagem do aparelho. Diante da hipótese de doença diverticular complicada com piora clínica e abscesso hepático, o paciente foi submetido a sigmoidectomia, colostomia terminal e drenagem do abscesso hepático via abdominal. Anatomopatológico da peça evidenciou adenocarcinoma de 2 cm invadindo até serosa com foco de perfuração. Solicitado posteriormente PET CT com atividade neoplásica linfonodal no sítio de manipulação cirúrgica e nas lesões hepáticas, confirmando a presença de metástase hepática abscedada. Conclusão: Os casos clássicos de diverticulite complicada cursam com constipação e dor abdominal, febre e leucocitose são esperadas, o que confunde o diagnóstico diferencial com CCR, ainda mais na presença de abscesso hepático. Diante de um paciente com mais de 50 anos com abdome agudo obstrutivo ou inflamatório após alteração do hábito intestinal vários diagnósticos diferenciais devem ser levantados e dentre eles sempre o CCR.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo | Adenocarcinoma | Operação de Hartmann

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 410

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso de paciente com Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) submetida a colectomia total vídeo laparoscópica.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CELENE BENEDITI BRAGION (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANIELLE DE CAMPOS PESETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), KAREN MAYURI KATO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: Entre os casos de câncer colorretal (CCR) associados a síndromes hereditárias destacam-se os casos de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF). Definida como uma doença cuja principal característica é a presença de um grande número de pólipos adenomatosos e que pode apresentar variações quanto ao grau de diferenciação dos mesmos, ao número de pólipos e às manifestações extracolônicas. Apesar de rara, correspondendo a cerca de 1 % dos casos de CCR da população, seu diagnóstico é fundamental afim de prevenir novos casos de CCR em descendentes de pacientes com PAF. Relato de Caso: Mulher de 23 anos, com antecedente familiar de PAF associado a tumores desmóides (mutação no codon 1444 ? hotspot) como causa de morte. Apresentava quadro de hematoquezia sendo submetida a colonoscopia que evidenciou polipose preservando o reto. Medicada com Meloxicam 30 mg/dia e indicada colectomia total laparoscópica com ileorretoanastomose lateroterminal, evoluindo bem com alta no quarto pós operatório. Conclusão: A PAF é uma doença rara, associada a cerca de 1% dos casos de CCR, podendo apresentar variações quanto ao número de pólipos, grau de diferenciação e presença ou não de manifestações extracolônicas. O diagnóstico e a abordagem precoce são fundamentais na prevenção de novos casos e a via laparoscópica mostrou-se segura e factível.

PALAVRAS-CHAVES: Polipose adenomatosa familiar | Rastreamento | Laparoscopia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 411

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso: Tratamento Cirúrgico do Câncer Colorretal no Paciente Idoso Extremo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CELENE BENEDITI BRAGION (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANIELLE DE CAMPOS PESETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANIEL DE CASTILHO DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: A epidemiologia do câncer colorretal (CCR), de elevada incidência, aponta para a importância do rastreamento com diagnóstico precoce de lesões, podendo evitar o desenvolvimento da doença. Em geral o grupo etário prioritário envolve homens e mulheres com idade entre 50 e 74 anos, questionando o custo-efetividade do screening em idades avançadas. Relato de Caso: Paciente masculino, 84 anos, queixa de hematoquezia há 1 ano, tenesmo e afilamento das fezes, além de perda ponderal de cerca de 12% do seu peso neste período. Paciente com bom status clínico, hipertenso bem controlado, sem história familiar para cânceres. Ao toque retal lesão úlcero vegetante a 4cm da BA em parede antero-lateral direita, não cavalgável, ocupando 3/4 da luz do reto. Colonoscopia com lesão de crescimento lateral em ceco, invadindo a válvula íleo-cecal, não ressecável endoscopicamente. Na flexura direita do cólon duas lesões elevadas, sésseis, superfície lisa, de 5mm cada, em transverso, presença de lesão vegetante, endurecida, ocupando toda circunferência do órgão, mas pérvio. Cólon descendente, duas lesões elevadas, sésseis, superfície lisa, de 4 e 5mm. Em sigmoide, duas lesões elevadas, pediculadas, superfície lisa, de 8 mm cada, e lesão elevada, ocupando toda circunferência do órgão, com aspecto viloso. Em reto, a 5 cm da BA, lesão úlcero-vegetante, irregular, endurecida, ocupando 3/4 da luz do órgão, com extensão de 5 cm. O anatomopatológico resultou em lesões adenomatosas, com exceção da lesão em reto que tratava-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Submetido a proctocolectomia total oncológica com ileostomia terminal, primeiros dias de pós operatório em UTI, evoluindo bem e recebendo alta no oitavo dia pós-operatório. Conclusão: O tratamento cirúrgico nos pacientes muito idosos não deve ser contraindicado apenas pela idade cronológica, podendo trazer bons resultados nessa faixa etária.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer colorretal | Cirurgia do idoso | Colectomia total

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 412

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso: Ingestão de Corpo Estranho com Impactação no Reto Distal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CELENE BENEDITI BRAGION (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA MATOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CAROLINE ABBUD PAVANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANIEL DE CASTILHO DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: A ingestão de corpo estranho (CE) pode ter caráter acidental ou voluntário. Exemplo de corpo estranho, como no caso apresentado, são os palitos de dente, objeto doméstico comum que quando ingerido inadvertidamente, pode ocasionar graves lesões. Relato de Caso: Masculino, 50 anos, encaminhado da rede básica de saúde com dor e prurido anal com cerca de 6 meses de evolução. Na ocasião, trazia colonoscopia realizada no início dos sintomas, completa, demonstrando a 1 cm da linha pectinea, um palito de dentes encravado que foi removido parcialmente, na revisão não era mais possível visualiza-lo, mas ao toque retal (TR) era perceptível outro segmento do CE. Trouxe tomografia de abdome e pelve de 4 meses antes com formação hiperatenuante linear, curvilínea, intraparietal no reto distal, lateral direita, medindo 17mm, sem coleções associadas. O paciente negou inserção transretal do objeto. Relatou ter ingerido acidentalmente o palito de dente durante alimentação com Bracciola (bife a rolê). Submetido a abordagem cirúrgica para remoção do CE, incisão da parede do reto e dissecação com retirada do palito de dentes de cerca de 2 cm. Paciente evoluiu bem no pós-operatório (PO), recebendo alta, orientado a utilizar os antibióticos prescritos, o que não fez, retornando ao serviço do sexto PO com quadro febril, TR doloroso e tomografia de pelve demonstrando aumento da densidade do mesoreto, enfisema no plano mioadiposo póstero lateral direito. Manejado com antibioticoterapia com boa evolução. Conclusão: Na ingestão de CE, acompanhamento se faz necessário e a remoção endoscópica por ter menor morbidade e mortalidade deve ser realizada sempre que possível.

PALAVRAS-CHAVES: Corpo Estranho | Reto | endoscopia digestiva baixa

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 426

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COLITE PSEUDOMEMBRANOSA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RODRIGO SADER HECK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: A colite pseudomembranosa (CPM) é uma doença infecciosa que surge geralmente na sequência de antibioticoterapia prévia causada pelo *Clostridium difficile*. Dos doentes infectados, apenas 1 a 5% desenvolvem colite pseudomembranosa e uma grande maioria permanece assintomática. Relato de caso: Paciente A.M.N.S., sexo feminino, 56 anos, em 30º PO apendicectomia complicada, e uso prévio de antibioticoterapia neste período por complicações (infecção de ferida operatória e infecção do trato urinário), deu entrada em nosso serviço com quadro de dor abdominal difusa, tipo cólica, acompanhada de diarreia aquosa (cerca de 15 evacuações/dia) e febre 38oC há 2 dias. Diante do quadro clínico e dos antecedentes, foi realizada tomografia de abdome para descartar possível complicação tardia da apendicectomia. Identificado espessamento de alças colônicas, principalmente em ascendente. Excluído novo quadro de abdome agudo inflamatório, realizado hipótese diagnóstica de colite pseudomembranosa, realizado coleta de material para diagnóstico de toxina de *Clostridium difficile*, e iniciado tratamento empírico com metronidazol VO. Neste tempo, realizou exame endoscópico, evidenciando pseudomembranas pancolônicas, o qual firmou o diagnóstico. Paciente evoluiu com piora do quadro, sepse e insuficiência renal aguda, trocado antibioticoterapia por vancomicina. Após 15 dias de internação, paciente apresentou regressão do quadro recebendo alta hospitalar. Segue com 1 ano de sobrevida até o presente momento. Conclusão: a CPM, apesar de não tão frequente, é um diagnóstico que deve ser pensado e o tratamento adequado é de fundamental importância para o prognóstico dessa doença. Diante do exposto, é preciso ter cautela quanto ao uso indiscriminado de antibioticoterapia e múltiplas associações, que podem levar a colite pseudomembranosa, e complicações graves, até fatais.

PALAVRAS-CHAVES: COLOPROCTOLOGIA|COLITE|CIRURGIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 427

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CROHN PERIANAL GRAVE: RELATO DE QUATRO CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RODRIGO SADER HECK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANIEL DE CASTILHO DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: A doença de Crohn pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal, caracteriza-se por ser descontínua, com áreas completamente normais entre as áreas inflamadas e o processo inflamatório é transmural. Seu pico de incidência entre os 20-30 anos, com distribuição uniforme entre os gêneros. Cerca de 10 a 20% apresentam sintomas anais (abscessos e fistulas), às vezes como primeira queixa, antecedendo os abdominais. Relato de Caso: F.C., mulher, branca, 20 anos, com disenteria, perda ponderal de 10 % do peso corpóreo, com saída de secreção perineal há 8 meses, em seguimento ambulatorial em outro serviço há 2 anos com diagnóstico de doença inflamatória intestinal. Exame físico: dermatite perianal, com orifício de fistula à 2,5cm da BA em parede posterior. G.S., menino, 14 anos, dor abdominal, anemia, disenteria e perda ponderal há 2 anos, associada a dores articulares e saída de secreção perianal há 1 ano. Exame físico: dermatite perianal, úlcera de 2,5 cm em parede anterior do reto junto a borda anal e orifício de fistula perianal à 2 cm da BA, póstero lateral esquerdo. J.M.S., homem, 34 anos, branco, déficit mental leve, com alteração do hábito intestinal para disenteria, perda ponderal de 10%, úlceras perianais, inguinais e orais e incontinência fecal há 4 meses. Exame físico: múltiplas úlceras perianais variando de 0,5 a 5 cm com destruição do esfíncter anal e orifício de fístula posterior à 1,5 cm da BA. F.Z. 30 anos, com quadro de mucorréia, e saída de secreção perianal há 6 meses. Ao exame: Múltiplas fístulas perianais com abscessos associados, e dermatite perianal. Em todos os pacientes foi realizado terapia de resgate de agudização de doença de Crohn, com corticoterapia, antibioticoterapia, seguido de abordagem cirúrgica com passagem de sedenho nas fistulas e em um dos casos que apresentava destruição perineal e quadro de sepse grave foi realizado ostomia derivativa. Iniciada posteriormente a terapia com imunobiológicos com melhora da doença perineal. Conclusão: O aparecimento de fístula perianal é uma das manifestações mais graves da doença de Crohn e, seu tratamento tem como princípio o controle da sepse perineal, juntamente com o controle do processo inflamatório. Os Anti TNF alfa são indicados nas fistulas complexas ou aquelas que não respondem ao tratamento clínico empregado com corticosteroides, imunossupressores e antibioticoterapia.

PALAVRAS-CHAVES: COLOPROCTOLOGIA|CIRURGIA|CROHN

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 428

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTÍCULO DE CECO COMPLICADO COM DIVERTICULOSTOMIA E PROLAPSO DE COLOSTOMIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RODRIGO SADER HECK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RONALDO NONOSE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: A diverticulite de colón direito (DCD) é uma doença comum nos países do oriente, porém rara no ocidente, enquanto a frequência nos asiáticos varia em torno de 55% a 70%, nos caucasianos ocorre em 1,5%. Acomete principalmente jovens do sexo masculino. O quadro clínico de DCD se assemelha ao de apendicite aguda, porém, há algumas características que podemos diferenciá-las como uma história mais arrastada de dor abdominal em fossa ilíaca direita, uma menor resposta inflamatória sistêmica e menor frequência de fatores acompanhantes como náuseas e vômitos. Atualmente uma ferramenta que tem auxiliado no diagnóstico pré-operatório, chegando a 85% em alguns países asiáticos, é o uso da tomografia computadorizada. Um estudo retrospectivo demonstrou que um tratamento clínico é eficaz para pacientes com diagnóstico preciso de diverticulite sem complicações. Porém uma colectomia direita deve ser realizada em casos de severas complicações, múltiplos divertículos, e suspeita de neoplasia. Relato de Caso: M.A.S, 63 anos, encaminhada de um serviço de atenção secundária para um hospital de complexidade terciária por diverticulite de ceco, após ter sido submetida à diverticulostomia, com objetivo de ser realizada a reconstrução do trânsito intestinal. Ao exame, a paciente apresentava prolapso da diverticulostomia com hérnia paracolostômica e pólipos séssil paridos em cólon ascendente. A paciente foi submetida à colectomia direita com ileotransversoanastomose e correção da hérnia. O procedimento foi realizado sem intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar no 7º dia pós-operatório. Conclusão: A grande dificuldade no diagnóstico pré-operatório de DCD é devido à semelhança no quadro clínico com apendicite aguda. Uma cirurgia de emergência deve ser considerada em casos de peritonite, intratabilidade clínica ou abscesso grande. Embora as taxas de morbidade e mortalidade são baixas em cirurgias eletivas, as mesmas são altas em cirurgias de urgência.

PALAVRAS-CHAVES: COLOPROCTOLOGIA|DIVERTÍCULO|CIRURGIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 429

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LEIOMIOMA PERIANAL PRIMÁRIO SINCRÔNICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), GUSTAVO ADOLFO KURIYAMA MASSARI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RODRIGO SADER HECK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CAROLINE ABBUD PAVANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), KAREN MAYURI KATO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA MATOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: o desenvolvimento de leiomiomas primários na região perianal é uma possibilidade extremamente rara, com menos de 10 casos publicados até a presente data. Revisão da literatura não identificou casos publicados de desenvolvimento sincrônico de leiomiomas primários na região perianal. Relato de Caso: Mulher, 69 anos, procurou Serviço especializado com queixa do crescimento lento de duas nodulações na região perianal há 5 anos, acompanhado de incômodo e dificuldade para sentar-se. No exame proctológico havia presença de duas nodulações em parede lateral perianal. Ao toque retal os tumores deslocavam à luz do canal anal sem sinais de comprometimento mucoso. À ressonância magnética confirmou presença das lesões, porém sem evidências de comprometimento de linfonodos no mesorreto e região inguinal. Optou-se por excisão local de ambas as nodulações. A doente apresentou boa recuperação recebendo alta hospitalar no primeiro pós-operatório. O exame histopatológico mostrou duas neoplasia isoladas de origem mesenquimal. O painel imunohistoquímico confirmou neoplasia de músculo liso de comportamento biológico incerto, a ausência de pleomorfismo, necrose e escassez de figuras de mitose sugerem comportamento biológico benigno possibilitando o diagnóstico de leiomiomas perianais em ambas as lesões. Conclusão: Apesar do quadro clínico e exames de imagem poderem corroborar com o diagnóstico de leiomioma perianal primário, seu diagnóstico só é possível com estudo histológico e imunohistoquímico. O tratamento preconizado é a ressecção local total do tumor, podendo recorrer em até 40%, sendo que 10% podem se tornar malignos (leiomiossarcoma).

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA | COLOPROCTOLOGIA | LEIOMIOMA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 430

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NEUROFIBROMATOSE ASSOCIADA A NEOPLASIA COLORRETAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), KAREN MAYURI KATO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RODRIGO SADER HECK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: A neurofibromatose (NF) é uma patologia autossômica dominante causada pela mutação do gene NF1, com penetrância completa, acometendo igualmente ambos sexos. A alteração do gene acarreta na incapacidade de síntese de neurofibromina, moduladora da atividade de crescimento e diferenciação de células na vida intrauterina. Essa mutação predispõe os pacientes portadores dessa patologia ao desenvolvimento de neoplasias benignas ou malignas. A NF foi primeiramente descrita por Von Recklinghausen em 1882, apresentando a incidência de 1/3000 nascidos vivos. A literatura mostra que a NF1 reduz a expectativa de vida em 10 anos, sendo as neoplasias malignas as causas mais comuns de morte, com cerca de 3 a 15%, sendo o trato gastrointestinal um dos mais prevalentes. Relato do Caso: Homem, 70 anos, de ascendência nipônica, com queixa de hematoquezia há 8 meses, e alteração do hábito intestinal. Negava perda ponderal ou demais queixas. Antecedente pessoal: hipertensão arterial, gastrectomia subtotal B2 por doença ulcerosa péptica há 30 anos (endoscopia de controle dentro da normalidade) e etilista, negava tabagismo. O exame físico evidenciava múltiplos neurofibromas cutâneos, principalmente em dorso. Exame proctológico dentro da normalidade. O exame endoscópico evidenciou lesão ulcerada infiltrativa em sigmoide, com resultado anátomo patológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de sigmoide. O paciente foi estadiado e submetido a retossigmoidectomia anterior por via convencional e biópsia de algumas lesões cutâneas. Como resultado anatomopatológico veio T3N0M0 (30 linfonodos isolados) e neurofibroma cutâneo. Não foi proposto terapia adjuvante pelo departamento da Oncologia. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial há 18 meses. Conclusão: Identifica-se a correlação da neurofibromatose com neoplasia do trato gastrointestinal. No presente caso, relatamos um caso de paciente idoso portador de NF1 confirmado por exame patológico e submetido a ressecção cirúrgica de adenocarcinoma de cólon sigmoide. Isso demonstra a necessidade de investigação nos pacientes portadores de NF1 devido ao risco adicional de desenvolvimento de neoplasias, principalmente com sintomatologia, e, reforça a literatura que aponta a coexistência de múltiplas manifestações clínicas da NF1 e aparição de adenocarcinomas em fases tardias.

PALAVRAS-CHAVES: COLOPROCTOLOGIA|CIRURGIA|NEUROFIBROMATOSE

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 431

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOMA SERRILHADO GIGANTE DE SIGMÓIDE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), KAREN MAYURI KATO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RODRIGO SADER HECK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RONALDO NONOSE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: Até as últimas duas décadas, quase todos os pólipos coloreticais foram divididos em dois grupos principais: pólipos hiperplásicos e adenomas. Os pólipos hiperplásicos constituem um tipo muito comum na população ocidental com uma prevalência estimada de 20%. Os pólipos hiperplásicos são caracterizados por sua aparência "dente de serra" na análise de microscopia do dobramento no epitélio da cripta. Em 1990, Longacre e Fenoglio - Preiser notaram que alguns pólipos compartilhavam características com ambos os adenomas convencionais e pólipos hiperplásicos, e assim denominando-os de "adenomas serrilhados tradicionais". Em 1996, Torlakovic et al. identificaram outro subconjunto de lesões serrilhadas dentro "polipose hiperplásica", exibindo uma arquitetura anormal sem displasia citológica e definiu-os como "adenomas sésseis serrilhados" (SSAs), que agora são considerados como precursores de carcinomas colorretais com instabilidade microsatélites (MSI). A prevalência de SSA tem sido subestimada por anos, variando de 0,1 % a 14,7 % de todos os pólipos coloreticais. A definição desta nova entidade exige uma atenção especial e SSA deve ser diferenciada de adenomas colorretais convencionais. Relato de Caso: Mulher, 59 anos, com queixa de hematoquezia há 9 meses, sem alteração do hábito intestinal, tenesmo ou proctalgia. Negava perda ponderal ou demais queixas. Antecedente pessoal: negava comorbidades e vícios e negava antecedentes familiares para neoplasia. O exame físico e proctológico apresentavam-se dentro da normalidade. O exame endoscópico evidenciou lesão polipóide subpediculada de 5 cm de sigmoide ocupando toda a luz. O exame anátomo-patológico apresentou como resultado adenoma serrilhado. A paciente foi submetida à estadiamento e retossigmoidectomia anterior por via convencional. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: A dimensão da lesão polipoide diagnosticada mostra a importância do relato para que sejam estudadas as melhores técnicas de abordagem e o melhor seguimento ambulatorial nesses casos.

PALAVRAS-CHAVES: COLOPROCTOLOGIA|CIRURGIA|ADENOMA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 432

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LIPOSSARCOMA RETRORRETAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), KAREN MAYURI KATO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RODRIGO SADER HECK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANIEL DE CASTILHO DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: O desenvolvimento de tumores retrorretais (TR) em adultos é uma evento raramente descrito com incidência estimada em 1:40.000 habitantes. Os tumores localizados no espaço retrorretal podem ser divididos em 5 grupos: congênitos, ósseos, inflamatórios, neurogênicos e miscelânea, sendo os tumores congênitos os mais comuns, representando 55-70% dos casos. Os lipossarcomas são tumores malignos, que se enquadram neste grupo, sendo um dos mais raros a serem descritos. Relato do caso: Mulher, 57 anos, com queixa de dor na região lombo-sacra com irradiação para membros inferiores há 1 ano, evoluindo com seguidos episódios de retenção urinária necessitando de sonda vesical de demora; constipação progressiva em uso de laxativos e aplicação de clisteres para evacuar; acompanhada de perda ponderal de 14 quilos. Ao exame físico: REG, emagrecida, descorada; abdome com massa visível e palpável, endurecida, de aproximadamente 20cm de diâmetro na região pélvica que se estendia para o abdômen anterior atingindo a cicatriz umbilical; toque retal com parede posterior do reto deslocada anteriormente pela presença de tumoração retrorretal de consistência fibroelástica, 2 cm acima da linha pectínea. Na RM de abdômen e pelve, presença de volumosa massa que se iniciava na região retrorretal acima dos músculos elevadores do ânus, ocupando toda a pelve comprimindo anteriormente o reto e a bexiga e estendendo-se pelo retroperitônio para a região posterior do abdome; plano de clivagem com órgãos adjacentes e linfonomegalia retroperitoneal. A imagem pesada em T2 mostrava que a superfície interna do tumor apresentava características de tecido gorduroso com áreas de fibrose e necrose. Como conduta optou-se por retossigmoidectomia anterior, panhisterectomia e linfadenectomia retroperitoneal e intercavaoártica até as veias renais em monobloco. Ao exame histopatológico confirmou-se o diagnóstico de lipossarcoma de alto grau com componente fibroso suportado pelo painel imunoistoquímico com CD34 positivo. Após o tratamento cirúrgico, a doente foi encaminhada para tratamento quimioterápico adjuvante tendo realizado até o momento 8 ciclos com Cisplatina e atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: Como o prognóstico está diretamente relacionado com a ressecção efetiva da lesão primária, o estudo dos TR se torna primordial, principalmente em tumores malignos, como os lipossarcomas, já que seu diagnóstico e tratamento precoce podem melhorar seu prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: COLOPROCTOLOGIA | CIRURGIA | LIPOSSARCOMA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 433

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR ESTROMAL DE RETO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), KAREN MAYURI KATO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RODRIGO SADER HECK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: Os tumores estromais gastrintestinais (GIST) representam cerca de 80% dos tumores mesenquimais gastrointestinais. A doença acomete indivíduos na quinta ou sexta década de vida, com discreta predominância no sexo masculino, sendo os pacientes na grande maioria assintomáticos. O diagnóstico de GIST pode ser feito por endoscopia digestiva alta, com o achado endoscópico de uma lesão submucosa que deve ser biopsiada e submetida à imunohistoquímica. O tratamento da doença é a ressecção cirúrgica de toda massa sem rompimento da cápsula, sendo recomendada a análise da peça no intra-operatório para confirmação das margens livres. Relato de Caso: J.S., 59 anos, sexo masculino, procedente de Águas de Lindóia/SP., com queixa de proctalgia há 3 meses acompanhada de hematoquezia, alteração do calibre das fezes e emagrecimento de 15kg. É hipertenso e portador de hiperplasia prostática benigna. Ao exame físico: REG, desnutrido, anêmico, e toque retal doloroso com uma tumoração há 2 cm da borda anal com extensão há 7 cm que acometia toda a parede retal e com invasão de próstata. As múltiplas biópsias foram inconclusivas para carcinoma. A tomografia de pelve evidenciou massa extensa em região pélvica com tumoração acometendo reto, bexiga, vesícula seminal e próstata, sem sinais de doença metastática. Devido ao quadro algico importante e sintomas de obstrução intestinal foi optado pela intervenção cirúrgica que confirmou o achado tomográfico, optando-se por uma exanteração pélvica total, com derivação urinária com colostomia úmida. Anátomo-patológico foi descrito como neoplasia mesenquimal, com extensas áreas de necrose, ulcerando o reto. Foram observadas, 4 mitoses em 10 campos de maior aumento. Ausência de metástases nos seis linfonodos ressecados isolados no mesocólon. A imunohistoquímica concluiu GIST de reto. A paciente foi encaminhada para a oncologia e foi indicado Imatinibe como terapia adjuvante. No seguimento ambulatorial o paciente apresentou metástase hepática em lobo direito do fígado. Foi optado por aumentar a dose do Imatinibe. No momento encontra-se com a doença estável. Conclusão: A confirmação do diagnóstico do caso acima só pode ser observada a partir da análise imunohistoquímica. Diante disto, podemos verificar a importância nos estudos para o entendimento molecular da patogênese do GIST, visando melhores métodos terapêuticos e menores taxas de recidivas.

PALAVRAS-CHAVES: COLOPROCTOLOGIA | CIRURGIA | NEOPLASIA GASTROINTESTINAL

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 434

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA DE CÓLON TRANSVERSO COM TUMOR ESTROMAL EM DELGADO EM PACIENTE COM 40 ANOS: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RODRIGO SADER HECK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), KAREN MAYURI KATO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), ROBERTA LAIS DOS SANTOS MENDONÇA MATOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: O carcinoma colorretal é a terceira neoplasia maligna mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres no mundo. No Brasil, esse é o terceiro tipo mais comum de câncer, sendo previstos cerca de 30 mil novos casos para o ano de 2013. A incidência de carcinoma colorretal por 100 mil/habitantes, nos Estados Unidos decaiu nas últimas décadas, que era 60.5 em 1976 para 46.4 em 2005. O índice de mortalidade também decaiu quase 35% entre 1990 e 2007. Pelo fato de indivíduos mais jovens julgarem-se portadores de enfermidades de pequena relevância clínica, o período entre o início dos sintomas e o diagnóstico pode ser estendido. Relato do caso: Mulher, 37 anos, branca com queixa de dor abdominal difusa do tipo cólica e hematoquesia, associado ao quadro de perda ponderal de aproximadamente 8 kg, há 10 meses. Como antecedentes: duas cesarianas, negava comorbidades, uso de medicações ou alergia. Não sabia referir histórico familiar, pois é filha adotiva. Colonoscopia mostrou lesão de 3 cm em cólon transverso estenosante, com biópsia mostrando adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Estadiamento clínico-radiológico: T3N0M0. Como conduta realizou-se colectomia subtotal, ileorretoanastomose láterolateral com exérese de lesão puntiforme em íleo terminal. Alta hospitalar no 5ºPO. Exame antomo-patológico mostrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado em cólon transverso invadindo sub serosa, sem metástases em 36 linfonodos ressecados pT3pN0pMx e lesão de delgado com neoplasia de células fusiformes. Imunoistoquímica: tumor estromal gastrointestinal. Paciente foi encaminhada a oncologia e realizado pesquisa gênica para Síndrome de Lynch. Conclusão: A incidência do câncer colorretal abaixo dos quarenta anos de idade não é desprezível, sendo seu diagnóstico em fases avançadas muito comum. Diante disto, o relato de novos casos são de grande relevância para que diagnósticos ocorram de forma mais precoce, assim como a adequada investigação de condições associadas e a melhor escolha terapêutica possam ser realizados.

PALAVRAS-CHAVES: ADENOCARCINOMA | TUMOR ESTROMAL | CIRURGIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 436

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Complicações mais frequentes da cirurgia de reconstrução intestinal pós cirurgia do tipo hartmann

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA SILVA SALES (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), MARCELA OLIVEIRA REZENDE BARBOSA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A reconstrução do trânsito intestinal acarreta elevados índices de morbimortalidade, dependente do procedimento realizado na operação inicial, da técnica operatória necessária na reconstituição do trânsito intestinal e das comorbidades dos pacientes. OBJETIVOS: Tendo em vista o uso mais frequente da cirurgia do tipo Hartman é importante estar ciente das suas possíveis complicações para assim estabelecer sua conduta propiciando uma melhor abordagem terapêutica. Foram analisadas a morbidade e mortalidade dos pacientes na tentativa de reversão da cirurgia do tipo hartmann. MÉTODOS: Análise de artigos de revisão publicados no SciELO, Pub MED, LILACS. RESULTADOS: Foram analisados 10 artigos científicos publicados nos últimos 10 anos sobre as possíveis complicações da técnica de Hartman. A média de idade dos pacientes submetidos a reconstrução era de 54 anos. As complicações mais frequentes foram fístulas e infecções de parede, as quais estão associadas ao tempo de permanência dos pacientes e comorbidades do mesmo. Notamos também que quase 20% dos pacientes tem algum tipo de complicação, o que é um percentual bastante significativo.

CONCLUSÃO: A colostomia à Hartmann normalmente é acompanhada de um maior número de complicações pós reconstrução do trânsito intestinal, e quase metade dos pacientes envolvidos nesta série de casos apresentavam este tipo de colostomia.

BIBLIOGRAFIA: 1. Ninkovic M, Schoeller T, Schmid T, Salzer GM, Scougall P, Wechselberger G, Ander H. Closure of complex defects in the chest wall with muscle flaps. Scand J Plast Reconstr Hand Surg. 1998;32(3):255-64. 2. Novoa N, Benito P, Jiménez MF, Juan A, Luis Aranda J, Varela G. Reconstruction of chest wall defects after resection of large neoplasm: ten-year experience. Interact Cardiovascular Thorac Surg. 2005;4(3):250-5. Epub 2005 Mar 30.

PALAVRAS-CHAVES: Hartmann | Técnica cirúrgica | Coloproctologia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 510

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE TRÊS PACIENTES OPERADOS COM FAP NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE PELA CLÍNICA CIRÚRGICA B

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IASMIN CAVA DE SÁ (UNIRIO), ANDREA NEVES SOARES (UNIRIO), HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS (UNIRIO), ANDREA POVEDANO (UNIRIO), RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO (UNIRIO), HENRIQUE NEUBARTH PHILLIPS (UNIRIO), GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI (UNIRIO), PEDRO EDER PORTARI FILHO (UNIRIO)

RESUMO: Objetivo: Apresentar 3 casos de polipose adenomatosa familiar (FAP) acompanhados no hospital e discutir a suspeição do diagnóstico, sintomas e tempo entre início dos sintomas e diagnóstico estabelecido. Método: Estudo retrospectivo de três pacientes operados com FAP analisando as variáveis: idade de início dos sintomas, idade ao diagnóstico, tipo de sintomas, antecedentes familiares, hipóteses diagnósticas conflitantes e métodos diagnósticos. Todos os pacientes receberam tratamento cirúrgico. Resultados: Três casos de FAP, sendo dois irmãos e um caso sentinela. As idades eram de 16, 19 e 23 anos. Os sintomas iniciaram na primeira década, sendo hematoquezia comum nos relatos. Outros sintomas foram: astenia, constipação e presença de pólipos nas fezes. Em dois dos três casos o diagnóstico foi acelerado por um terceiro irmão diagnosticado previamente com a doença. No caso sentinela houve intervalo de cerca de dez anos entre início dos sintomas e diagnóstico. Todos os casos foram relacionados com casos de óbito na família por câncer colorretal em idade precoce. Os pacientes foram tratados com proctocolectomia total com anastomose ileo-anal em bolsa de Utsunomiya e encaminhados para aconselhamento genético. Dois pacientes tiveram complicações maiores segundo a escala de Clavien. Conclusão: a FAP é uma doença rara, cujo sintomas iniciais mais frequentemente envolvidos são a hematoquezia e as alterações do hábito intestinal. O início do quadro ocorre geralmente na infância, de forma insidiosa, sendo os sinais e sintomas pouco valorizados tanto pelo paciente como pelo médico assistente. A suspeição de FAP deve ser aventada em crianças com sangramento anal ou alteração evacuatória persistente, que apresentem história familiar marcante de neoplasia colorretal em idade precoce.

PALAVRAS-CHAVES: polipose adenomatosa familiar | hematoquezia | câncer colorretal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 511

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA QUILOSA PÓS RETOSSIGMOIDECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE DE 39 ANOS COM ADENICARCINOMA OPERADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE PELA CLÍNICA CIRÚRGICA B: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDREA NEVES SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), IASMIN CAVA DE SÁ (UNIRIO), HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS (UNIRIO), RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO (UNIRIO), HENRIQUE NEUBARTH PHILLIPS (UNIRIO), ANDREA POVEDANO (UNIRIO), GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI (UNIRIO), PEDRO EDER PORTARI FILHO (UNIRIO), PEDRO PINHEIRO DE ALMEIDA NEVES (UNIRIO)

RESUMO: INTRODUÇÃO A Fístula Quilosa é uma complicação incomum de cirurgias abdominais e é de difícil manejo. A abdominal tem melhor prognóstico e como consequência de cirurgia colorretal é extremamente rara. Sem tratamento adequado expõem o paciente a um alto risco de mortalidade. O tratamento clínico consiste em dieta com alto teor de proteína e baixo de gordura, nutrição parenteral total e administração de somatostatina. Temos como objetivo relatar um caso de FQ pós retossigmoidectomia que foi tratada apenas com manejo dietético. RELATO DE CASO R.G.C, 39 anos, masculino, ex tabagista, com queixa de alteração do hábito intestinal de maio a novembro de 2016. Alternava períodos de constipação e diarreia, evacuações eram líquidas ou pastosas e escurecidas, evacuava diversas vezes ao dia e em pouca quantidade. Além disso, referia dor em hipogastro em cólica sem irradiação e que atenuava ao evacuar, flatos e perda ponderal de 7kg. Relatava ainda astenia associada a esse quadro intestinal. Negava náuseas, vômitos, febre, hiporexia, hematoquezia, obstrução, histórico de câncer na família e etilismo. Foi submetido à Colonoscopia em 09/11/2016 que evidenciou lesão vegetante, estenosante e friável em sigmóide, ocupando toda circunferência e sem demais alterações. Durante o exame foi realizada biópsia cujo laudo foi amostra compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Assim, optou-se por realizar uma retossigmoidectomia videolaparoscópica. Cirurgia em 23/11/2016 sem intercorrências. Paciente evoluiu bem e teve alta após 3 dias. Retornou ao serviço 4 dias após a alta com queixa de secreção em grande quantidade de aspecto leitoso e inodora no dreno, sem demais queixas. Foi readmitido e realizou-se análise bioquímica que evidenciou ser secreção proveniente de FQ. Assim, prescreveu-se dieta com baixo teor de gordura para tratamento. Paciente evoluiu com diminuição débito da fístula e teve alta no dia seguinte. CONCLUSÃO Devido à baixa frequência das FQ não existem dados definitivos quanto ao tratamento que ainda é um desafio terapêutico nos dias atuais. O tratamento inicial deve consistir em medidas dietéticas e/ou nutrição parenteral, deixando-se o tratamento cirúrgico para os casos refratários. Uma dieta com pouca gordura e suplementação de triglicerídeos de cadeia média reduziu a produção e fluxo do quilo. No caso em questão apenas as medidas dietéticas foram suficientes

PALAVRAS-CHAVES: Fístula Quilosa | Câncer colorretal | Complicação operatória

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 523

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Mortalidade por câncer cólon e reto no município de João Pessoa, Paraíba: análise de 2012 a 2016.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HOMERO MEDEIROS DE OLIVEIRA JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA), MARLA MIKAELY DANTAS DE MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Objetivos: Identificar as características e distribuição da mortalidade por câncer de cólon e reto, nos últimos 05 anos, no município de João Pessoa, Paraíba. Método: realizou-se estudo transversal retrospectivo para estimar frequência de mortalidade por câncer de colorretal, de 2012 a 2016, estratificando os dados por sexo, faixas etárias e raça/cor; através do banco de dados TABNET-PB, Sistema de Informação de Mortalidade, da secretaria municipal de saúde deste município, que possui atualização semanal. Resultados: a mortalidade por esta neoplasia aumentou em 44%, após 5 anos, o que corresponde a 22 casos a mais, de um total de 278 óbitos registrados. O sexo feminino foi o mais afetado, representando 65% dos casos. Entre a população declarada parda encontramos 52,5% dos casos, seguido da branca com 39,2% e dos negros com 5,03%. Entre faixas etárias, há maiores taxas de óbitos em maiores de 80 anos (23%), seguido dos usuários entre 60-69 e 70-79, com frequência de 20,8%; 50-59 com 17,6%; 40-49 com 9,7%; e 8,0% tinham menos de 40 anos. Conclusões: Ao contrário das estimativas brasileiras e mundiais, em nosso estudo, encontramos maiores índices de mortalidade entre a população masculina, uma vez que a incidência da neoplasia é semelhante entre os sexos, mas a mortalidade é maior entre homens. É a quarta causa de morte entre as neoplasias malignas no Brasil. Como doença relacionada ao estilo de vida, além de fatores genéticos, encontramos maiores taxas de mortalidades a partir da sexta década de vida, assim como as estimativas mundiais da doença. Bibliografia: DATASUS. Sistema de Informações sobre mortalidade. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def . Acessado em 06/02/2017. INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva ? Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. Acessado em 09/02/2017. MENEZES CCS et al. Câncer Colorretal na População Brasileira: Taxa de Mortalidade no Período de 2005-2015. Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde . Abr-Jun2016, Vol. 29 Issue 2, P172-179. 8p.

PALAVRAS-CHAVES: Mortalidade|Câncer de colon|Epidemiologia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 534

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUBERCULOSE INTESTINAL MANIFESTADA COMO QUADRO DE ABDOME AGUDO PERFURATIVO - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAELA DE SOUZA NOVO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ISABELA CORREA CASADIO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), LAURA LEONARDI NEVE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), RONALDO NONOSE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A associação da tuberculose com a SIDA é bem conhecida e continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil. A doença intestinal é uma complicação da doença pulmonar. Quando acomete o trato digestório, o íleo terminal seguido da válvula ileocecal e do jejuno são os locais mais frequentemente comprometidos. Pode ser de diagnóstico difícil e em algumas situações pode se tornar uma doença de tratamento cirúrgico, quando há principalmente a obstrução e a perfuração intestinal. Tem como diagnóstico diferencial a doença de Crohn e tumores malignos do cólon. E a linfadenopatia pode dar a impressão de linfoma. Retocolite ulcerativa inespecífica, sarcoidose, amebíase, histoplasmoze, apendicite, entre outras também devem ser consideradas. RELATO DE CASO: Paciente portadora de SIDA, e TB pulmonar em tratamento irregular e sem terapia antirretroviral, veio com quadro de dor abdominal difusa e constipação há 3 dias, e abdome com sinais de peritonite. Após diagnóstico de abdome agudo perfurativo, foi submetido a laparotomia exploradora de urgência e subsequente enterorrafia. CONCLUSÃO: Conclui-se que a forma extra pulmonar da tuberculose é mais comum nos portadores de SIDA, e corresponde a 50% dos casos. Além disso, o diagnóstico pré-operatório é difícil, e raro, sendo a certeza dada pelo exame histopatológico ou em culturas de tecidos. E o diagnóstico cirúrgico ainda é muito comum, apesar de ser mais indicado em casos de complicações como perfuração e obstrução.

PALAVRAS-CHAVES: TUBERCULOSE INTESTINAL|ABDOME AGUDO PERFURATIVO|SIDA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 554

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRANSPLANTE DE MICROBIOTA FECAL: RELATO DE NOVA ABORDAGEM PARA TRATAMENTO DA COLITE PSEUDOMEMBRANOSA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BÁRBARA FREITAS FRANCHI (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), BRUNO AMANTINI MESSIAS (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA), PEDRO HENRIQUE PONTES (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), CESAR AUGUSTO SANITA VIANA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), DANIEL ÁTILA DE ANDRADE M BARBOSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO)

RESUMO: A infecção por *Clostridium difficile* (ICD) é uma complicação comum após a disbiose intestinal ocasionada pelo uso abusivo de antibióticos e um fator de preocupação entre os médicos devido as altas taxas de recorrência. O transplante de microbiota fecal (TMF) é uma alternativa para o tratamento da infecção recorrente por *C. difficile* refratária ao tratamento convencional com antibióticos. Diversas técnicas para realização do transplante estão sendo estudadas e utilizadas de acordo com as vantagens apresentadas. O objetivo deste trabalho é demonstrar a eficácia do TMF como tratamento de infecções iniciais e recorrentes por *C. difficile* e comparar os diferentes métodos de realização da técnica do transplante quanto a sua eficácia e custo. Foi realizada a revisão de literatura de artigos acoplados nas bases de dados eletrônica PubMed, sciELO e LILACS. A pesquisa consistiu na utilização dos seguintes descritores: ?Enterocolitis,pseudomembranous? ?OR? ?Clostridium difficile?, ?AND? ?fecal microbiota transplantation? e como filtros foram selecionados artigos publicados nos últimos cinco anos em inglês e português, referentes ao público maior de 19 anos e em concordância com o objetivo deste trabalho.O transplante de microbiota fecal é um procedimento eficaz e seguro na resolução da infecção recorrente por *C. difficile*, pois não foram documentadas complicações e efeitos adversos relevantes e apresentando vantajoso custo benefício em relação ao tratamento convencional. Apesar da sua eficácia ainda é pouco utilizado como terapia inicial no tratamento da infecção por *C. difficile*, sendo que ainda são necessários estudos relacionando essa terapêutica como primeira opção. É uma alternativa econômica e mais eficaz em comparação aos outros tratamentos iniciais.Dentre as diferentes técnicas para realização do transplante todas são consideradas eficazes, com altas taxas de cura. A escolha da técnica a ser adotada depende da sua disponibilidade no local a ser realizado, da condição clínica do paciente e sua aceitação quanto ao procedimento.Na maioria das vezes os pacientes estão receptivos a realização do TMF caso este seja indicado pelo seu médico. O que foi observado é a pouca prescrição por parte destes profissionais. A criação de diretrizes e protocolos para orientação quanto a sua indicação, técnica e segurança faz-se necessária para aumentar sua divulgação e utilização em meio a comunidade médica, evitando que o paciente seja privado de um tratamento eficaz e seguro.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante de microbiota fecal|*Clostridium difficile*|enterocolite pseudomembranosa

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 562

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem laparoscópica na mucocele de apêndice cecal.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIANCARLO CIONGOLI (FACERES MEDICINA), JOSE CIONGOLI (REDE DOR SÃO LUIZ JABAQUARA), CLAUDIO AUGUSTO CIONGOLI (REDE DOR SÃO LUIZ JABAQUARA), CAIO PEDROSO DE ANDRADE (FACERES MEDICINA), MARIO PEREZ GIMENEZ (REDE DOR SÃO LUIZ JABAQUARA), MARINA PEREZ GIMENEZ (UNICID), RODOLFO VALENTIM AGUIAR BARTOLOMEU (FACERES), GABRIEL NEVES TELES (FACERES)

RESUMO: Doença rara do apêndice vermiforme, que ocorre em 0,2% a 0,4% das apendicectomias realizadas, a mucocele do apêndice consiste em uma dilatação cística, devida ao acúmulo de material mucinoso em sua luz. Ela pode se apresentar sob a forma benigna, como a mucocele simples e o cistadenoma mucinoso, ou na forma maligna, como o cistadenocarcinoma mucinoso. Por ter uma sintomatologia muito variável, seu diagnóstico pré-operatório se torna difícil, sendo muitas vezes diagnosticados no ato cirúrgico. Existem dúvidas quanto à melhor conduta a ser tomada. Exames de imagem como USG, TC e colonoscopia podem apenas sugerir o diagnóstico. A realização de biópsias é controversa, devido ao risco de disseminação peritonial de possíveis células neoplásicas, o que poderia ocasionar o Pseudomixoma peritonei que é a pior complicação da mucocele de apêndice. O tratamento cirúrgico mais adequado à mucocele de apêndice é a hemicolectomia direita, porém em algumas situações é realizada apenas a apendicectomia, tendo como risco os implantes peritoniais que podem comprometer as chances de cura. O objetivo deste trabalho, é ressaltar a importância da definição de uma conduta cirúrgica mais adequada a esta patologia, relatando um caso em que a conduta cirúrgica foi a apendicectomia por vídeolaparoscopia

PALAVRAS-CHAVES: Mucocele de apêndice cecal. | Coloproctologia | Cirurgia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 683

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reconstrução de Trânsito Intestinal após Cirurgia de Hartmann, um Relato de Caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FLAVIANY MARIA SANTIAGO FORTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), SAMUEL SAMPAIO ALCÂNTARA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A cirurgia de Hartmann é um procedimento onde há a realização de uma colostomia terminal e o fechamento do coto distal do intestino grosso, visando reduzir a deiscência de anastomoses primárias. As taxas de morbimortalidade da operação de reconstrução do trânsito intestinal após procedimento de Hartmann variam em até 50%. RELATO DE CASO: M.J.S., 66 anos, refere que há 3 anos foi diagnosticada com adenocarcinoma de colón e foi submetida a colectomia parcial, onde foi retirada parte superior do segmento do reto e parte inferior do sigmoide, permanecendo com colostomia. Realizou quimioterapia adjuvante ao tratamento cirúrgico. Relata grande vontade de ?retirar a bolsa? (sic). Foi admitida para reconstrução de trânsito intestinal, após 3 anos da colostomia. Sem outras comorbidades. Ao exame físico encontrava-se sem alterações, abdome com colostomia à esquerda, sem sinas de inflamação e necrose. O procedimento cirúrgico de reconstrução de trânsito intestinal foi realizado após adequada assepsia e antisepsia, realizando descolamento de colostomia prévia em flanco esquerdo de parede abdominal, com fechamento transitório da alça terminal. Foi realizada incisão mediana xifopubiana sobre cicatriz cirúrgica prévia, diérese por planos com lise de bridas e aderências, identificação e preparo do coto retal, liberação e preparo do cólon da colostomia, com desbridamento de bordos, anastomose termino-terminal entre cólon descendente e colo retal com Prolene 3-0, sutura contínua, aposição de dreno e síntese por planos. Paciente evoluiu no 1º dia P.O. com vômitos e hipocorada, porém sem outros achados, fazendo uso de Metronidazol e Ciprofloxacino. Ao 4º dia P.O. referiu flatos, evoluindo para dieta líquida restrita com boa aceitação. Ao 10º dia P.O. referiu defecação, negava dores abdominais. Ao 12º dia de P.O iniciou dieta branda, com boa aceitação. Ao 14º dia P.O a paciente evolui sem queixas, aceitando bem a dieta, deambulando, com diurese fisiológica, flatos e evacuações presentes, tendo alta hospitalar. CONCLUSÃO: Concluimos que, apesar da grande morbimortalidade encontrada para a cirurgia de reconstrução de trânsito intestinal, ao realizar preparo e escolha adequada do paciente minimiza-se as complicações intra e pós-cirúrgicas. Juntamente com adequadas técnicas cirúrgicas e cuidados pós-operatórios, é possível obter um tratamento bem sucedido, auxiliando o paciente a alcançar um bem-estar físico e psíquico devido a reversão da colostomia.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia de Hartmann | Colostomia | Reconstrução de Trânsito Intestinal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 700

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RARO CASO DE HEMATOMA INTRALUMINAL EM CÓLON SECUNDÁRIO A TRAUMA CONTUSO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), GUSTAVO DOS SANTOS CERQUEIRA SILVA (HOSPITAL ANA NÉRI), ALVARO NONATO DE SOUZA (HOSPITAL ANA NÉRI), IGOR LOBÃO FERRAZ (HOSPITAL ANA NÉRI), JORGE ALBERTO DE RESCALA (HOSPITAL ANA NÉRI), MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE (HOSPITAL ANA NÉRI), ÁVIO MOTA BRASIL NETO (HOSPITAL ANA NÉRI), ALAN FONSECA AIRES (HOSPITAL ANA NÉRI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Relato de caso de paciente apresentado hematoma de cólon ascendente secundário a trauma contuso, conduta posterior e evolução. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 18 anos, refere dor em fossa ilíaca direita, em cólica, de leve intensidade, após partida de futebol há 7 dias. com piora significativa da dor há 5 dias. Admitido com estabilidade hemodinâmica e queixa de dor importante em FID. Ao exame físico paciente em regular estado geral, normocorado, normocárdico, afebril. Abdome plano com ruídos hidroaéreos presentes, tenso, doloroso à palpação em fossa ilíaca direita e sem sinais de irritação peritoneal. Realizada tomografia computadorizada de abdome que evidenciou imagem alongada e heterogênea, intraluminal, em cólon ascendente e pequena quantidade de líquido livre em cavidade. Colonoscopia com achado de lesão subepitelial com ulcerações/necrose focais em cólon ascendente. Exames laboratoriais sem alterações. Paciente foi submetido a videolaparoscopia, sendo visualizada grande tumoração em parede de cólon ascendente, que poupava ceco e válvula ileocecal, porém estendia-se até a proximidade da flexura hepática do cólon, de paredes finas e algo friável, coloração violácea, sugestiva de hematoma. Devido a difícil mobilização de cólon, sem ser possível preensão do mesmo com pinças laparoscópicas, foi optado por conversão laparotômica. No intraoperatório foi visualizado pequena quantidade de líquido livre hemático e massa previamente descrita em cólon direito. Realizada hemicolecomia direita e confeccionada anastomose terminoterminal ileotransverso. Encaminhada peça cirúrgica para estudo anatomopatológico que revelou hematoma colônico. Paciente evolui no pós-operatório com estabilidade clínica e hemodinâmica, recebeu alta no 5º DPO sem intercorrências. CONCLUSÃO: Apesar de descritas na literatura, lesões em cólon secundárias a trauma contuso são pouco frequentes na prática médica, possuindo alta incidência de morbidade e mortalidade. No trauma contuso o fígado e o baço estão entre os órgãos mais afetados. Casos de lesão em cólon durante esportes são ainda mais raros. Tomografia de abdome é o exame de escolha em pacientes vítimas de trauma contuso com estabilidade hemodinâmica. O tratamento optado foi hemicolecomia direita, considerando a extensão da lesão, com anastomose primária, com excelente evolução.

PALAVRAS-CHAVES: Trama | Hematoma de cólon | Cirurgia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 716

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Endometriose infiltrativa profunda dos intestinos - Experiência de uma equipe multidisciplinar com 179 pacientes submetidos à ressecção intestinal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), BRUNO AMARAL MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), PATRICK CASTELO BRANCO RAMADA CAMPOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GERLANO BRAGA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MARIA DAIANA DE SOUZA NUNES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GIOVANNA KAREN COLARES DE MENEZES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WESKLEY SOUZA DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ALYNE SANTANA DO NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: OBJETIVOS Apresentar a experiência de uma equipe multidisciplinar de ginecologistas e cirurgiões no tratamento da endometriose infiltrativa profunda envolvendo os intestinos (reto, apêndice, íleo terminal e cólon direito) de 179 pacientes que se apresentaram à clínica com a doença acometendo ao reto. Apresentar os dados relativos à idade, ao tamanho do nódulo retal, às técnicas cirúrgicas, às taxas de complicação e internação hospitalar. MÉTODOS Pacientes se apresentaram à clínica com endometriose infiltrativa profunda envolvendo o reto (identificada no mapeamento por US com preparação do intestino) e foram operados. A idade média dos pacientes era 35,4 anos (21a ? 61a) e o tamanho de seus nódulos variava de 1,0 cm para 9,6 cm. Os 179 pacientes foram submetidos a cirurgias laparoscópicas com a aplicação das seguintes técnicas:- Raspagem retal em 16 pacientes (8,93%);- Ressecção linear em 4 pacientes (2,2%);- Ressecção discoide em 59 pacientes (32,9%);- Ressecção segmentar em 100 pacientes (55,8%);- Ressecção do ceco ou íleo terminal/cólon direito em 16 pacientes (8,9%);- Apendicectomia em 18 pacientes (10,05%); RESULTADOS A grande maioria dos procedimentos foram bem sucedidos e sem acometimentos, porém, em alguns casos, complicações aconteceram:- Fístula anastomótica: 2 pacientes;- Estenose de anastomose colorretal: 3 pacientes;- Fístula reto-vaginal: 1 paciente; A média de internamento foi de 2,2 dias (1d ? 9d). CONCLUSÕES Endometriose infiltrativa profunda dos intestinos é uma doença complexa, envolvendo múltiplos órgãos e segmentos do trato digestivo. Familiaridade com todas as técnicas é fundamental para o tratamento adequado desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Endometriose | Infiltrativa | Intestinos

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 744

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COMPLICAÇÕES DAS CIRURGIAS DE RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDSON HIROSHI SALGADO URAMOTO (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), ALEXANDRE ZANCHENKO FONSECA (UNISA), STEPHANIE SANTIN (UNISA), AMANDA REZENDE (UNISA), CAROLINA SANTOS DE JESUS (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: Introdução: A reconstrução de trânsito intestinal é um procedimento realizado eletivamente que não é isento de complicações, pelo contrário, muitos estudos evidenciam um alto grau de morbimortalidade, dependendo de vários fatores, desde fatores inerentes ao paciente, bem como da própria técnica operatória. Objetivo: Este estudo tem com objetivo identificar as características epidemiológicas dos pacientes submetidos à reconstrução intestinal em uma instituição de saúde, além de analisar as informações a respeito do procedimento cirúrgico e as complicações decorrentes. Método: Foi realizado uma análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes submetidos à reconstrução intestinal do Hospital Geral do Grajaú (HGG), num período de 7 anos (2009-2015). Resultados: Foram incluídos 39 pacientes, sendo 53,8% homens e 46,2% mulheres, com idade média de 52,4 anos. As cirurgias tipo Hartmann e a ileostomia foram os motivos para a reconstrução do trânsito intestinal, representando juntas 87,0% dos pacientes. A anastomose término-terminal foi realizada em 71,8% dos casos, utilizando principalmente a técnica manual. 25,6% dos pacientes apresentaram complicação, destacando-se a fístula de anastomose. 3 (7,6%) paciente evoluíram ao óbito. O tempo de cirurgia, necessidade de UTI e transfusão sanguínea apresentaram significância estatística com as complicações pós-operatória. Conclusão: Verificou-se que a maioria foi gênero masculino, com média de idade de 52,48 anos. Entre as variáveis estudadas, observou-se que o tempo de cirurgia, a necessidade de transfusão sanguínea e de UTI foram fatores complicadores com significância estatística. Dessa forma, a cirurgia de reconstrução de trânsito não é isenta de complicação, havendo a necessidade de cuidados pré e pós-operatório, bem como no intraoperatório.

PALAVRAS-CHAVES: RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL|ESTOMIA|COMPLICAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 774

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Resposta completa à terapia neoadjuvante em câncer de reto?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JULIANA DE SOUZA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANIEL DE CASTILHO DA SILVA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ANA CARLA FRANCO UBINHA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANIELLE DE CAMPOS PESETO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), SILAS SOARES CAVALCANTE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: O câncer colorretal se destaca em nosso meio por sua alta prevalência na população, sendo o quarto mais comum na espécie humana. A ressecção cirúrgica e retirada de linfonodos continua sendo a principal abordagem curativa no tratamento do adenocarcinoma colorretal. Porém os resultados obtidos através da associação da quimioterapia à radioterapia levaram à adoção da terapia neoadjuvante no tratamento do câncer de reto. O objetivo dessa terapia é promover uma redução do tamanho do tumor possibilitando melhores condições de ressecabilidade e resultados terapêuticos. Relato de Caso: Paciente do gênero feminino, 63 anos, com queixa de hematoquezia há um ano, não associado a tenesmo ou puxo. A colonoscopia trazida pela paciente, até colón transverso, evidenciava lesão ulcero-vegetante em reto com seis cm de diâmetro, a 10 cm da borda anal. O resultado histopatológico foi adenocarcinoma moderadamente diferenciado em reto. Ao estadiamento a tomografia de abdômen, pelve e tórax confirmaram lesão retal sem linfonodomegalias e metástase à distância (T3N0M0), paciente não produtora de CEA, estando indicada a terapia neoadjuvante. Após a radioquimioterapia, a colonoscopia assim como a tomografia demonstraram resposta clínica completa, porém a Ressonância Magnética revelou três linfonodomegalias adjacentes. Diante do achado, optou-se pela retossigmoidectomia videolaparoscópica com excisão total do mesoreto e anastomose coloanal com ileostomia de proteção. O anatomopatológico demonstrou resposta patológica completa com ausência de células viáveis neoplásicas mas presença de metástase em um linfonodo de três isolados da gordura pericólica, sendo iniciada terapia adjuvante. Conclusão: Embora a terapia neoadjuvante apresente responsividade tumoral com resposta patológica completa, a falta de sensibilidade e especificidade dos exames clínicos e radiológicos disponíveis até o momento impedem que esta conduta possa ser adotada em todos os pacientes com resposta clínica completa e impede o seu uso disseminado em serviços menos especializados

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias Retais | Terapia Neoadjuvante | Tomografia computadorizada

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 806

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Enfisema retroperitoneal, uma apresentação inicial incomum secundária a diverticulite colônica perfurada, com evolução para síndrome de Fournier

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ OLÍMPIO CARDOSO JUNIOR (HOSPITAL UNIVERSITARIO PROF. EDGARD SANTOS), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBURBIO), ANDRE GUSMAO CUNHA (HOSPITAL DO SUBURBIO), ISADORA PEIXOTO FERNANDES GONÇALVES (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), LISANDRA LEMOS ROCHA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), LUCAS PINA DULTRA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA)

RESUMO: Introdução: Relato de caso de paciente portador de diverticulose colônica, evoluindo com perfuração e extenso enfisema retroperitoneal acompanhados por síndrome de Fournier. Relato de Caso: Paciente 48 anos, masculino, nega passado cirúrgico. Admitido em 09/01/17 referindo dor abdominal moderada em hipogástrio, náuseas, febre e constipação há 08 dias, que melhorou com analgesia. Exame físico sem sinais de resposta inflamatória e abdome inocente, contudo a TC evidenciou extenso enfisema retroperitoneal e divertículos colônicos, sobretudo em cólon descendente, sem sinais sugestivos de diverticulite. Laboratorial: Leuco: 17.600, bastões: 2%, seg: 94%. Iniciada ceftriaxona e metronidazol. Paciente evoluiu com sepse sendo submetido a laparotomia exploradora em 11/01, encontrando-se ao inventário da cavidade secreção purulenta e necrótica no espaço de Retzius e na pelve, fasciíte necrotizante em retroperitônio em razão de perfuração de divertículo de cólon sigmoide. Realizada hemicolectomia esquerda e colostomia a Hartmann. Em 16/01 foi submetido a reabordagem cirúrgica devido a íleo adinâmico, piora da leucocitose e contínua drenagem de secreção purulenta, sendo realizada lise de aderências, exérese de tecido desvitalizado e lavagem da cavidade. Evoluiu em 18/01 com eritema em bolsa escrotal associado a edema, dor e rubor; RM de bolsa escrotal evidenciou focos gasosos de permeio com coleção peritesticular esquerda e suspeita de síndrome de Fournier. Submetido a drenagem perineal e do abscesso de hemiescroto esquerdo 20/01 pela equipe de cirurgia urológica, comunicando-os com o espaço retroperitoneal, e escalonado ATB para teicoplanina, meropenem e fluconazol. Em 23/01 laparotomia exploradora em razão da manutenção do quadro séptico e drenagem de secreção purulenta por dreno abdominal e pela incisão perineal. No momento evolui com melhora do quadro séptico em Unidade de Terapia Intensiva. Conclusão: O processo inflamatório e infeccioso dos divertículos ocasiona a diverticulite, patologia que cursa com alto número de hospitalizações e elevados custos ao sistema de saúde pública. Seu tratamento pode ser realizado através da antibioticoterapia ou por cirurgia, sendo que 15% dos pacientes evoluem para tratamento cirúrgico. Suas principais complicações são perfuração, fístulas, obstrução e estenoses, podendo ser potencialmente fatais. Este trabalho mostra uma apresentação inicial e complicações não usuais da diverticulite colônica.

PALAVRAS-CHAVES: diverticulo | síndrome de Fournier | enfisema retroperitoneal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 818

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PSEUDO-OBSTRUÇÃO COLÔNICA AGUDA (SÍNDROME DE OGILVIE) PÓS-GASTRECTOMIA SUBTOTAL NO ADENOCARCINOMA GÁSTRICO ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AIRTON ZOGAIB RODRIGUES (HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS), PAULO CEZAR DE GODOY JUNIOR (FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES), TIAGO REZENDE SAVIAN (FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES), LUCAS TRALDI JUBRAN (FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES), MESSIAS ELIAS NETO (HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS)

RESUMO: Introdução: A pseudo-obstrução colônica aguda, também conhecida como síndrome de Ogilvie, é caracterizada por uma dilatação progressiva do cólon na ausência de obstrução mecânica distal do intestino. É uma afecção esporádica, muitas vezes sub-notificada e com compreensão incompleta sobre sua incidência. Tem prevalência em pacientes idosos, do sexo masculino, sendo uma complicação associada a múltiplos fatores entre os quais os procedimentos operatórios, comorbidades, infecções, distúrbios hidro-eletrolíticos e utilização de medicamentos específicos. Relato de caso: Trata-se de um caso de pseudo-obstrução colônica aguda pós-gastrectomia subtotal por adenocarcinoma gástrico, em paciente de 88 anos, do sexo masculino, com quadro de melena esporádica, anemia, epigastralgia em queimação, fraqueza geral e emagrecimento de 3Kg há 3 meses. A esofagogastroduodenoscopia revelou extensa lesão úlcero-infiltrativa em corpo e antro gástricos, cuja biópsia revelou adenocarcinoma ulcerado e invasivo. Paciente classificado como ASA III, realizou-se gastrectomia subtotal à D1 com reconstrução em ?Y de Roux? transmesocólica. Durante o ato operatório, foi notada distensão generalizada do cólon, sem sinais de obstrução mecânica, obrigando a uma descompressão do cólon esquerdo e sigmóide com sonda retal introduzida por via endoanal e retirada ao final da operação. No pós operatório paciente apresentou íleo paralítico, com distensão progressiva do cólon, que obrigou à descompressão gástrica. Diagnosticou-se pseudo-obstrução aguda do cólon por radiografia simples do abdome. Houve a necessidade de tratamento descompressivo colonoscópico, possibilitando alta-hospitalar no 14º dia de internação. Atualmente o paciente encontra-se bem e em seguimento ambulatorial. Conclusão: De fisiopatologia exata desconhecida, mas com potencial de morbimortalidade importante, a pseudo-obstrução aguda do cólon deve ter diagnóstico célere e o tratamento colonoscópico descompressivo, realizado por profissional experiente, é seguro e efetivo

PALAVRAS-CHAVES: Pseudo-obstrução do cólon | Síndrome de Ogilvie | Procedimentos cirúrgicos colonoscópicos

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 839

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR RENAL PRIMÁRIO EM UMA PACIENTE COM CÂNCER COLORRETAL ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAMARA NASER (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), FÁBIO CALANDRINI RODRIGUES (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), NIMER RATIB MEDREI (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), ANDRÉ ARAUJO DE MEDEIROS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), LUIZ FLAVIO DE ANDRADE REIS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), ANDERSON MIRANDA ABUD (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), LEONARDO SOUSA RAMOS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é a neoplasia mais comum do trato gastrointestinal e o terceiro mais prevalente no mundo. Em 90% dos casos ocorrem em pacientes acima de 50 anos e em 85% dos casos o diagnóstico se faz na fase avançada da doença, justificando a importância da realização das medidas de rastreamento e consequente diagnóstico precoce. O carcinoma de células renais é responsável por 85% dos casos de câncer renal, com aumento significativo de sua incidência nos últimos 20 anos. O desenvolvimento sincrônico dos tumores primários é um evento relativamente raro e que concomitância de CCR e CR possui uma prevalência entre 0,33 a 0,5% de acordo com a maioria dos estudos já publicados na literatura. RELATO DE CASO: Feminino, 49 anos, previamente hígida e sem antecedentes pessoais e familiares relevantes, com queixa de dor abdominal associada a sangramento retal, alteração do hábito intestinal há seis meses e aumento do CEA. Colonoscopia com lesão estenosante em junção reto-sigmoide e anatomopatológico correspondendo a adenocarcinoma tubular de baixo grau. Tomografia computadorizada com grande massa renal sólida cística acometendo medula e córtex de rim esquerdo, invadindo a pelve renal, os grupos calicinais e polo superior. Realizado hemicolectomia e nefrectomia esquerda em tempo único. O estudo anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma invasor de baixo grau e carcinoma de células renais do tipo células claras. CONCLUSÃO: Embora o carcinoma de células renais e o câncer colorretal façam parte dos cânceres mais comuns no mundo, seu diagnóstico simultâneo é um fenômeno raro. Independentemente da incidência real, já está bem consolidado na literatura de que o carcinoma de células renais está associado com uma maior incidência de neoplasias primárias, apesar da etiologia e patogênese ainda não bem estarem estabelecidas na literatura. A divergência do padrão de cada um dos tumores da paciente em questão possibilitou a classificação das lesões como primárias e sincrônicas. Com o aumento de novas evidências e com a melhor compreensão dos mecanismos envolvidos na carcinogênese humana, a associação de tumores primários em diferentes sítios não deve ser encarada como uma simples coincidência, tornando a pesquisa genética uma ferramenta importante na identificação desses doentes e no aconselhamento genético de seus familiares.

PALAVRAS-CHAVES: câncer colorretal, tumor renal, tumor sincrônico | carcinoma, carcinogênese | tumores primários

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 858

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LAPAROSCOPIA VERSUS LAPAROTOMIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA CONDUTA CIRÚRGICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (UNIVERSIDADE SALVADOR), DANIEL QUADROS DE SOUZA JÚNIOR (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), GRAZIELA BRITTO DE CARVALHO LOBO SOUSA (UNIVERSIDADE SALVADOR), GABRIELA BELLINTANI GAMA (UNIVERSIDADE SALVADOR)

RESUMO: OBJETIVO: Revisar a literatura quanto aos resultados a curto prazo da laparoscopia em comparação com os da laparotomia no tratamento do câncer colorretal. MÉTODOS: Revisão sistemática descritiva realizada entre 09/2015 e 11/2016, incluiu estudos publicados no período de 2002 a 2015, desenvolvida com produção científica indexada nas seguintes bases eletrônicas de dados: PubMed e Scielo. Foram selecionados para leitura na íntegra os artigos que obedeceram aos critérios de inclusão pré-definidos: trabalhos publicados em inglês, que comparassem os benefícios e limitações da laparotomia e laparoscopia no tratamento do CCR, e que realizassem a análise de, no mínimo, metade das variáveis de desfecho selecionadas para esta pesquisa. Os tipos de estudos incluídos foram caso-controle retrospectivo, coorte retrospectivo, ensaios clínicos randomizados e não randomizados. Foram excluídas as revisões sistemáticas e os trabalhos que não obedeceram aos critérios de inclusão. RESULTADOS: Considerando todos os 11 estudos, as amostras variaram entre 68 a 2011 pacientes, com idade entre 57 e 83 anos. O tempo de seguimento variou entre 4 e 9 anos. O tumor foi encontrado nos diversos segmentos do intestino grosso (cólon ascendente, transverso, descendente, sigmoide e reto), com predominância no reto/sigmoide, seguida do cólon ascendente. Na classificação TNM, o estágio mais frequente foi o II nas duas técnicas cirúrgicas. De modo geral, a laparoscopia esteve associada à menor permanência hospitalar, menor taxa de complicações, reduzido tempo de volta à dieta oral, menos dor no pós-operatório e menor taxa de recidiva. Em contrapartida, o tempo de cirurgia foi menor na laparotomia em todos os estudos. Não houve diferença significativa entre as duas modalidades cirúrgicas em relação ao uso de terapia adjuvante e número de linfonodos retirados. CONCLUSÃO: A abordagem videolaparoscópica foi tão eficaz quanto a laparotômica no tratamento do câncer colorretal e esteve associada à menor permanência hospitalar, reduzido tempo de volta à dieta oral, menos dor no pós-operatório, menor taxa de recidiva, menor taxa de complicações.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer colorretal | Colectomia | Laparoscopia e Laparotomia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 864

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAIZA SAMEICA ESPER (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), JOAO HENRIQUE BOTTO DE OLIVEIRA (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), RODRIGO CAMPOS OCARIZ (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), FLORA SPECIAN SARTORI (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), CAMILA MATSUNAGA DE ANGELIS (MULTIPAT), MIRIAM TREVISAN (MULTIPAT), LUCIANA REGINA MOREIRA (MULTIPAT), FRANCISCO CALLEJAS NETO (UNICAMP), EVERTON CAZZO (UNICAMP)

RESUMO: Introdução: O pseudomixoma peritoneal (PMP) é uma neoplasia incomum, de curso indolente, caracterizada pela presença de ascite mucinosa ou implantes na cavidade peritoneal. Comumente, origina-se de lesões primárias no apêndice cecal ou no ovário. Objetivo: Descrever um caso de PMP. Método: Relato de caso baseado em dados coletados através de prontuário médico e entrevista clínica. Revisão de literatura através de pesquisa on-line nas bases de dados Medline e Lilacs. Resultados: GCA, masculino, branco, 72 anos, há 6 meses com dor abdominal difusa associada à perda de 12 kg no período. Ultrassonografia revelou cistos renais simples. Colonoscopia mostrou 03 pólipos (adenomas tubulares com displasia de baixo grau). Após 3 meses, houve aumento da dor e piora das náuseas. Endoscopia digestiva alta não mostrou anormalidades. Ressonância magnética revelou: cistos renais simples; líquido livre em moderada quantidade na cavidade abdominal; espessamento omental difuso; espessamento peritoneal com formações nodulariformes esparsas; aparente aumento do calibre do apêndice cecal com possível conteúdo mucóide intraluminal. Biópsia guiada por tomografia revelou tecido fibroso de aspecto desmoplásico, infiltrado por extenso componente mucinoso, sugestivo de carcinoma mucinoso; estudo imunoistoquímico compatível com adenocarcinoma do trato digestivo. CEA com valor de 44,3ng/ml. À laparotomia, achado de grande quantidade de mucina intra-abdominal, omento endurecido e infiltrado, com múltiplos implantes em peritônio parietal e apêndice roto com tumor de 4 cm e saída de mucina. Realizada cirurgia citoredutora com omentectomia, ressecção dos implantes e apendicectomia. Não houve intercorrências pós-operatórias; o paciente recebeu alta no 7º dia após a cirurgia. O anátomo-patológico revelou uma neoplasia de baixo grau infiltrando extensamente apêndice e omento (PMP pT4), sem invasão angiolinfática ou perineural. Conclusões: A neoplasia epitelial de apêndice constitui 1% dos cânceres colorretais. A doença avançada na maioria das vezes é resultado de perfuração tumoral e semeadura de células tumorais, levando ao PMP. Metástases linfonodais e extraperitoneais são raramente percebidas. Devido à natureza indolente do PMP, os pacientes podem se apresentar com sintomas vagos de distensão abdominal e dor, muitas vezes levando retardo diagnóstico. Atualmente a tratamento padrão do PMP é a cirurgia citoredutora completa que aumenta o prognóstico de sobrevida do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: pseudomixoma peritoneal | apendice | mucina

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 872

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Carcinoma Apócrino de Canal Anal: um raro caso na literatura ? Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HUGO FRANCISQUETO CARNEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), BRUNO BARBOZA CAPELLA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), LUCAS PENSIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), HUMBERTO FENNER LYRA JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), LEANDRO BELLINA DE BITTENCOURT (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

RESUMO: Introdução: Carcinoma Apócrino é uma neoplasia de apresentação rara de tumores anexiais da pele, trata-se de um tumor maligno de glândula sudorípara com diferenciação apócrina. Relato do caso: I.E.M. 50 anos, feminino, notou lesão perianal há aproximadamente 6 meses, com aumento progressivo, dor e sangramento nos últimos dois meses. Em atendimento médico foi diagnosticada com hemorroida (sic), sendo prescrito Proctyl®, entretanto sem melhora dos sintomas. Procurou a Emergência do HU - UFSC, onde se identificou lesão perianal, endurecida, exofítica e pediculada, a 2 cm do ânus, ulcerada e dolorosa, sugestiva de processo neoplásico local, móvel e não aderida a planos profundos, sem evidências de invasão da musculatura esfínteriana. Em região inguinal direita foi observada a presença de linfonodo proeminente e endurecido não doloroso e sem sinais inflamatórios, de cerca de 3 cm. Foi encaminhada imediatamente para internação a fim de se realizar biópsia excisional. Realizada Tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve observou-se : espessamento com realce pelo meio de contraste do canal anal, à direita, medindo 2,5 cm em extensão, Linfonodomegalia inguinal à direita, com realce heterogêneo pelo meio de contraste endovenoso, medindo 3,0 x 2,3 cm em suas maiores dimensões axiais. Submetida à Raquianestesia, foi realizada ressecção local (biópsia excisional) da lesão com margem de segurança e linfadenectomia inguinal à direita no mesmo tempo cirúrgico, que correu sem complicações. As peças foram enviadas ao Laboratório do Serviço de Anatomopatologia do mesmo Hospital, cujos laudos confirmaram o diagnóstico imunohistoquímico e morfológico de Adenocarcinoma Apócrino para a peça da biópsia e de metástase de Adenocarcinoma Apócrino em linfonodo único para a peça da linfadenectomia. Conclusão: Os critérios mais confiáveis para o diagnóstico imunohistopatológico de carcinoma apócrino incluem secreção por decapitação apical e a coloração positiva para GCDFP15. Cirurgia, com linfadenectomia regional no mesmo tempo cirúrgico, é o tratamento primário recomendado, principalmente devido à frequência alta de metástases regionais do carcinoma apócrino. Radioterapia adjuvante pode ser utilizada nos casos com lesões avançadas localmente, principalmente em casos que margens de ressecção suficiente não puderem ser atingidas devido ao sítio anatômico da lesão ou em que as margens de ressecção são positivas para células tumorais, mas essas lesões respondem pouco à terapia.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma Apócrino | Coloproctologia | Câncer de canal anal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 875

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: PSEUDOCISTO GIGANTE DE BAÇO ASSOCIADO A ADENOCARCINOMA DE CÓLON DIREITO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL (HOSPITAL SANTA MARCELINA), LAERCIO ROBLES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ALEXANDER DE SA ROLIM (HOSPITAL SANTA MARCELINA), HUGO HENRIQUES WATTE (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO (HOSPITAL SANTA MARCELINA), EDUARDO AUGUSTO LOPES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), JANAINA WERCKA (HOSPITAL SANTA MARCELINA)

RESUMO: Introdução: Cistos esplênicos são geralmente assintomáticos, ocorrem na segunda e terceira décadas de vida, são diagnosticados incidentalmente em exame de imagem e apresentam prognóstico favorável. Os grandes cistos do baço (maiores que 8cm) podem causar sintomas por compressão de estruturas vizinhas e os pseudocistos são comumente secundários ao trauma, infecção ou infarto, sendo o trauma o fator etiológico mais comum. A indicação de cirurgia no tratamento do cisto esplênico ainda é controversa, principalmente quando relacionada ao tamanho do cisto. Objetivo: Relatar caso de pseudocisto de baço gigante associado a neoplasia de cólon direito. Descrição do caso: Masculino, 40 anos, hipertenso, negro. História familiar positiva para câncer colorretal em mais de 3 familiares de primeiro grau, menores de 50 anos. Apresentou quadro de cólicas em hipogástrio e dejeções diarreicas, 2 vezes ao dia, com sangramento intermitente há 8 meses. Negou história de trauma prévio. Ao exame abdominal uma massa palpável em flanco direito de 7 cm, móvel, endurecida, não dolorosa e esplenomegalia palpável a 13cm do rebordo costal esquerdo. O nível de hemoglobina na investigação foi de 2,8g/dl. Realizou endoscopia digestiva alta que não mostrou anormalidades e colonoscopia que evidenciou lesão infiltrante e estenosante em ângulo hepático, recoberta por fibrina. A histopatologia e estudo imunohistoquímico identificou adenocarcinoma moderadamente diferenciado e invasivo sem instabilidade de microsatélite. O antígeno carcinoembrionário foi de 38 ng/ml. Os exames de estadiamento revelaram espessamento de cólon direito com aderências de alças de delgado e volumosa formação cística de 30 cm de diâmetro junto ao baço com paredes calcificadas e conteúdo hipodenso. Após compensação clínica e vacinação contra germes encapsulados foi submetido à laparotomia exploradora com colectomia direita e enterectomia com anastomose primária e esplenectomia. Teve boa evolução e alta ao sétimo dia de pós-operatório. O espécime cirúrgico demonstrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado de cólon, com infiltração até serosa de delgado, margens livres e 2 linfonodos acometidos de 27. O produto da esplenectomia mostrou pseudocisto com calcificação distrófica e ausência de neoplasia. Conclusão: Pseudocisto de baço é uma entidade benigna que pode ser ressecada ou não simultaneamente a outras lesões em caráter eletivo. É consenso realizar vacinação prévia quando a esplenectomia for total.

PALAVRAS-CHAVES: PSEUDOCISTO ESPLÊNICO | ADENOCARCINOMA DE CÓLON | ESPLENECTOMIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 880

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA DE CÓLON SIGMÓIDE ASSOCIADO A CISTOADENOMA SEROSO MICROCÍSTICO DE PÂNCREAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL (HOSPITAL SANTA MARCELINA), LAERCIO ROBLES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ALEXANDER DE SA ROLIM (HOSPITAL SANTA MARCELINA), HUGO HENRIQUES WATTE (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA (HOSPITAL SANTA MARCELINA), EDUARDO AUGUSTO LOPES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), JANAINA WERCKA (HOSPITAL SANTA MARCELINA)

RESUMO: Introdução: Tumores císticos do pâncreas são geralmente achados incidentais de exames de imagem, constituindo 5% das neoplasias pancreáticas. A variação mais frequente é a microcística, que consiste em lesão hipoecóica, heterogênea, com septos finos determinando aspecto em "favo de mel". Os cistoadenomas microcísticos serosos são 99% benignos e representam 15% dos tumores císticos do pâncreas, localizando-se na cauda e corpo do órgão. Tumores colorretais com lesões sincrônicas colônicas ou extra-colônicas ocorrem em cerca de 3 a 5% dos casos, devendo sempre ser investigados no estadiamento; Objetivo: Relatar achado incidental de cistoadenoma seroso de pâncreas e sua ressecção simultânea ao tratamento de neoplasia de cólon sigmóide. Descrição do caso: Feminina, 68 anos, branca, hipertensa e diabética. História de dor tipo cólica em hipogástrio, emagrecimento de 12% do peso corporal, hematoquezia intermitente e astenia há 6 meses. Exame físico abdominal não demonstrava alterações. Submetida a colonoscopia com achado de lesão estenosante, ulcerada e friável de 5 cm de extensão em sigmóide. A biópsia revelou Adenocarcinoma. Na avaliação tomográfica de tórax, abdômen e pelve observou-se espessamento concêntrico na transição retossigmóide de 6 cm e uma massa de 7x5x6 cm em cauda de pâncreas de aspecto sólido lobulado e heterogêneo com algumas calcificações de permeio e o antígeno carcinoembrionário foi de 1,6ng/ml. Realizou vacinação contra germes encapsulados e foi submetida à retossigmoidectomia por tumoração em sigmóide distal e pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia por lesão pancreática multicística. A histopatologia da retossigmoidectomia identificou adenocarcinoma moderadamente diferenciado vegetante e infiltrativo com microcúlceras, com invasão até tecido gorduroso pericólico com margens livres, ausência de invasão perineural e linfática em 18 linfonodos (II-T4AN0M0). A pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia constatou cistoadenoma microcístico seroso do pâncreas de 7x7 cm com 3 linfonodos peripancreáticos com hiperplasia linfóide, baço sem anormalidades. A paciente teve boa evolução e alta ao sexto dia de pós-operatório. Conclusão: O estadiamento oncológico é essencial na avaliação pré-operatória do câncer colorretal, permitindo tratamento cirúrgico simultâneo e, por vezes, definitivo da doença oncológica e de outras lesões, como neste caso de cistoadenoma seroso de pâncreas.

PALAVRAS-CHAVES: ADENOCARCINOMA DE CÓLON | CISTO PANCREÁTICO | RETOSSIGMOIDECTOMIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 903

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LINFOMA NÃO HODGKIN PRIMÁRIO RETAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL (HOSPITAL SANTA MARCELINA), LAERCIO ROBLES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ALEXANDER DE SA ROLIM (HOSPITAL SANTA MARCELINA), HUGO HENRIQUES WATTE (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA (HOSPITAL SANTA MARCELINA), EDUARDO AUGUSTO LOPES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), JANAINA WERCKA (HOSPITAL SANTA MARCELINA)

RESUMO: Introdução: O linfoma não Hodgkin com lesão primária retal é bastante raro na literatura. O número limitado de casos descritos dificulta a formulação de uma estratégia terapêutica adequada para cada caso. O tratamento cirúrgico, assim como o tratamento clínico exclusivo quimioterápico/radioterápico, já foi proposto, com bons resultados. Objetivo: Relatar caso de paciente com diagnóstico de Linfoma não Hodgkin primário de reto com tratamento quimio-radioterápico exclusivo. Relato de caso: Paciente 77 anos, feminino, osteoartrose em joelho esquerdo, apresentou quadro de hematoquezia intermitente por 6 meses, iniciada há 2 anos, ao exame físico, descorada 1+/4+, eupnéica, afebril, abdome flácido, indolor a palpação, sem linfonodomegalias palpáveis, exame proctológico normal. Realizou colonoscopia sendo evidenciado em reto a 8 cm da borda anal, lesão elevada, de aspecto infiltrativo, esbranquiçada, com áreas de neovascularização de 3 x 3 cm, sendo biopsiado. O resultado anátomo patológico e imunohistoquímico evidenciou Células grandes difusas tipo B ? sugere Linfoma não Hodgkin. Após realizado exames de estadiamento foi classificado no estadiamento de Ann Arbor como Estágio I. Paciente então seguiu acompanhamento com Equipe de Hematologia e Coloproctologia do Hospital Santa Marcelina/SP, e foi submetido a tratamento quimioterápico e radioterápico exclusivos, com esquema CHOP-R (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona e o anticorpo monoclonal rituximabe) e radioterapia com 4500cGY. Paciente realiza seguimento ambulatorial regular, com exames de imagem (ultrassonografia / radiografia tórax) e hematimétricos sem alterações, e colonoscopia anual com resultados normais. Conclusão: O tratamento cirúrgico colorretal não é isento de complicações, apresentando morbidade não desprezível. O tratamento clínico em pacientes com Linfoma não Hodgkin do reto deve ser considerado, podendo ser reservado o tratamento cirúrgico para casos mais complicados e de falha ao tratamento clínico.

PALAVRAS-CHAVES: LINFOMA RETAL|COLONOSCOPIA|QUIMIOTERAPIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 908

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CANAL ANAL ESTÁDIO IV

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), TALITA VILA MARTINS (UFPEL - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), NATHALIA SALVAGNI CASTRO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), RAPHAEL BRONZATO WINK (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), RÔMULO GONÇALVES GOMES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O carcinoma epidermóide é a neoplasia maligna mais comum do canal anal, sua incidência vem aumentando devido à maior exposição aos fatores de risco, em destaque, o Papilomavírus Humano (HPV). O diagnóstico deve ser suspeitado quando o quadro clínico é compatível e confirmado pela biópsia da lesão. Porém, uma parcela da população não apresenta sinais e sintomas da doença, desse modo pode ser procedido o rastreio nos indivíduos de maior risco. RELATO DO CASO: J.B.M., masculino, 44 anos, tabagista 10 maços/ano, sem comorbidades prévias ou uso de medicações contínuas. Apresentou, inicialmente, tenesmo, evacuação dolorosa e fezes muco sanguinolentas. Foi submetido ao exame proctológico, com evidência de lesão vegetante, volumosa, na parede posterior do canal anal e reto inferior, e a biópsia que evidenciou carcinoma de células escamosas, invasivo, ulcerado, junto a linha pectínea, envolvendo o canal anal, indicativo de associação com HPV de alto risco. No estadiamento, foram identificados implantes neoplásicos secundários, no fígado, linfonodomegalia em cadeia ílica interna esquerda e aumento de linfonodos retroperitoneais, assim, foi definido um tumor T3N2M1 (estádio IV). Diante disso, foi realizado tratamento com quimioterapia e radioterapia, com vistas ao controle do sítio primário e mantida quimioterapia para implantes secundários. Na sequência, foi feita retossigmoidoscopia para avaliar resposta, que revelou extensa área escavada na mucosa, em parede posterior do reto e canal anal, medindo 4cm, a qual se estende da linha pectínea até o reto inferior, coberta por material brancacento, sem evidência de necrose ou sangramento. Havia também, na mucosa do reto, ectasias vasculares friáveis, algumas com sangramento espontâneo, compatível com retite actínica. O anatomopatológico revelou ausência de neoplasia nos cortes examinados. CONCLUSÃO: No Brasil, a infecção pelo HPV vem aumentando de forma exponencial, assim como a população de risco, entretanto não há protocolos para investigação de lesões precursoras de neoplasia do canal anal, disponíveis em todos os centros. Concluímos que há necessidade de rastreio desta patologia na população de risco. Uma alternativa com alta sensibilidade, baixo custo, pouca complexidade e fácil aplicação é a citologia, que pode ser instituída, em centros de menor complexidade, identificando a presença de condições predisponentes e referenciando esses doentes para centros especializados.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma-Epidermoide | Papillomavirus-Humano | Canal-Anal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 910

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: METÁSTASE PULMONAR TARDIA DE ADENOCARCINOMA DE RETO APÓS 9 ANOS DE SEGUIMENTO ONCOLÓGICO
REGULAR: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL (HOSPITAL SANTA MARCELINA), LAERCIO ROBLES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ALEXANDER DE SA ROLIM (HOSPITAL SANTA MARCELINA), HUGO HENRIQUES WATTE (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA (HOSPITAL SANTA MARCELINA), EDUARDO AUGUSTO LOPES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), JANAINA WERCKA (HOSPITAL SANTA MARCELINA)

RESUMO: Introdução: A recidiva do câncer colorretal pode ocorrer em meses ou anos após o tratamento, sendo descrito na literatura recidiva em 40% dos pacientes em até 2 anos. Metástases pulmonares são apresentações raras de recidiva, sendo as metástases hepáticas e locorregionais as mais frequentes. Objetivo: Relatar caso de paciente em seguimento oncológico a longo prazo após tratamento cirúrgico para adenocarcinoma de reto alto, apresentando recidiva pulmonar tardia. Relato do caso: Masculino, 42 anos, hipertenso, história prévia de hematoquezia iniciada há 10 anos associado a perda ponderal de 7 kg em 3 meses no período, buscou atendimento médico, sendo realizado colonoscopia que progrediu até ileo terminal, evidenciando tumoração ulcero-vegetante, friável a 12 cm da borda anal, com anátomo-patológico revelando adenocarcinoma. Apresentava exames de imagem de estadiamento com espessamento em transição retosigmoideana, sem sinais de doença a distância, e antígeno carcinoembrionário (CEA) de 1,4ng/ml. Foi submetido a retossigmoidectomia com confecção de ileostomia em alça protetora com anastomose colorretal a 6cm da borda anal. A análise histopatológica revelou adenocarcinoma de reto, com 10 linfonodos ressecados, sem acometimento neoplásico, T3N0M0. Realizou Quimioterapia e Radioterapia adjuvante e foi submetido a fechamento de ileostomia em alça protetora, permanecendo em seguimento oncológico ambulatorial regular com Equipes de Coloproctologia e Oncologia Clínica, sem sinais de recidiva por exames de imagem, marcadores tumorais e colonoscopias. Após 9 anos de seguimento paciente referiu quadro de tosse persistente, trazendo CEA alterado de 171ng/ml (último de 1,2ng/ml), sendo realizado exames de imagem e colonoscopia, com Tomografia de Tórax evidenciando tumoração irregular medindo 7 cm em região apical a esquerda com sinais de invasão mediastinal, englobando artéria pulmonar esquerda e nódulos pulmonares bilaterais. Paciente foi submetido a broncoscopia com resultado anátomo-patológico e imunohistoquímico revelando adenocarcinoma em mucosa brônquica que sugere origem de cólon/reto. Conclusão: O seguimento oncológico regular no câncer colorretal é de extrema importância para o diagnóstico precoce e tratamento adequado da recidiva colorretal. A possibilidade de recidiva tardia, como relatado no caso, demonstra a prudência em adotar um tempo de seguimento prolongado no tratamento do paciente com câncer colorretal.

PALAVRAS-CHAVES: METÁSTASE PULMONAR|CÂNCER COLORRETAL|RECIDIVA TUMORAL

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 919

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE OGILVIE EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YURI SOUZA ZILLIG (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS), OLIVIA SILVA ZANETTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS), WILLIAM CARLOS GIGLIO MIRA NETO (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO CARLOS), MARCEL AROUCA DOMENICONI (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO CARLOS), RAFAEL LUIS LUPORINI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO:A Síndrome de Ogilvie refere-se a uma dilatação colorretal sem obstrução intrínseca ou processo inflamatório.Trata-se de uma doença de caráter multifatorial (alteração de neurotransmissores do sistema nervoso entérico, alteração nas células de Cajal, uso de medicações neurotrópicas, entre outras).Clinicamente é marcada por distensão abdominal, dor, náusea e/ou vômitos, associados a um quadro de base (cirúrgicos, cardíacos, neurológicos, metabólicos, medicamentoso, oncológico, infeccioso e diversos outros). Ao exame físico o abdome apresenta-se distendido, timpânico, indolor a palpação. Pode evoluir com isquemia, perfuração e sepse.O diagnóstico é realizado através de radiografia e tomografia de abdome, evidenciando dilatação colônica e excluindo obstrução mecânica.O tratamento é inicialmente conservador (24 às 48h): jejum oral, sondagem nasogástrica, sonda retal, evitar medicações, correção hidroeletrólítica, mobilização e tratar causas reversíveis. Se insatisfatório, iniciar neostigmina. Em caso de falha, esta indicada descompressão colonoscópica. Em caso de todas as terapêuticas forem falhas, esta indicada cirurgia ou colostomia percutânea.RELATO DO CASO:G.C.E.P., masculino, 28 anos, história pregressa de epilepsia, em uso de Carbamazepina e Fluoxetina, admitido com dor abdominal e diarreia há 5 dias, evoluindo com distensão abdominal e parada na eliminação de fezes e flatos, há 2 dias Apresentava-se com abdome distendido, hipertimpânico, ruídos hidro aéreos diminuídos, levemente doloroso difusamente, sem sinais de peritonite. Toque retal normal. Radiograma de abdome agudo evidenciou dilatação de cólon ascendente e transverso.No segundo dia de internação realizada Tomografia Computadorizada (TC) de abdome devido evolução desfavorável apesar de adotadas medidas clínicas. A TC evidenciou distensão do colo ascendente sem fator obstrutivo. No terceiro dia de internação, submetido à enterocлизма, com resultado insatisfatório. Optado por iniciar neostigmina, sem sucesso. No quarto dia de internação foi realizada colonoscopia, com descompressão efetiva do cólon. Recebeu alta hospitalar no sexto dia de internação em boas condições clínicas, sem novas intercorrências no decorrer de sua evolução.CONCLUSÃOEste caso trata-se de jovem epiléptico em uso de Carbamazepina e Fluoxetina, com Olgivie, resolvida somente após descompressão colonoscópica. A provável etiologia decorre do uso crônico de um neuroléptico associado a antidepressivo.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Olgivie | Descompressão colonoscópica | Neuroléptico

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 921

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MIÍSE EM PROLAPSO RETAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCIANNE THAIS ALVES NOGUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), BRUNO CEZAR PASSOS SANTANA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), WAGNER VILLAR LIGNANI KASCHER (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), RICARDO ANTONIO DELLA LUCIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), DANIEL MATEUS CABRAL PINTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), LUIZ FELIPE MOREIRA NOGUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), RENATO MOKDECI KHOURI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), MARCELO HENRIQUE ALVES NOGUEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA)

RESUMO: INTRODUÇÃO A miíase é uma zoodermatose caracterizada pelo acometimento de órgãos ou tecidos do homem e de outros animais. A principal forma de apresentação é a infecção cutânea, seguida pelo acometimento cavitário de áreas desnudas - ouvidos, olhos, boca e nariz. Raros são os relatos de lesões em ânus e vagina, em virtude do uso de vestimentas. Ocorre com frequência em países tropicais, acometendo mais habitantes da zona rural. Em áreas urbanas, a infestação acomete, na maioria das vezes, as regiões expostas do corpo, em indivíduos com hábitos precários de higiene, baixo nível de instrução, distúrbios psiquiátricos, etilistas e imunodeprimidos. As manifestações clínicas variam de acordo com o sítio infectado apresentando-se, geralmente, com prurido e dor. O tratamento consiste na remoção mecânica das larvas e desbridamento cirúrgico dos tecidos desvitalizados a fim de evitar infecção bacteriana secundária e reação inflamatória. RELATO DE CASO. O, 64 anos, masculino, lavrador, proveniente da zona rural, buscou atendimento no pronto socorro do Hospital São Sebastião em Viçosa-MG com queixa de dor, prurido e secreção serosa em região anal iniciado há 01 mês. À inspeção perianal, foram visualizadas numerosas larvas de miíase, descontinuidade da mucosa anal e prolapso retal. O paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico para retirada mecânica de aproximadamente 30 larvas e desbridamento cirúrgico, sob raqui anestesia. Feito curativo local oclusivo com vaselina e administrada dose única de Ivermectina 6mg, 02 comprimidos via oral. Durante os dias de internação ainda houve eliminação de larvas e com a melhora do quadro recebeu alta hospitalar. Manteve segmento no ambulatório de coloproctologia e, após 6 meses, foi submetido a cirurgia de correção do prolapso retal, sob técnica de Delorme. CONCLUSÃO O acometimento da miíase retal em prolapsos é raro e deve ser prontamente diagnosticado e tratado. Na literatura atual não há dados referentes à incidência da infestação por miíase em prolapso retal. Alguns relatos de casos foram eventualmente descritos. O prolapso retal extenso, em pacientes que evacuam sem saneamento básico, pode deixar a mucosa retal exposta a bactérias e larvas facilitando a infestação por larvas de miíase. Este é o possível mecanismo fisiopatológico do caso estudado. Este relato reforça a necessidade contínua da educação em saúde e enfatiza a importância dos hábitos de higiene na população para prevenção e promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Miíase | Prolapso retal | Infecção

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 924

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO POR VÓLVULO DE CÓLON TRANSVERSO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL (HOSPITAL SANTA MARCELINA), LAERCIO ROBLES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ALEXANDER DE SA ROLIM (HOSPITAL SANTA MARCELINA), HUGO HENRIQUES WATTE (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA (HOSPITAL SANTA MARCELINA), EDUARDO AUGUSTO LOPES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), JANAINA WERCKA (HOSPITAL SANTA MARCELINA)

RESUMO: Introdução: O volvo do cólon transverso permanece uma entidade médica rara nas revisões bibliográficas de oclusão do cólon (1%), sendo frequentemente excluída do seu diagnóstico diferencial. Está contudo associada a morbidade e mortalidade superior comparativamente aos mais frequentes volvos do ceco e do sigmóide, necessitando de diagnóstico rápido e intervenção cirúrgica urgente. Em revisão bibliográfica na literatura, demonstrou cerca de 72 casos publicados de vólculo de cólon transverso. Objetivo: Relatar caso de paciente com quadro de abdômen agudo obstrutivo por volvo de cólon transverso. Relato de caso: Sexo feminino, 34 anos, sem comorbidades, com história de dor tipo cólica progressiva há 3 dias, irradiação para dorso, associado a náuseas e vômitos. Buscou atendimento em Unidade de Emergência do Hospital Santa Marcelina/SP, apresentando ao exame físico, normocorada, eupnéica, afebril, com abdômen distendido, com ruídos hidroaéreos diminuídos, e dor a palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Realizou radiografia de abdômen em ortostase evidenciando dilatação difusa de alças, principalmente em topografia de flexura esplênica e hepática, com níveis hidroaéreos em alças de delgado. Realizou Tomografia Computadorizada do Abdomen e Pelve com evidência de dilatação colônica importante ao nível de cólon transverso, sendo observado na altura das artérias renais, enovelamento/torção dos vasos mesentéricos (?whirl sign?). Paciente foi submetida a Laparotomia Exploradora sendo identificado 500ml de líquido citrino livre em cavidade abdominal, e torção de cólon transverso sobre o próprio eixo em 720 graus, com obstrução em alça fechada, com sinais de sofrimento fixo de alça, sendo realizado transversectomia e colostomia terminal com sepultamento do coto distal de cólon descendente. Anatomia patológica evidenciou necrose e hemorragia segmentar e parcial parietal do cólon transverso; Paciente em seguimento atual ambulatorial com Equipe de Coloproctologia com realização de manometria anorretal sem alterações esfinterianas e com reflexo inibitório reto anal presente. Conclusão: O vólculo de cólon transverso é uma causa muito infrequente de obstrução intestinal, porém deve sempre estar entre os diagnósticos diferenciais de dor abdominal aguda. A intervenção cirúrgica se impõe, considerando a ressecção colônica uma das opções, devido as altas taxas de recorrência da volvulação.

PALAVRAS-CHAVES: VÓLVULO|CÓLON TRANSVERSO|ABDOMEN AGUDO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 939

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CIRURGIA MULTIVISCERAL EM ADENOCARCINOMA DE CÓLON DIREITO LOCALMENTE AVANÇADO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL (HOSPITAL SANTA MARCELINA), LAERCIO ROBLES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ALEXANDER DE SA ROLIM (HOSPITAL SANTA MARCELINA), HUGO HENRIQUES WATTE (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA (HOSPITAL SANTA MARCELINA), EDUARDO AUGUSTO LOPES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), JANAINA WERCKA (HOSPITAL SANTA MARCELINA)

RESUMO: Introdução: Tumores colorretais são diagnosticados como localmente avançados em 5 a 12% dos casos (tumores com comprometimento de órgãos e estruturas vizinhas, sem metástases a distância). A cirurgia multivisceral, como duodenopancreatectomia e hemicolectomia direita em monobloco, traz sobrevida semelhante aos indivíduos sem comprometimentos de órgãos adjacentes, ao mesmo tempo que oferece um desafio mesmo para cirurgiões habilidosos. Objetivo: Relatar caso de paciente com câncer de cólon direito localmente avançado com ressecção cirúrgica em monobloco; Relato de caso: Paciente masculino, 48 anos, diabético e hipertenso, com história de astenia e perda ponderal de 25 quilos em 3 meses, associado a dejeções diarréicas, 3 vezes ao dia e exame físico abdominal com massa irregular em flanco direito, pouco móvel, de cerca de 8cm de diâmetro, endurecida e não dolorosa. Realizou Colonoscopia revelando lesão vegetante e estenosante em cólon transversal próximo ao ângulo hepático, cuja Anatomia Patológica (AP) revelou Adenocarcinoma de cólon. O Antígeno Carcinoembrionário era de 103,3 ng/ml. Tomografia Computadorizada do Abdomen e Pelve com evidência de lesão expansiva de aspecto infiltrativo na parede de cólon em ângulo hepático, com íntima relação com arco duodenal. Paciente realizou terapia de suporte nutricional pré-operatória e posteriormente foi submetido a gastroduodenopancreatectomia com hemicolectomia direita e patch de veia safena magna direita em veia mesentérica superior, devido a tumoração de 12 cm de diâmetro em cólon no ângulo hepático, com aparente invasão de segunda porção duodenal, antro gástrico, cabeça de pâncreas e 50% de veia mesentérica superior. Paciente apresentou boa evolução pós operatória com alta hospitalar. Resultado da AP da peça cirúrgica evidenciou Adenocarcinoma moderadamente diferenciado do Cólon direito, com 51 linfonodos ressecados sem acometimento neoplásico, com infiltração neoplásica em duodeno, com margens livres, T4N0M0; Paciente em seguimento atual ambulatorial com Coloproctologia e Oncologia Clínica. Conclusão: Tumores localmente avançados do cólon direito podem ser tratados com ressecção multivisceral em monobloco em casos selecionados, trazendo boa qualidade de vida e sobrevida para os pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA MULTIVISCERAL | COLECTOMIA DIREITA | PANCREATECTOMIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 940

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Câncer colorretal sincrônico- Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA CAVALCANTI CABRAL (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), FERNANDO TORRES VASQUES (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), AMANDA POLARO MARREIRO (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), PRISCILLA CLIMACO REBOUÇAS (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), CAIO CÉZAR OLIVEIRA MENEZES (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), FABRICIO OLIVEIRA RAMADA (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), MONISE CORNELIO DE DEUS (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI)

RESUMO: Câncer colorretal sincrônico- Relato de caso Neoplasia maligna mais comum do tubo digestivo, o câncer colorretal)teve sua incidência aumentada nos últimos anos.Fatores com envelhecimento da população, sedentarismo e hábitos alimentares pouco saudáveis, estão envolvidos. Apesar da existência de síndromes hereditárias, a maioria é esporádica. As manifestações variam com localização e incluem quadros hemorrágicos, obstrutivos e perfurativos.Em 1,5 a 8% dos casos podem ocorrer tumores sincrônicos. São ditos sincrônicos quando se apresentam simultaneamente ao diagnóstico ou no ato operatório, descartando-se a possibilidade de lesões por contiguidade.MétodoDMS , masculino, natural e procedente de Itapevi, 61 anos.Foi admitido com relato de perda de 10 kg em 07 meses associado a astênia, inapetência e melena. Há 02 dias apresentando hêmese. Exame lab(27/12/16): hb 7.1, leuco 4000, plaqueta 480000, pcr 21, Ur 43, Cr 1.3, Na 139, k 3,9. Rx de abd presença de nível hidroaéreo e ausência de pneumoperitônio. TC de abd (27/12/16) espessamento parietal de aspecto circunferencial e estenosante do cólo direito, determinando dilatação com estase de conteúdo líquido no ceco e alças de delgado amontante sugestivo de válvula ílio-cecal incompetente. Dois focos nodulares do fígado medindo 1,2 e 1,3 centímetros.HD: Abd agudo obstrutivoOptado submeter a LE (intraop : Lesão de cólon direito + lesão em sigmóide, de aspecto semelhante a lesão do colon direito + Lesões em fígado)Conduta: colectomia total com anastomose íliorretal término-terminal + bx de fígado.Paciente evoluiu bem clinicamente após procedimento cirurgico, recebendo alta no 5 DIH.AP: 30/12/2016, adenocarcinoma moderadamente diferenciado, multicêntrico do intestino grosso, tubulo viloso com área mucossecretora invasão linfática presente. Linfonodo pericólicos com infiltração por adenocarcinoma (04/32)Mesentério com infiltração do adenocarcinoma pt3N2aMaDiscussãoA colonoscopia é o melhor método para o diagnóstico de lesões sincrônicas, sendo de grande importância sua realização no pré op sempre que possível. Em casos como o relata acima em que o paciente apresenta-se com quadro de abdomen agudo obstrutivo e se faz necessária a LE de emergência, torna-se imprescindível a palpação intra op de todo cólon em busca de lesões sincrônicas.

PALAVRAS-CHAVES: TU DE COLON|TU DE COLON|TU DE COLON

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 942

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DOENÇA DE CROHN X YERSINIA ENTEROCOLITICA - UM DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARISTELA GOMES DE ALMEIDA (HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS), GUILHERME CÉSAR BARBOSA DA ROSA (HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS), ANDRE LUIS CORTEZ MINCHILLO (HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS), CLARISSA MARIA GOMES DE ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), GIOVANA MOREIRA MINCHILLO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), FAUZE CAMARGO MALUF (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), VALÉRIA PEREIRA LANZONI (HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS), DESIDERIO ROBERTO KISS (HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS)

RESUMO: Yersinia enterocolitica (YE) é um bacilo gram-negativo de distribuição mundial, especialmente em países de baixa temperatura. Alimentos contaminados e, mais raramente, a convivência com animais hospedeiros, tais como porcos, gatos e ratos, podem levar à infecção por essa bactéria. A forma mais comum de apresentação é de uma gastroenterite autolimitada, acompanhada de adenite mesentérica, principalmente em crianças. Usualmente, tem como diagnóstico diferencial a fase aguda das ileítis terminais por doença de Crohn. As formas crônicas da YE são muito raras e as formas obstrutivas mais raras ainda, praticamente não havendo relatos em adultos, exceto alguns casos de intussuscepção intestinal. **RELATO DO CASO:** RMVA, masculino, zootecnólogo, proveniente da zona rural de Alagoas, refere dor abdominal, náuseas, vômitos e emagrecimento há 3 anos. Os sintomas pioraram nos últimos meses, evoluindo para obstrução intestinal. Exames radiológicos e colonoscopia de preparo retrógrado, confirmaram intenso processo inflamatório obstrutivo de cólon direito. Optou-se pela colectomia D com anastomose ileocólica, em maio/2014. Na análise da peça cirúrgica, observou-se alterações macro e microscópicas compatíveis com doença de Crohn. Entretanto, alguns granulomas na parede intestinal e no mesentério exibiam supuração, sugerindo infecção por YE. A única forma de diagnóstico diferencial, nesta fase crônica, é a realização de pesquisa de material genético da bactéria nos blocos cirúrgicos por PCR. Exame realizado no Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de Atlanta-USA, não encontrou material genético da YE, o que confirmou o diagnóstico de doença de Crohn. Paciente está em acompanhamento, sem sinais de recidiva da doença. **CONCLUSÃO:** Os achados histológicos da peça cirúrgica, a procedência e a profissão do paciente, tornaram mandatórios o diagnóstico diferencial entre infecção por YE e doença de Crohn. Tivemos a rara oportunidade de realizar este exame (PCR para YE) e, com isso, o diagnóstico correto e acompanhamento adequados do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: DOENÇA DE CROHN|YERSINIA ENTEROCOLITICA|PCR

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 944

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CONDUTA NO VOLVO DE SIGMOIDE SEM ISQUEMIA INTESTINAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE SIQUEIRA TEIXEIRA (DISCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB), ADRIANO DIAS TRAJANO (PROFESSOR ORIENTADOR DA LAC-PB. MEMBRO DO CBC. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP), REBECA DANIELLY DA FONSECA (DISCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB), LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS (DISCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA - FCM), IASMIN FLORÊNCIO DE ARAÚJO SILVA (DISCENTE DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA - FCM), RAQUEL UCHOA DOS ANJOS DE ALMEIDA (DISCENTE DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), LUIZA GALDINO LUNGUINHO (DISCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB), AMANDA BELMONT MACÊDO BARROSO (DISCENTE DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE)

RESUMO: Introdução: Volvo é a torção de uma víscera oca em torno de sua fixação e pode ocorrer em qualquer segmento do trato digestivo, sendo mais frequente no cólon sigmoide. O volvo de sigmóide (VS) é uma importante causa de obstrução intestinal, sendo uma emergência cirúrgica mais comum em idosos e indivíduos com demência ou doença psiquiátrica. Os sintomas clássicos incluem dor e distensão abdominal súbita e acompanhada por constipação. O diagnóstico pode ser feito com a clínica e achados radiológicos simples, sendo clássico o sinal do grão de café. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de VS sem isquemia e revisar os aspectos cirúrgicos dessa patologia. Relato de caso: Paciente masculino, 39 anos, portador de esquizofrenia, procurou a emergência do Complexo Hospitalar de Mangabeira, João Pessoa, Paraíba, com queixa de dor, distensão abdominal e constipação há 4 dias. Negava febre ou vômitos. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, eupnéico, normocárdico, abdome globoso, distendido, tenso e difusamente doloroso à palpação, porém sem irritação peritoneal. A radiografia simples do abdome não foi conclusiva. Foi submetido à tomografia computadorizada do abdome que mostrava importante distensão gasosa de alças colônicas com nível hidroaéreo e ponto de obstrução ao nível do sigmoide, sugestivo de VS. Foi indicada laparotomia exploradora pela impossibilidade de realizar colonoscopia descompressiva. No intra-operatório, foi identificado um megacólon com rotação do cólon sigmoide de 180 graus, sem sinais de isquemia. Optou-se pela redução da torção do cólon sigmoide, sigmoidectomia esquerda e anastomose primária término-terminal colón-retal. Paciente recebeu alta em bom estado geral após cinco dias de pós-operatório. Conclusão: A descompressão colonoscópica é uma técnica eficiente e segura, podendo resolver o quadro do VS em 70 a 90% dos casos. No entanto, possui uma alta taxa de recorrência do volvo. Igualmente eficiente é a ressecção profilática do cólon sigmoide com anastomose primária em pacientes de baixo risco. Possui baixa morbidade e mortalidade, além de uma taxa de recorrência de apenas 3%. A sigmoidectomia com anastomose primária é um tratamento eficaz em pacientes de baixo risco e sem sinais de isquemia intestinal.

PALAVRAS-CHAVES: Volvo intestinal | Obstrução intestinal | Colon sigmoide

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 951

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Resposta Patologia Completa em Câncer de Reto Baixo - Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAELA DE SOUZA NOVO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ISABELA CORREA CASADIO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), RONALDO NONOSE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O carcinoma colorretal é a terceira neoplasia maligna mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres, no mundo. A terapia neoadjuvante seguida de retossigmoidectomia é o principal método curativo para o câncer retal extraperitoneal avançado, já que, a primeira tem o potencial de diminuir o tamanho tumoral, de regredir o estadiamento, de reduzir a recidiva locorregional, e em alguns casos eliminar totalmente as células tumorais, resultando em resposta patológica completa. RELATO DE CASO: Paciente com queixa de hematoquezia, fez em fita há 2 meses. O toque retal identificou presença de lesão vegetante com aproximadamente 3 cm, iniciando a 5 cm da borda anal. A colonoscopia até o ceco evidenciou apenas essa lesão elevada em reto, cujo estudo anatomopatológico confirmou tratar-se de adenocarcinoma bem diferenciado. Completou estadiamento com Tomografia e CEA, e devido ao estadiamento clínico e de imagem sugerir tumor avançado, foi indicado terapia neoadjuvante com quimio e radioterapia. A colonoscopia pós neoadjuvancia evidenciou lesão planificada em mucosa retal, com base branca e endurecida há 5 cm da borda anal. Foi então submetida a retossigmoidectomia anterior com excisão total do mesorreto, anastomose colorretalbaixa, ostomia de proteção, sem intercorrências, recebendo alta no 7º pós operatório. O exame anatomopatológico constatou estadiamento ypT0, ypN0. CONCLUSÃO: A literatura evidencia que a terapia neoadjuvante promove resposta patológica completa em 8-16% dos casos. Porém, a avaliação clínica da resposta completa, de acordo com critérios adotados atuais, tem baixa sensibilidade, já que frequentemente a resposta clínica incompleta se apresenta com a resposta patológica completa, sendo assim, a retossigmoidectomia se faz necessária para a garantia do sucesso do tratamento. Estudos no sentido de criar novos métodos de identificação precisa de resposta clínica e patológica completas são necessários, e podem beneficiar o tratamento não cirúrgico e melhorar a qualidade de vida desses doentes.

PALAVRAS-CHAVES: Neoadjuvancia | Câncer de reto | Quimioterapia e radioterapia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 952

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA DE RETO BAIXO ASSOCIADO A HÉRNIA VENTRAL GIGANTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL (HOSPITAL SANTA MARCELINA), LAERCIO ROBLES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ALEXANDER DE SA ROLIM (HOSPITAL SANTA MARCELINA), HUGO HENRIQUES WATTE (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA (HOSPITAL SANTA MARCELINA), EDUARDO AUGUSTO LOPES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), JANAINA WERCKA (HOSPITAL SANTA MARCELINA)

RESUMO: Introdução: Atualmente adenocarcinoma de reto recebe tratamento multimodal desde ressecção endoscópica, neoadjuvância e cirurgia. Essa conduta mostra melhora nos resultados de cura e sobrevida. Porém, antes do início do tratamento, dificuldades técnicas devem ser previstas e conhecidas, identificando o perfil e peculiaridades de cada paciente, como hérnias ventrais, obesidade e sexo, que podem oferecer grandes barreiras no tratamento proposto;Objetivo: Relatar correção de hérnia ventral gigante simultaneamente à amputação abdominoperineal para tratamento de adenocarcinoma de reto baixo.Descrição do caso: Feminina de 61 anos, índice de massa corpórea (IMC) de 50 Kg/m², hipertensa, diabética, sem cirurgias prévias, com hérnia ventral há 20 anos. Em seguimento ambulatorial para cirurgia bariátrica apresentou queixa de diarreia, afilamento das fezes, associado a emagrecimento de 25 kg em três meses, sem dieta restritiva. Ao exame proctológico e colonoscopia visualizou a 3 cm da borda anal lesão ulcero-vegetante anterior e estenosante. O estudo anatomopatológico constatou a adenocarcinoma moderadamente diferenciado de reto. Realizou estadiamento com antígeno carcinoembrionário (CEA) totalizando 50,4 ng/dl, tomografias de tórax, abdomen e pelve e ressonância magnética de pelve com espessamento em canal anal, com linfonomegalia em mesorreto, sem invasão de tecidos adjacentes ou sinais de metástases. Observado também volumosa hérnia abdominal com quase todo conteúdo de alças de delgado e cólon com anel herniário de 16 cm de diâmetro. Realizou neoadjuvância completa. No re-estadiamento houve queda do CEA para 5,3 ng/dl e manteve as características tomográficas. O exame proctológico mostrou redução da lesão a 30% da luz do reto. A paciente atingiu IMC de 31 Kg/m² e foi submetida à amputação abdominoperineal e correção da hérnia ventral com tela proceed®. Teve boa evolução com alta no 17º pós operatório e o anatomopatológico cirúrgico mostrou adenocarcinoma T2N0M0 sem doença linfonodal em 13 linfonodos da peça.Conclusão: A neoplasia de reto, notadamente em sua porção extraperitoneal, é a que mais debate e cuidados devem ser adotados para o tratamento. Ademais, o planejamento pré-operatório com exames de imagem e caracterização de possíveis dificuldades técnicas devem ser elencados. Hérnias abdominais podem ser tratadas simultaneamente com cirurgias colorretais. A correção de hérnias gigantes é um desafio ao cirurgião e deve ser analisada criteriosamente.

PALAVRAS-CHAVES: AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL|HERNIORRAFIA VENTRAL|ADENOCARCINOMA DE RETO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 960

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SUBVALORIZAÇÃO DAS QUEIXAS INICIAIS DE PACIENTES COM CÂNCER

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO (UFMG), ANDY PETROIANU (UFMG), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), ALISSON BARBOSA FERREIRA (HOSPITAL SANTA RITA), JOICE MARA SANTOS MOURA (HOSPITAL SANTA RITA)

RESUMO: Introdução: O câncer pode revelar-se de maneira insidiosa ou abrupta, surpreendendo o paciente e até o médico. Tendo em vista que ele se manifesta de forma inespecífica, a associação de sintomas e sinais, bem como a ampla variedade de fatores predisponentes faz com que indícios dessa doença possam ser subestimados e o seu diagnóstico postergado. A demora no diagnóstico implica em abordagem terapêutica mais agressiva, diminuindo a possibilidade de tratamentos mais conservadores, influencia negativamente a expectativa de vida e aumenta as taxas de mortalidade. Objetivo: Verificar se pacientes com câncer avançado procuraram atendimento médico no início de seu quadro clínico; se suas queixas iniciais foram investigadas pelos primeiros médicos que os atenderam; prováveis fatores responsáveis pelo avanço do câncer. Método: Foram realizados um total de 396 entrevistas, nos períodos de setembro de 2006 a maio de 2007 e novembro de 2015 a julho de 2016. Não houve seleção desta população por faixa etária, sexo ou cor da pele. Parâmetros avaliados: tempo de início das queixas, sintomas e sinais relacionados à neoplasia e seu tempo de início até a procura por assistência médica, diagnóstico e orientações recebidas, história pessoal e familiar de câncer. Após ser aplicado o questionário, o diagnóstico e o estadiamento do câncer foram pesquisados nos prontuários. Resultados: Mais de 70% dos pacientes procuraram atendimento médico em até 6 meses após o início dos sintomas. No entanto, 37,2% procuram assistência médica já passados mais de 1 mês de sintomatologia. Apesar de 77,8% dos pacientes considerarem que foram bem atendidos pelo primeiro médico assistente, 40,9% deles consideraram que houve atraso no diagnóstico da neoplasia. A renda mensal familiar é menor no grupo com diagnóstico de metástase. Há uma correlação entre o tempo de início das queixas com o diagnóstico de metástase. Conclusões: A demora do paciente na busca pela assistência médica e a dificuldade do médico da assistência primária de saúde em encaminhar o paciente para avaliação subespecializada estão incluídos dentre os prováveis fatores responsáveis pelo avanço do câncer. Bibliografia: Unger-saldaña K, Miranda A, Zarco-espinosa G, Mainero-ratchelous F, Bargalló-rocha E, Miguel lázaro-león J. Health system delay and its effect on clinical stage of breast cancer: Multicenter study. Cancer. 2015;121(13):2198-206.

PALAVRAS-CHAVES: neoplasia | sintomas | Assistência à saúde

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 968

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR NEUROENDOCRINO COM DIAGNÓSTICO PRECOZE E RESSECÇÃO POR COLONOSCOPIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LIGIA GARCIA DOS SANTOS (PUCPR - LONDRINA), CLÓVIS M KUWAHARA (PUCPR- LONDRINA), BRUNA CANSIAN (PUCPR-LONDRINA), GIOVANNA SABAGE (PUCPR-LONDRINA), MARIA PIA GOMES DE OLIVEIRA FREDERICO (PUCPR-LONDRINA), VANESSA SCREPANTE FORTE (PUCPR-LONDRINA), VANESSA PIRES MARUITI (PUCPR-LONDRINA)

RESUMO: Introdução: Os Tumores neuroendócrinos (TNE) tem crescimento lento, com incidência de 0,7/100.000 habitantes¹. O trato gastrointestinal é o local mais acometido com 67-73,7% dos casos, 25% dos tumores primários ocorrem no intestino delgado, 12% no apêndice e 14% no reto. 1,2. A classificação é feita de acordo com seu local de origem: intestino anterior (Foregut), intestino médio (Midgut) e intestino posterior (Hindgut)^{3, 4}, mas 70% têm origem em um dos 3 locais: brônquio, jejunoíleo ou colo/reto⁵. Os TNE retais representam 1-2% de todos os tumores retais, normalmente menores de 1 cm eles raramente metastatizam⁵. Eles se apresentam normalmente como lesões polipoides pequenas localizadas entre 4 e 20 cm acima da linha pectínea na parede retal anterior ou lateral.³ Houve aumento da prevalência e incidência de tais tumores devidos a melhora de tecnologias de imagem e diagnóstico². Pequenos tumores carcinoides retais dificilmente sofrem metástase e a excisão via endoscópica é curativa⁶. Nestes casos, com diagnóstico precoce durante procedimento endoscópico, apresentam prognóstico favorável, com taxa de sobrevivência de 5 anos de 85,4%⁷. Porém preconiza-se excisão cirúrgica radical, por ressecção anterior ou por amputação abdominoperineal do reto, de todos os tumores carcinoides retais em que haja invasão da muscular própria, dimensões maiores que 1 cm de diâmetro, elevada atividade mitótica ou ulceração de mucosa⁸. Caso clínico: Paciente, F, 28a, com queixas de alternância de frequência evacuatória, diarreia, obstipação, sangramento e histórico de DRGE. Na colonoscopia foi encontrado pólipó subpediculado à 5cm da borda anal, com ulceração na superfície, medindo 3cm e aparência de TNE com margens comprometidas sem invasão perineural ou linfática. Foi realizado injeção de solução salina de esclerose, cromoscopia e mucosectomia. A peça encaminhada para análise imunohistoquímica que confirmou TNE bem diferenciado Grau I ? Carcinóide. Foi indicado uma segunda colonoscopia para ampliação da margem, e, caso não fosse possível, realização de tatuagem para posterior procedimento cirúrgico. No procedimento cromoscopia das margens normais foi realizado biópsia de cicatriz e avaliação da peça. Análise confirmou margens livres. Acompanhamento com exames de colonoscopia ou retossigmoidoscopia. Conclusão: Exames de imagem endoscópico tem levado a um diagnóstico precoce de TNE, proporcionando a ressecção endoscópica, preservando o paciente de um procedimento invasivo.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR NEUROENDOCRINO | COLONOSCOPIA | BIÓPSIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 982

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA DE SIGMÓIDE PROLAPSADO VIA RETAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO PALMEIRA RANGEL (HOSPITAL SANTA MARCELINA), LAERCIO ROBLES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ALEXANDER DE SA ROLIM (HOSPITAL SANTA MARCELINA), HUGO HENRIQUES WATTE (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ISAAC JOSÉ FELIPPE CORRÊA NETO (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ROGÉRIO FREITAS LINO DE SOUZA (HOSPITAL SANTA MARCELINA), EDUARDO AUGUSTO LOPES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), JANAINA WERCKA (HOSPITAL SANTA MARCELINA)

RESUMO: Introdução: Os tumores retais, em sua grande maioria adenocarcinomas, apresentam-se clinicamente como lesões sésseis, causadoras de sangramento e obstrução intestinal nos casos localmente avançados. Ainda podem se apresentar como lesões fistulizantes para bexiga, útero, vagina ou mesmo o próprio tubo digestório. Menos frequente, mas não raramente, apresentam-se sob a forma de prolapso retal. Objetivo: Relatar um caso de tumoração de sigmóide com prolapso retal. Relato do caso: Feminina, 66 anos, descendência oriental, diabética. iniciou quadro de dor abdominal tipo cólica há dois meses em fossa ilíaca esquerda, associada a episódios de hematoquezia e emagrecimento de 10 kg no período. Ao exame proctológico evidenciou-se tumoração vegetante exteriorizada, lobulada, friável com sangramento discreto e após sua redução procedeu-se colonoscopia com presença de lesão vegetante estenosante, friável em sigmóide não sendo possível progressão do aparelho. O estudo anatomopatológico constatou adenocarcinoma moderadamente diferenciado do colon sigmóide. Em Tomografia Computadorizada abdominal identificou-se lesão expansiva em sigmóide de 7,5 cm associado a densificação de gordura locorregional. O antígeno carcinoembrionário foi de 1,2 ng/ ml. Paciente foi submetida à retossigmoidectomia com anastomose colorretal a 8 cm da borda anal. O estudo anátomo-patológico demonstrou adenocarcinoma de sigmóide, sem invasão serosa e ausência de invasão linfática em 15 lindonodos da peça cirúrgica (T2N0M0). Paciente obteve alta no sétimo dia de pós operatório e mantém seguimento oncológico sem evidência de recidiva tumoral. Conclusão: A conduta em relação aos tumores com prolapso retal é semelhante ao tratamento das neoplasias não-prolapsadas, desde que os prolapsos sejam reduzidos e o paciente apresente condições clínicas para tal. Em todos os casos deve-se realizar exame físico proctológico pormenorizado.

PALAVRAS-CHAVES: ADENOCARCINOMA DO CÓLON | PROLAPSO RETAL | RETOSSIGMOIDECTOMIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 986

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESFINCTEROPLASTIA EM LACERAÇÃO DE ESFÍNCTER ANAL APÓS 38 ANOS DE LESÃO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LIGIA GARCIA DOS SANTOS (PUCPR - LONDRINA), VANESSA PIRES MARUITI (PUCPR - LONDRINA), BRUNA CANSIAN (PUCPR - LONDRINA), GIOVANNA SABAGE (PUCPR - LONDRINA), MARIA PIA GOMES DE OLIVEIRA FREDERICO (PUCPR - LONDRINA), VANESSA SCREPANTE FORTE (PUCPR - LONDRINA)

RESUMO: Introdução: As lacerações de esfíncter anal em mulheres decorrem principalmente do parto vaginal¹, além de aumentar a mortalidade², tal patologia aumenta incontinência urinária, incontinência fecal, dor pélvica crônica e dispaurenia³. Dentre os fatores de risco para lacerações de esfíncter anal destacam-se: primíparas, apresentação fetal, indução do parto, tempo prolongado do parto, feto grande para idade gestacional, parto assistido por instrumentos^{4,5,6,7,8}. As lesões são classificadas anatomicamente de acordo com as estruturas lesionadas. ^{9,10,11}. A incontinência anal gera consequências de ordem psicológica, social e profissional, por constrangimentos pela eliminação involuntária e uso de fraldas geriátricas e ainda pelo desconforto em se expor ao procurar ajuda médica²,Relato de caso: LCS, F, 59 anos, relata perda de fezes há 38 anos. Após laceração perianal após o primeiro parto normal instrumentalizado. Seguido de mais cinco partos normais que acentuaram o quadro. Inicialmente quadro de perda, ocasional, de fezes líquidas. Relata que questões familiares e religiosas pessoais impediram uma intervenção mais precoce. Ao exame do períneo: uma deiscência do corpo perineal e septo retovaginal, ocasionando uma pseudo-cloaca de origem traumática, ruptura do esfíncter anal externo.Escore de Wexner de 20. Lesão perineal de terceiro grau B. Indicação de esfincteroplastia anal com anoplastia. Após realização de exames pré-operatórios, internamento, preparo de cólon, antibiótico-profilaxia padrão e anestesia peridural. Adentrado no espaço retovaginal, individualizando a vagina anterior e o reto posterior, até expor músculos elevadores e pontos de vicryl fortalecendo parede posterior vagina. Retirado o excesso de mucosa vaginal e fechamento da vagina com fio absorvível. Identificação do esfíncter interno e dissecação das extremidades do esfíncter externo e sobreposição com fio de vicryl. Retalho de pele da borda lateral esquerda para confecção da parte cutânea do septo reto-vaginal. Hemostasia e um dreno local abaixo retalho por 48hs. Após 6 meses de cirurgia: paciente relata grande melhora, sem perda de fezes e sem uso de fraldas. Escore de Wexner em 6 meses: 10 pontos. Em doze meses: 5.Conclusão: A cirurgia foi eficaz em diminuir o escore de incontinência, devolvendo qualidade de vida e dignidade a paciente.

PALAVRAS-CHAVES: LACERAÇÃO DE ESFINCTER ANAL | INCONTINÊNCIA | PSEUDO-CLOACA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 990

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Polipose Adenomatosa Familiar

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE (HRG), VALÉRIA CARDOSO PINTO (HRG), ISABEL FERREIRA SAENGER (HRG), VINICIUS ALVES FONSECA (HRG), GABRIEL BROM ANDRADE (HRG), RODRIGO KOUZAK MAYER (HRG), DIMITRI CARVALHO HOMAR (HRG), KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HRG)

RESUMO: INTRODUÇÃO:A polipose adenomatosa familiar é uma doença hereditária autossômica dominante,100% de penetrância, causada por mutação do gene supressor de tumor APC. De incidência de 1:7 000 a 1 :16 000 nascidos vivos e representa 1 % dos cânceres colorretal.Manifesta-se pela presença de numerosos pólipos adenomatosos por todo o segmento do trato gastrontestinal. Surgem uma década antes dos sintomas e progride para câncer colorretal em media dos 35 aos 40 anos. A colectomia é o tratamento padrão para reduzir o risco de câncer colorretal. As opções cirurgicas utilizadas incluem: colectomia total com ileorretoanastomose, proctocolectomia total com ileostomia terminal ou com bolsa ileal em ?J?.OBJETIVO:Realizar um comparativo de dois casos atendidos no serviço de Cirurgia Geral /Proctologia do HRG (anos de 2015 e 2017) com o consolidado em literatura.MÉTODO: Estudo descritivo retrospectivo de série de casos.RELATO DO CASO: J.B.F.,33anos,masculino, sem conhecimento de histórico familiar de polipose/ câncer colorretal. A Colonoscopia evidenciou >100 pólipos em todo o colón. Anatomopatológico mostrou que tratava-se adenoma tubular com neoplasia intraepitelial (displasia) de alto grau. Realizado Proctocolectomia total com bolsa ileal e ileostomia, sem intercorrências e com recuperação pós operatória em 7 dias. Após 3 meses e 13 dias foi submetido a reconstrução de trânsito intestinal , sem intercorrências.A.M.L.,feminino, 58 anos,antecedente de filha portadora de Polipose Adenomatosa Familiar . Colonoscopia com > 100 pólipos colorretais e mais 20 pólipos em reto. Anatomopatológico mostrou adenomas tubulares e displasia de baixo grau. A paciente foi submetida a proctocolectomia total com bolsa ileal J, anastomose ileoanal manual e ileostomia protetora.CONCLUSÃO:Tendo em vistas desafios diagnósticos em ambos os casos: o primeiro por não haver antecedentes familiares e o segundo por ter se apresentado em faixa etária pouco frequente, cabe ressaltar a importância da investigação complementar para o direcionamento final de um diagnóstico. A doença possui uma variedade de fenótipos, com especial atenção ao caso da paciente feminina que mesmo já tendo 58 anos no momento do diagnóstico e numero superior de 100 adenomas colorretais ainda não exibia câncer colorretal. Em conformidade com estudos atuais, se optou pela Proctocolectomia Restauradora com bolsa ileal e anastomose ileoanal manual,visando ressecar toda a mucosa colorretal e eliminar os riscos de câncer colorretal.

PALAVRAS-CHAVES: Polipose | Câncer colorretal | Proctocolectomia Restauradora

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 991

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO DE LACERAÇÃO DE ESFÍNCTER ANAL PÓS HEMORROIDECTOMIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LIGIA GARCIA DOS SANTOS (PUCPR - LONDRINA), VANESSA SCREPANTE FORTE (PUCPR - LONDRINA), MARIA PIA GOMES DE OLIVEIRA FREDERICO (PUCPR - LONDRINA), VANESSA PIRES MARUITI (PUCPR - LONDRINA), GIOVANNA SABAGE (PUCPR - LONDRINA), BRUNA CANSIAN (PUCPR - LONDRINA)

RESUMO: Introdução: Lesões do tipo lacerações de esfíncter anal são causados por traumas obstétricos, cirúrgicos ou doenças colorretais como complicações de hemorroidectomias¹. A incidência em alguns estudos chega a de 7,3% de lacerações de 3º e 4º graus sendo uma prevalência da lesão de 4-7% doze meses após o parto² e de 7.3-29% entre o segundo e sexto mês após o parto³. Por outro lado, a literatura referente à hipotonia com incontinência parcial, causada por complicação da hemorroidectomia, é escassa, mostrando uma prevalência de 3.3%⁴. Este tipo de lesão, causa constrangimento psicológico, social e profissional, e ainda gera desconforto em se expor ao procurar um especialista^{1,2}. Objetivo: O relato objetiva demonstrar como a esfínteroplastia causa melhora no escore de Waxner de incontinência. Relato de caso: FDSM, F, 52 anos, relato de desconforto anal e queimação em região anal e perianal devido a incontinência fecal e de gases desde hemorroidectomia há 10 anos. De início leve e perda de conteúdo líquido, após consulta foi indicado fisioterapia, que não foi realizada. Há três anos a incontinência tornou-se grave com necessidade de uso de forro constantemente. Ao exame óstio anal entreaberto e hipotonia esfínteriana e uma cicatriz anterior direita, da hemorroidectomia, e falha de tecido esfínteriano junto à cicatriz prévia, quadrante supero-direito. Classificação de lesão perineal de terceiro grau A e Escore de Wexner de 20. Indicado esfínteroplastia anal. A paciente realizou exames clínicos no pré-operatório, internamento na noite anterior da cirurgia para realização de limpeza intestinal baixa, sem preparo de cólon. Na indução anestésica recebeu dose de antibiótico-profilaxia padrão. Anestesia peridural. Incisão curvilínea, e uso de técnica de sobreposição, fio de vicryl. Realizada uma incisão curvilínea à margem anal anterior, liberado o tecido cicatricial e avançando no sentido lateral de modo a identificar as duas extremidades do esfíncter anal externo. Identificando as extremidades do esfíncter anal externo foram liberados e tracionados no sentido medial, por meio de técnica de sobreposição, com fio de vicryl, três pontos separados. A mucosa excedente foi retirada e suturada com fio absorvível. Após 6 meses de cirurgia: a paciente relatou grande melhora, porém com cuidados no tipo de alimentos. Escore de Wexner em 6 meses: 12 pontos. Em doze meses: 9. Conclusão: A cirurgia foi eficaz em diminuir o escore de incontinência.

PALAVRAS-CHAVES: LACERAÇÃO | ESFÍNCTER ANAL | INCONTINÊNCIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 996

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: As complicações mais frequentes da cirurgia de reconstrução intestinal pós cirurgia de Hartmann

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA SILVA SALES (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), MARCELA OLIVEIRA REZENDE BARBOSA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A reconstrução do trânsito intestinal acarreta elevados índices de morbimortalidade, dependente do procedimento realizado na operação inicial, da técnica operatória necessária na reconstituição do trânsito intestinal e das comorbidades dos pacientes. OBJETIVOS: Tendo em vista o uso mais frequente da cirurgia do tipo Hartman é importante estar ciente das suas possíveis complicações para assim estabelecer sua conduta propiciando uma melhor abordagem terapéutica. Foram analisadas a morbidade e mortalidade dos pacientes na tentativa de reversão da cirurgia do tipo hartmann. MÉTODOS: Análise de artigos de revisão publicados no SciELO, Pub MED, LILACS. RESULTADOS: Foram analisados 10 artigos científicos publicados nos últimos 10 anos sobre as possíveis complicações da técnica de Hartman. A média de idade dos pacientes submetidos a reconstrução era de 54 anos. As complicações mais frequentes foram fístulas e infecções de parede, as quais estão associadas ao tempo de permanência dos pacientes e comorbidades do mesmo. Notamos também que quase 20% dos pacientes tem algum tipo de complicação, o que é um percentual bastante significativo.

CONCLUSÃO: A colostomia à Hartmann normalmente é acompanhada de um maior número de complicações pós reconstrução do trânsito intestinal, e quase metade dos pacientes envolvidos nesta série de casos apresentavam este tipo de colostomia.

BIBLIOGRAFIA: 1. Ninkovic M, Schoeller T, Schmid T, Salzer GM, Scougall P, Wechselberger G, Ander H. Closure of complex defects in the chest wall with muscle flaps. Scand J Plast Reconstr Hand Surg. 1998;32(3):255-64. 2. Novoa N, Benito P, Jiménez MF, Juan A, Luis Aranda J, Varela G. Reconstruction of chest wall defects after resection of large neoplasm: ten-year experience. Interact Cardiovascular Thorac Surg. 2005;4(3):250-5. Epub 2005 Mar 30.

PALAVRAS-CHAVES: Hartmann | Técnica cirúrgica | Coloproctologia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 999

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: METÁSTASE CEREBRAL E CÂNCER COLORRETAL: UMA EVOLUÇÃO SOMBRIA. RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR LUIZ ARGANI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), LUIS RENATO RODRIGUES ARNONI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), RAMON FÉLIX MARTINS FERNANDES (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), THOMAS EDUARDO JERUSALMY (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), LUIZ GUSTAVO MARTINS BURANELLO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), SANDRA DI FELICE BORATTO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), ARTHUR MEDEIROS ÁLVARES DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC)

RESUMO: Introdução: O câncer colorretal possui alta prevalência em ambos os sexos, segundo dados do INCA. Os sítios mais frequentes de metástase são fígado e pulmão. Embora metástases cerebrais sejam relativamente raras (2% a 12% dos casos), apresentam impacto importante no prognóstico do paciente com tal condição. A sobrevida média daqueles com lesão metastática cerebral é de 2-4 meses, além dos acometimentos envolvendo funções como a linguagem, mobilidade e cognitiva. Mesmo que a investigação rotineira de metástase cerebral para câncer colorretal usualmente não seja empregada, esta deve ser considerada, já que o tratamento adequado e precoce pode elevar substancialmente a sobrevida dos pacientes. Relato de caso: Em nosso estudo de caso, relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino com diagnóstico de adenocarcinoma de reto médio que durante o preparo para tratamento radioterápico e quimioterápico passou a apresentar sintomas de comprometimento neurológico, sendo então diagnosticada com metástase cerebral, o que foi o fator determinante para falha terapêutica e morte precoce. Após o diagnóstico endoscópico de adenocarcinoma de reto médio, o estadiamento clínico demonstrou sinais de metástases pulmonares bilateralmente. Não foram achados sinais de metástase hepática. Somente após a paciente começar a apresentar parestesia rapidamente progressiva de membro superior direito foi realizada ressonância magnética encefálica evidenciando lesão cerebral. Em 65% dos casos de metástase pulmonar, estão associadas metástases em outros sítios, como o sistema nervoso central. O tratamento com cirurgia seguida de radioterapia cerebral total pode elevar substancialmente a sobrevida dos pacientes, passando de uma sobrevida média de 4 meses para 13 meses de acordo com estudos recentes, quando o diagnóstico da metástase é precoce. Desta forma, apesar dos altos custos da realização de tomografia em sistemas públicos de saúde, a pesquisa ativa de metástase cerebral deve ser levada em consideração. Conclusão: Em virtude do exposto, racionalizando o custo para o sistema de saúde de diagnósticos precoces e tardios, e sabendo que metástases cerebrais são mais comuns para neoplasias de reto médio e inferior, parece adequado incluir no estadiamento inicial desses doentes uma tomografia ou ressonância cerebral como uma questão de saúde pública, apenas para neoplasia de reto médio e inferior.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor|Metástase neurológica|Retos

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1010

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cirurgia citorrredutora (CRS) associada à quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) no tratamento de tumor de cólon metastático

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), ANTONIO NOCCHI KALIL (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA), GUSTAVO ANDREAZZA LAPORTE (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA), ERICO PEREIRA CADORE (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA), RAFAEL SEITENFUS (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA), RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RAMON MAGALHÃES MENDONÇA VILELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), IAN EUGÊNIO KAULING (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA)

RESUMO: Introdução: o tratamento de tumores de cólon dispõe de diversas abordagens como a ressecção e a ablação por radiofrequência de metástases hepáticas, ressecção de metástases pulmonares, uso de diversos quimioterápicos e, mais recentemente, a cirurgia citorrredutora (CRS) com quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) para pacientes com metástases peritoneais associadas ou não a metástases hepáticas e/ou esplênicas. Relato de Caso: SMA, 59 anos, sexo feminino, submetida a cirurgia em carácter de urgência por quadro de suboclusão intestinal em junho de 2016. Na primeira abordagem, apresentava lesão estenosante em cólon sigmoide, 3 implantes peritoneais em intestino delgado determinando também suboclusão e lesões em ambos os ovários, sendo submetida a retossigmoidectomia abdominal (técnica de Hartmann) e ressecção das lesões de intestino delgado e pelve, com marcadores tumorais CEA de 38 e CA-125 de 56 (solicitados na sala cirúrgica). Após o procedimento realizou 8 ciclos de quimioterapia - esquema 5-Fluoracil+Leucovorin+Oxaliplatina(FOLFOX) + Bevacizumab. Em janeiro de 2017, submetida a laparoscopia diagnóstica para avaliação de resposta terapêutica, identificando-se metástases esplênicas e Índice de Carcinomatose Peritoneal (PCI) de 3. Na ocasião, definida conduta com CRS-HIPEC, realizada em janeiro de 2017 em esquema de Oxaliplatina intraperitoneal (30 minutos), associada a 5-Fluoracil e Leucovorin por 30 minutos, via endovenosa. Evoluiu com hematoma pélvico drenado por punção guiada por tomografia (Clavien-Dindo ? 3a). Conclusão: a CRS-HIPEC está sendo considerada uma nova abordagem no tratamento de tumores de cólon com metástases peritoneais e, em casos selecionados, na presença de metástases hepáticas e esplênicas. Referências: Dubé, P. et al. Guidelines on the use of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in patients with peritoneal surface malignancy arising from colorectal or appendiceal neoplasms. *Current Oncology*, [S.l.], v. 22, n. 2, p. e100-e112, jan 2015
Ihemelandu C, Sugarbaker PH. Management for Peritoneal Metastasis of Colonic Origin: Role of Cytoreductive Surgery and Perioperative Intraperitoneal Chemotherapy: A Single Institution`s Experience During Two Decades. *Ann Surg Oncol*. 2016 Nov 22
Tabrizian P, et al. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for peritoneal carcinomatosis: outcomes from a single tertiary institution. *J Gastrointest Surg*. 2014 May;18(5):1024-31

PALAVRAS-CHAVES: Tumores de cólon | Quimioterapia hipertérmica intraperitoneal | Cirurgia citorrredutora

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1125

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INTUSSUSCEPÇÃO COLO-COLÔNICA IDIOPÁTICA EM ADULTO: UM RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO OLIVEIRA DE MENEZES QUITETE DE CAMPOS (UNISA-SP), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA-SP), STEPHANIE SANTIN (UNISA-SP), PAULA BERGAMASCO DA SILVA (UNISA-SP), BETINA NOVAES LISBOA (UNISA-SP), ISABELLA HELENA MARTINS TEODORO (UNISA-SP)

RESUMO: Introdução A intussuscepção é uma afecção incomum em pacientes adultos, correspondendo apenas 3-5% de todos os casos relatados. É mais associada a uma lesão secundária do intestino, que é identificável em 90% dos casos, enquanto apenas 10% são idiopáticas. O diagnóstico da intussuscepção é difícil devido à inespecificidade da sintomatologia da doença, sendo utilizados exames de imagens para auxiliar a identificação clínica, entre eles a ultrassonografia (USG) e a tomografia computadorizada (TC). Em adultos, a intussuscepção, normalmente, requer tratamento cirúrgico com ressecção da alça do intestino afetado. Apresentação do caso W. L. F., 41 anos, sexo masculino, procurou serviço médico com queixa de dor abdominal há 4 dias, em região de mesogástrio, de início súbito, intercalando períodos de remissão e piora do quadro algico. Paciente refere que concomitantemente com a dor apresentou um episódio de vômito. Negava outras alterações. No exame abdominal apresentava dor em região de flanco e fossa ilíaca direita (FID), sem massa palpável. Na entrada, o paciente apresentava Hemoglobina de 17,5 g/dL, Hematócrito de 55,9%, Leucócitos de 13,3 mil/mm³ com 75% de segmentados. Apresentava função renal preservada e Proteína C-reativa de 4. A radiografia de abdome evidenciava uma alça parética em região de FID de aspecto inespecífico. A TC de abdome com contraste venoso evidenciou a intussuscepção em região de íleo ceco e cólon ascendente, conforme figuras 1 e 2. A cirurgia confirmou a intussuscepção colo-colônica e, devido à possibilidade de um processo neoplásico, realizou-se uma hemicolectomia direita. A anatomia patológica evidenciou quadro de serosite fibrinoleucocitária, sem presença de doença maligna. O paciente evoluiu de maneira satisfatória, recebendo alta hospitalar no terceiro dia pós operatório. Conclusão A intussuscepção intestinal é uma doença rara e desafiadora para o cirurgião. O diagnóstico pré-operatório pode ser difícil devido à inespecificidade do quadro clínico, sendo a TC de abdome a modalidade de imagem diagnóstica mais sensível. A intussuscepção deve ser aventado como diagnóstico diferencial nos casos de abdome agudo obstrutivo. O tratamento cirúrgico é sempre a melhor escolha e no adulto, normalmente, está associada à uma condição maligna.

PALAVRAS-CHAVES: INTUSSUSCEPÇÃO | INTESTINO GROSSO | OBSTRUÇÃO INTESTINAL

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1140

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE LST DE CECO BEM SUCEDIDO - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAELA DE SOUZA NOVO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), GABRIELA PERRIELLO RISANTE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), RONALDO NONOSE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JULIANA SANTOS VALENCIANO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Lateral spreading tumours (LST) são lesões maiores que 10 mm de diâmetro com eixo vertical baixo, se estendem lateralmente ao longo da parede luminal, apresentam disseminação superficial, são precursoras de CCR cada vez mais diagnosticadas e tratadas por colonoscopia. Este é um método adequado de rastreio das doenças colorretais, com destaque para os pólipos e neoplasias, também considerada diagnóstica e terapêutica, sendo cada vez mais comum por permitir ressecar não só carcinoma precoce mas também adenomas pre-malignos com técnica minimamente invasiva. RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 71 anos, hipertensa, diabética e dislipidêmica, devido a quadro intestinal, realizou colonoscopia em 2013 com achado de lesão em ceco sugestiva de LST, não abordada. Após 3 anos, nova colonoscopia evidenciou, na mesma topografia, lesão maior e sugestivo de pólipo malignizado. Foi encaminhada a serviço especializado com proposta de ressecção endoscópica, a qual não pôde ser realizada devido a não elevação da lesão. Veio ao nosso serviço de coloproctologia, já com indicação cirúrgica de colectomia direita. Porém, em reunião clínica foi optado por nova tentativa de ressecção endoscópica. Após preparo convencional, realizou-se mucosectomia sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no mesmo dia. O anatomopatológico evidenciou carcinoma intramucoso com margens livres de tumor. Tomografia de tórax e abdome e cea não evidenciando doença avançada. Após 6 meses, nova colonoscopia não mostrou sinais de recidiva da lesão e TC tórax e abdome e CEA normais. Mantem-se em acompanhamento ambulatorial seriado. CONCLUSÃO: A ressecção endoscópica da mucosa para esses tumores, apesar do seu grande tamanho, é uma alternativa à cirurgia em pacientes selecionados. Para determinar a indicação desse procedimento classifica-se a LST com base em imagens obtidas após corante indigocarmina. Muitos estudos mostram a eficiência dessa técnica em ressecção de lesões retais com acurácia de 80,1% a 99,1%. As principais complicações da mucosectomia podem ser: hemorragia, que é a mais comum, ocorre em 0,4 a 16% dos casos, todas controladas endoscopicamente; perfuração, que é a mais grave, ocorre em 0,5% a 3% dos casos segundo estudos recente. O risco de metástase local é abaixo de 5-10% dos LST, ainda assim, deve ser bem indicada e realizada por profissionais altamente capacitados, para evitar recidivas e disseminações, e para melhorar a qualidade de vida a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVES: MUCOSECTOMIA | LST de Ceco | Tratamento endoscópico

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1153

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CASO DE APENDAGITE EPIPLOICA ATENDIDO NO HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO EIK SAHYUN (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), DENISE CAMILIOS COSSIOLO (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), MARCO AURÉLIO CRUCIOL RODRIGUES (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), EMANUEL GOIS JR (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), CRISTIANE FRANÇA DA SILVA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), NAJA NABUT (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO A Apendagite Epiplóica (AE) consiste em uma condição clínica benigna, rara e autolimitada. Trata-se de uma patologia inflamatória proveniente da torção ou trombose venosa espontânea dos vasos que drenam os apêndices epiplóicos. Os apêndices epiplóicos são estruturas pedunculadas de conteúdo gorduroso que se projetam a partir da superfície serosa do cólon. A manifestação clínica mais clássica dessa doença é dor abdominal aguda e localizada. Pode apresentar postura defensiva e reação peritoneal ao exame físico, mimetizando quadro de abdômen agudo. Anteriormente, realizava-se o diagnóstico de AE por meio de laparotomia. Porém, com o desenvolvimento da tecnologia radiológica, como a ultrassonografia ou tomografia computadorizada (TC), permitiu a sua distinção no pré-operatório. O tratamento é conservador e ambulatorial com administração de analgésicos, anti-inflamatórios. Este estudo tem por objetivo descrever um caso clássico de AE cuja resolução foi clínica. Além disso, visa retratar os aspectos clínicos, os métodos diagnósticos e o tratamento dessa patologia rara e pouco discutida e comparar os dados encontrados na literatura com caso clínico. **RELATO DE CASO** Paciente 33 anos, sexo masculino, admitido em pronto socorro com dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) há 3 dias. Paciente afebril no período, negava hiporexia, calafrios ou obstipação. Apresentou abdômen flácido, doloroso a palpação em FIE, sem descompressão brusca. Exames laboratoriais com os seguintes resultados: Amilase Sérica: 42 U/L; Leucócitos: 10.360/mm³ e Hemoglobina: 14,6 g/dL. Foi solicitada TC de abdômen com imagem clássica de Apendagite Epiplóica. Realizado tratamento ambulatorial com anti-inflamatório não hormonal e analgésico simples. Paciente evoluiu com resolução do quadro sem necessidade de abordagem cirúrgica. **CONCLUSÃO** caso esta de acordo com os dados encontrados em literatura no que diz respeito ao diagnóstico feito por tomografia de abdômen total com imagem ovalada em gordura que margeia o colón esquerdo e quanto ao tratamento realizado apenas com medidas sintomáticas devido à evolução autolimitada da doença. A grande vantagem em serviços que oferecem disponibilidade de TC é evitar o uso indevido de antibioticoterapia como seria feito em suspeita de diverticulite, principal diagnóstico diferencial da dor aguda em fossa ilíaca esquerda, ou mesmo, da laparotomia exploradora quando a principal suspeita é apendicite aguda

PALAVRAS-CHAVES: APENDAGITE EPIPLOICA | DOR ABDOMINAL AGUDA | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1201

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PROCIDÊNCIA RETAL GIGANTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAQUELI PERTEL (UNESC), HEITOR SOARES MORAIS (UNESC), JOAO CARLOS NEPOMUCENO GONCALVES (UNESC), ELIELDER DIAS DIONIZIO (UNESC), KETOLY PASCOAL COLATI (UNESC), RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI (UNESC), ARTHURO TOSO ARRIVABENE (UNESC)

RESUMO: Introdução: Procidência retal é caracterizada como a exteriorização de todas as camadas do reto através do orifício anal, com maior frequência em idosos do sexo feminino. A causa não é completamente esclarecida, entretanto, existem fatores que predisõem o aparecimento: constipação intestinal, diarreia crônica, multiparidade, sigmóide redundante, diástase do músculo elevador do ânus, intussuscepção secundária à lesão do cólon, procedimento operatório, fibrose cística e condições associadas a anatomia. Dentre os sinais clínicos temos a protusão propriamente dita, incontinência fecal, hemorragia e descarga de muco. O diagnóstico é realizado através da história e exame físico. No exame proctológico pode-se identificar a lascidão esfínteriana, a intussuscepção do reto ou sua exteriorização. O tratamento é cirúrgico, os métodos utilizados são divididos em dois grupos: abordagem por via abdominal e por via perineal. Os procedimentos por via abdominal, devido a sua maior agressão, estão reservados para pacientes com risco cirúrgico menor, já os procedimentos por via perineal estão indicados para os doentes de alto risco, pelas condições clínicas e idade avançada. Relato de caso: VMS, sexo feminino, 86 anos, portadora de HAS, DPOC, com história de procidência retal há 10 anos. A ectoscopia evidenciou volumosa procidência retal de aproximadamente 40 cm, não redutível, sem sinais de sofrimento ou infecção. Sugerida a realização de cirurgia de correção com colonoscopia pré-operatória. A TC de abdome total demonstrou aparente espessamento parietal do reto, distensão gasosa de alças intestinais e sinais de coprostase, A colonoscopia evidenciou óstios diverticulares esparsos em cólon transverso e descendente, sem sinais de inflamação ou sangramento. Realizou-se a raquianestesia, a seguir a retossigmoidectomia por via perineal pela técnica de Altemeier. No pós-operatório apresentou-se estável hemodinamicamente, sem queixas e intercorrências. A paciente recebeu alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório. Conclusão: A escolha do procedimento mais adequado para cada paciente depende do profissional, que seleciona a técnica de acordo com o perfil do paciente, levando em consideração os aspectos físicos do problema. Faz-se mister alertar um caso de proporções de raquianestesia continua, idade significativa em paciente com múltiplas comorbidades sendo importante a escolha da técnica cirúrgica e anestésica mais adequada para o caso.

PALAVRAS-CHAVES: Procidência retal | Técnica de Altemeier | Retossigmoidectomia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1211

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento Endoscópico de Proctite Actínica com Plasma de Argônio em Paciente com Doença Arterial Coronariana Triarterial.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SÂMELA COMÉRIO (UNESC), ARTHUR OLIVEIRA AGUILAR (UNESC), LAILA GIACOMINI COUTO (UNESC), GABRIELA DALFIOR FERREIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSE), HENRIQUE FERNANDES NOÉ (UNESC), RAFAEL ANGELO FERREIRA DA FONSECA (UNESC), POLYANA FERNANDES FLORES PEREIRA (UNESC), LEIS SOARES GUSMÃO JUNIOR (UNESC)

RESUMO: Introdução: A proctopatia actínica é caracterizada por uma inflamação crônica do reto, limitada a mucosa, na qual o principal mecanismo fisiopatogênico é a endoarterite obliterante com consequente isquemia. Tal evento pode ser observada em até 20% dos pacientes submetidos à radioterapia pélvica para o tratamento de tumores dessa região. Objetivo: relatar o caso de um paciente portador de proctite actínica com hemorragia digestiva baixa recorrente e doença arterial coronariana triarterial, com necessidade de cirurgia de revascularização. Métodos: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente e revisão da literatura. Relato do caso: W.D, masculino, 71 anos, branco, com histórico de neoplasia de próstata há três anos, realizando radioterapia, evoluindo à seis meses com hemorragia digestiva baixa, tenesmo e astenia. Evoluiu posteriormente com choque misto: hemorrágico e cardiogênico, sendo identificado IAM sem supra desnivelamento do seguimento ST. Realizada cineangiocoronariografia a qual evidenciou doença arterial coronariana triarterial com necessidade de cirurgia de revascularização. Encontra-se internado no serviço em preparo pré-operatório de cirurgia cardíaca a qual ainda não foi possível realizada devido a quadro de hemorragia digestiva baixa persistente. Comprovado diagnóstico de proctite actínica após colonoscopia com biópsia. O tratamento de eleição para o paciente foi eletrocoagulação com plasma de argônio, com duas sessões concluídas até a presente data e resultados satisfatórios. Conclusão: a aplicação endoscópica de plasma de argônio é um método seguro e eficaz e tem sido considerado como primeira escolha de tratamento da proctite actínica.

PALAVRAS-CHAVES: Proctite actínica | eletrocoagulação com plasma de argônio | Radioterapia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1214

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMORES SINCRÔNICOS DE RETO E CÓLON ASCENDENTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VICTÓRIA GURGEL DE CARVALHO (PUCPR - CAMPUS LONDRINA), LÍCIA INAZAWA DA SILVA (PUCPR - CAMPUS LONDRINA), ANDRÉ JOSÉ YABAR ALFARO (PUCPR - CAMPUS LONDRINA), MARISON JOSE KOJI URATANI (PUCPR - CAMPUS LONDRINA)

RESUMO: 1. Introdução O câncer colorretal está entre as quatro neoplasias mais frequentes no Brasil, apresentando aproximadamente 34280 novos casos em 2016. Tumores sincrônicos correspondem de 3 a 5% dos tumores de cólon e são definidos, segundo os critérios de Warren e Gates, como tumores malignos, distintos entre si e em que esteja excluída a hipótese de um ser metástase do outro, além de se manifestarem simultaneamente no diagnóstico. Já os tumores metacrônicos ocorrem após 6 meses da realização da primeira excisão tumoral. Este relato tem aspectos que questionam a apresentação do caso como tumor sincrônico ou metacrônico. 2. Relato do caso Paciente C.A.O., feminino, 53 anos, enfermeira, natural e procedente de Londrina ? PR, apresentou quadro de hemorroida em primeira consulta há 3 anos. A paciente foi submetida à hemorroidectomia aberta, resultando em cura. Há 2 anos, durante uma colonoscopia de rotina, foi identificada lesão polipoide em reto inferior. Realizou-se uma biópsia de reto em que foi diagnosticado um adenocarcinoma intramucoso. Diante disso, a paciente foi submetida a uma excisão local do tumor. Em seguida, foi realizado o acompanhamento para seguimento tumoral após retirada, com marcadores tumorais e exames de imagem, sem alterações significativas. Há 1 ano, surgiram sintomas de diarreia, vômito, constipação e suboclusão após a paciente ter sido submetida a uma histerectomia no mês anterior, durante a qual não foi observada a presença de tumor. Foram realizados ultrassom e tomografia, nos quais foi observada uma massa no cólon direito, além de retossigmoidoscopia, que identificou neoplasia no cólon sigmoide. Foi planejada uma retossigmoidectomia por laparotomia, entretanto, no momento da cirurgia, constatou-se que se tratava de uma lesão em cólon direito que havia invadido o cólon sigmoide por contiguidade, portanto optou-se por realizar uma colectomia total. A massa foi avaliada como uma lesão ulcerada do cólon e a biópsia resultou no diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado. A paciente segue com quimioterapia e acompanhamento pelo oncologista. 3. Conclusão O diagnóstico provável de tumor sincrônico colorretal é devido a observação do tamanho da neoplasia no momento da cirurgia, sugerindo a probabilidade dessa já estar presente no momento da excisão local da neoplasia de reto inferior. Outra hipótese seria de tumor metacrônico pela possibilidade dos tumores terem se iniciado com intervalo de tempo curto entre eles.

PALAVRAS-CHAVES: Tumores sincrônicos | Tumores metacrônicos | Câncer colorretal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1239

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ORQUIECTOMIA ESQUERDA E URETRORRAFIA POR SÍNDROME DE FOURNIER

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DANIEL LINHARES CARDOSO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DAVI ROCHA MACAMBIRA ALBUQUERQUE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), JOSÉ EVERARDO SILVEIRA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), BRUNO GABRIELE COSTA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MARCOS ANTÔNIO ARAGÃO DE MACÊDO (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO), ADAUTO CAPISTRANO ABREU DA PONTE (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO), JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO)

RESUMO: Introdução: A Síndrome de Fournier é uma forma de fascíte necrotizante do períneo que possui uma progressão fulminante, podendo se estender à parede abdominal. Causada, principalmente, por bactérias anaeróbias e aeróbias, ou seja, por infecções polimicrobianas, as quais possuem predominância de origem anorretal e genitourinária. Ademais, é importante frisar que idade, imunossupressão e diabetes são fatores predisponentes de tal comorbidade. Seu diagnóstico é clínico, contudo a mortalidade ainda é elevada, de 30 a 50%, variando de acordo com outras condições prévias do paciente. Relato: Paciente, masculino, 85 anos, etilista e fumante, admitido no serviço de Coloproctologia no dia 14/08/2016 com queixa principal de "dor anal" sic. Referiu que há 4 dias iniciou quadro de dor em região perianal, progressiva, e que no primeiro dia melhorava com o uso de dipirona. Além disso, relatou febre de 39 graus e calafrios há um dia. No momento da admissão paciente encontrava-se com instabilidade hemodinâmica, apresentando hipotensão arterial sistêmica, taquidispneico, febril e desidratado. Ao exame proctológico: Inspeção- observou-se extenso abaulamento de região perineal e secreção purulenta no saco escrotal; Dígitos pressão- endurecimento de região perineal. Paciente foi internado, e assim iniciada antibióticoterapia com Ciprofloxacina e Metronidazol, bem como estabilizado hemodinamicamente. Com efeito, o mesmo foi submetido à cirurgia no dia seguinte (12 horas após internamento), na qual encontrou-se extensa necrose de pele e tecido subcutâneo de toda região perineal principalmente esquerda projetando-se para testículo, havendo necessidade de extenso debridamento de todo tecido necrótico inclusive com realização de orquiectomia esquerda, e comprometimento de uretra, necessitando de uretrorrafia. Além do procedimento cirúrgico, foi submetido a 10 sessões de oxigenioterapia e então após 45 dias é realizado enxerto, tendo como área doadora a coxa esquerda. Observou-se completa cicatrização da ferida cirúrgica após 3 meses do primeiro procedimento. Conclusões: Diante do caso, pode-se inferir a importância do conhecimento do profissional sobre a Síndrome de Fournier, que tem diagnóstico essencialmente clínico e conclui-se que em algumas situações o extenso debridamento do tecido necrosado associado a estratégias como a orquiectomia e/ou uretrorrafia se faz necessário para melhor prognóstico do paciente e redução da mortalidade por tal afecção, como no presente estudo.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Fournier | Orquiectomia | Uretrorrafia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1242

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Leiomioma perianal: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES (GASTROCENTRO - NATAL/RN), ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), KAROLINA HERMÍNIO COLARES (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ALISOM MICHEL CAMPOS AZEVEDO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), BÁRBARA NARCISO DUARTE (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ANDREZA LUIZA DE SOUSA LOBATO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Introdução: Leiomiomas são tumores benignos derivados de células tronco mesenquimais e têm um padrão histológico epitelióide ou de células fusiformes, lembrando o músculo liso. Podem ocorrer em qualquer local onde o músculo liso esteja presente, apresentando-se no trato gastrointestinal predominantemente no esôfago, cólon e reto. Os leiomiomas representam 3,8% de todas as tumorações benignas e a sua fisiopatologia permanece obscura. Relato de caso: O presente caso aborda uma mulher de 35 anos que evoluiu com dor que piorava à defecação e tumoração perianal em três meses. O exame físico evidenciou massa circular homogênea enducerecida de aproximadamente 2 cm em região pararretal posterior. Foi realizada Ressonância Nuclear Magnética da Pelve que evidenciou na região perianal direita imagem nodular subcutânea com contornos regulares e realce homogêneo pelo meio de contraste medindo 2,7 x 2,6 cm. Procedeu-se com abordagem cirúrgica, realizando-se incisão pararretal arciforme com disseção de lesão ovalada e aparentemente encapsulada de coloração pardacenta e consistência elástica. Preservou-se o esfíncter anal. O anatomopatológico da peça evidenciou leiomioma. A paciente evoluiu sem intercorrências e teve alta hospitalar no primeiro dia pós-operatório. Manteve-se em seguimento ambulatorial por um ano, sem sinais de recidiva. Conclusão: Os leiomiomas devem ser ressecados quando tornarem-se sintomáticos, crescerem para além de 1cm, apresentarem mudanças arquiteturais no seguimento ou quando houver suspeita de malignidade. Não há técnica operatória padrão-ouro e essa depende do tamanho e localização do tumor, devendo o cirurgião minimizar complicações pós-operatórias e perdas funcionais. Referências: STURIALE, Alessandro; FABIANI, Bernardina; NALDINI, Gabriele. A rare case of leiomyoma of the internal anal sphincter. *International Journal Of Surgery Case Reports*, [s.l.], v. 23, p.4-7, 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.03.048>. Disponível em: . Acesso em: 01 fev. 2017; ÓMEZ, Jaime Alonso et al. Real Anal Leiomyoma: a Case Report. *Journal Of Gastrointestinal Cancer*, [s.l.], v. 42, n. 1, p.54-56, 15 out. 2012. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s12029-010-9219-z>. Disponível em: . Acesso em: 01 fev. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: Leiomioma|Perianal|Tratamento

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1245

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lipoma de ceco mimetizando apendicite aguda

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAIZA SAMEICA ESPER (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), JOAO HENRIQUE BOTTO DE OLIVEIRA (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), RODRIGO CAMPOS OCARIZ (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), FLORA SPECIAN SARTORI (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), LUCIANA REGINA MOREIRA (MULTIPAT), EVERTON CAZZO (UNICAMP)

RESUMO: Introdução Lipomas do cólon são encontrados em cerca de 0,25% das autópsias e apesar de raros são as neoplasias mesenquimais mais comuns do TGI. A maioria são pequenos e assintomáticos, sendo que os maiores de 3cm podem ser sintomáticos, e maiores que 4cm são sintomáticos em 75% dos casos. Tumores sintomáticos totalizam 6% dos casos. Suas localizações mais comuns são o ceco e o cólon ascendente e 90% são submucosos. O diagnóstico pré-operatório pode ser feito com CT ou RM, mas é difícil, sendo na maioria das vezes feito a partir de análise histopatológica. Como podem apresentar margens irregulares, linfonodomegalias associadas e intussuscepção, lipomas maiores podem ser confundidos com tumores malignos Descrição do caso SCSK, feminina, branca, 49anos, iniciou com dor abdominal difusa associada a fezes amolecidas e anorexia há 2 dias e há 1 dia localização da dor em fossa ilíaca direita. Hemograma de entrada sem alterações. US: líquido livre e aumento da ecogenicidade de gordura em fossa ilíaca direita; apêndice não visualizado e CT: apêndice cecal com 13mm de diâmetro associado a aumento da densidade de gordura peri-apendicular, espessamento de parede do ceco e líquido livre em cavidade. Indicada cirurgia, sendo optado por ileotiflectomia devido à extensa inflamação local e espessamento importante de ceco e base de implantação do apêndice. Não houve intercorrências pós-operatórias; a dieta oral foi reintroduzida no 3º dia e a paciente recebeu alta hospitalar no 5º dia após a cirurgia. Paciente foi acompanhada por 6 meses sem intercorrências O exame histopatológico revelou apêndice cecal com intensa reação inflamatória com exsudato neutrofílico ocupando todas as camadas da parede intestinal, inclusive ocupando extensamente a adventícia com exsudato fibrinopurulento e presença de lipomatose submucosa do ceco em área irregular de 2,5x1,5 cm, com oclusão parcial do óstio apendicular. Conclusões: Lipomas do cólon apesar de raros são as neoplasias mesenquimais mais comuns do TGI. A maioria são pequenos e assintomáticos. O diagnóstico geralmente é feito por análise histopatológica. Neste caso, foi feito um achado incomum de sintomatologia associada a lipoma menor que 2,5cm, cursando com apendicite aguda, devido à sua localização no óstio do apêndice, causando obstrução. A cuidadosa avaliação diagnóstica pré-operatória e indicação cirúrgica precisa são importantes para evitar a evolução para quadros graves de apendicite com perfuração e contaminação extensa da cavidade.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite aguda | Lipoma de ceco | Neoplasia mesenquimal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1247

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CONDUTA EM PÓLIPO ADENOMATOSO COLORRETAL IRRESSECÁVEL À COLONOSCOPIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DANIEL LINHARES CARDOSO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DAVI ROCHA MACAMBIRA ALBUQUERQUE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), JOSÉ EVERARDO SILVEIRA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ADAUTO CAPISTRANO ABREU DA PONTE (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO), JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO), MARCOS ANTÔNIO ARAGÃO DE MACÊDO (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Os pólipos são caracterizados por um crescimento anormal do tecido, que se projeta superiormente a mucosa. Nesse contexto, os eles têm diversas classificações histopatológicas, destacando-se os neoplásicos, que englobam adenoma e carcinoma, bem como os não neoplásicos. Vale ressaltar que cerca de 25% dos pacientes com idade superior a 50 anos incluídos no rastreamento por colonoscopia apresentam adenomas até então desconhecidos, além disso, dois terços dos pólipos totais são do tipo adenoma, que em 5% dos casos evoluem para o câncer colorretal (CCR) em 10 a 15 anos. Dessa forma, é recomendada a polipectomia endoscópica, contudo algumas vezes esses pólipos não podem ser ressecados via colonoscopia por características próprias, como no presente estudo. Logo, há uma certa controvérsia quanto a indicação cirúrgica para essas lesões irreseccáveis pela colonoscopia, porém artigos mais atuais indicam a ressecção visto a incidência e mortalidade do CCR. **RELATO:** Paciente feminina, 56 anos, assintomática foi admitida no serviço de Coloproctologia com o intuito de realizar colonoscopia de prevenção de CCR. Paciente negou história de câncer na família e comorbidades. Ao exame: abdome plano ruídos hidroaéreos normoativos, timpânico à percussão, flácido, indolor à palpação superficial e profunda de todos os quadrantes e não foram palpadas massas. Ademais, exame proctológico sem alterações. Paciente foi submetida à colonoscopia, com bom preparo e com progressão até a válvula ileocecal, que evidenciou pólipo à 100 cm da fenda anal, séssil, de aproximadamente 3 cm, em que não foi possível ser retirado por completo, pelo risco de perfuração colônica. O histopatológico da biópsia concluiu ser um adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau. Optou-se pela ressecção cirúrgica da lesão, sendo realizada colectomia direita mais linfadenectomia e anastomose latero-lateral com grampeador TLC75. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, tendo alta hospitalar após 5 dias. **CONCLUSÃO:** Dessa forma, pode-se concluir a importância do exame de rastreamento para CCR via colonoscopia, o qual em alguns casos necessita de abordagem cirúrgica, tendo em vista as características variáveis dos pólipos e sua classificação histopatológica. Nesse relato, a lesão, apesar da displasia, estava em estágio inicial, reduzindo risco de complicações cirúrgicas e melhorando o desfecho do caso, o que reforça a indicação cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Pólipo adenomatoso | Colonoscopia | Irreseccável

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1250

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MEGACÓLON TÓXICO POR ADENOCARCINOMA DE CÓLON DESCENDENTE: UMA URGÊNCIA COLOPROCTOLÓGICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DANIEL LINHARES CARDOSO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DAVI ROCHA MACAMBIRA ALBUQUERQUE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), JOSÉ EVERARDO SILVEIRA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ADAUTO CAPISTRANO ABREU DA PONTE (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO), JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO), MARCOS ANTÔNIO ARAGÃO DE MACÊDO (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO)

RESUMO: Introdução: O câncer colorretal (CCR) tem grande importância epidemiológica, visto ser o 3º tipo mais incidente no Brasil. Apesar da grande prevalência, a mortalidade pelo CCR vem caindo cerca de 3% ao ano desde os anos 1990, especialmente, devido aos protocolos de rastreio e aprimoramento do tratamento, porém essa redução é questionada por alguns trabalhos. Nesse contexto, a porção colônica mais acometida é o Sigmóide (25% dos CCRs) e o local de menor incidência é o cólon descendente (5% dos CCRs). Com efeito, esse câncer pode se apresentar desde uma forma assintomática até com quadro obstrutivo grave, caracterizando uma urgência proctológica, como no presente estudo. Dessa forma, a correta indicação cirúrgica e a detecção precoce são a chave para o sucesso terapêutico desses pacientes. Relato: Paciente 65 anos, masculino, foi admitido no serviço de Coloproctologia, relatando perda ponderal de aproximadamente 12% de seu peso passado e alterações dos hábitos intestinais nos últimos 3 meses, com redução do calibre das fezes e presença de sangue e muco. Paciente sem comorbidades ou história de cancer colorretal na família bem como sem cirurgias prévias. Ao exame físico, paciente encontrava-se consciente, orientado, hipocorado e em regular estado geral. Abdome globoso, hipertimpânico, ruídos hidroaéreos hipoativos, levemente doloroso à palpação de flanco esquerdo, não foi palpado massas. Ao toque retal, percebeu-se sangue discreto e sem fezes. Procedeu-se com a realização de colonoscopia, em que foi visualizada lesão tumoral em cólon descendente totalmente obstrutiva, o que impossibilitou a progressão do colonoscópico. Foi biopsiada e o histopatológico revelou adenocarcinoma. Optou-se pelo tratamento cirúrgico. No intaoperatório, observou-se extensa dilatação de alças colônicas com risco iminente de perfuração principalmente de ceco. Assim, foi realizada colectomia total mais linfadenectomia e confecção de ileostomia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, tendo alta hospitalar em 7 dias. Conclusão: Dessa forma, apesar de menos prevalente, adenocarcinoma de cólon descendente é uma realidade e por ser, muitas vezes, assintomático, o paciente só é diagnosticado quando há crescimento da massa, que pode estar associada a complicações, destacando-se no presente estudo o megacólon tóxico, em que a abordagem cirúrgica rápida e invasiva foi necessária e efetiva para a resolução de tal urgência coloproctológica e garantia de um melhor prognóstico para o paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Megacólon tóxico | Adenocarcinoma | Urgência

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1254

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Doença de Bowen Perianal: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BÁRBARA NARCISO DUARTE (UNIVERSIDADE POTIGUAR), BRUNO FREIRE FERNANDES BORGES (GASTROCENTRO - NATAL/RN), ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), KAROLINA HERMÍNIO COLARES (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ALISOM MICHEL CAMPOS AZEVEDO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), JÔNATAS PONTE VASCONCELOS (UNIVERSIDADE POTIGUAR), KAROLINE MICHELLE MAIA CORREIA (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Introdução: A Doença de Bowen, também descrita como neoplasia intraepitelial de células escamosas, é uma patologia de ocorrência rara, especialmente em região perianal. Trata-se de um carcinoma escamoso in situ com potencial invasor que se apresenta tipicamente como uma placa escamosa bem delimitada, de caráter eritematoso e, por vezes, pigmentado. É uma patologia de evolução lenta, oligo ou assintomática. O diagnóstico definitivo é obtido com biópsia da lesão. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica com margens amplas. Relato de Caso: O presente caso aborda uma mulher de 51 anos, tabagista, com história de doença iniciada há aproximadamente um ano, com sintomas de queimação e prurido perianal progressivos e sangramento anal ocasional. Refere um tratamento prévio de ressecção de lesões perianais, porém com nova recidiva. Ao exame físico, identificou-se lesões pigmentadas, planas, bem delimitadas, indolores, com aproximadamente 3cm no maior diâmetro, acometendo regiões perianais anterior e posterior, com limites atingindo a margem anal e fúrcula vaginal posterior. Toque retal sem alterações. Procedeu-se com ressecção cirúrgica com margem de segurança. A paciente evoluiu sem intercorrências e teve alta hospitalar no primeiro dia pós-operatório. Conclusão: A ressecção cirúrgica na Doença de Bowen é o tratamento recomendado, sendo necessária remoção da lesão até atingir tecido saudável, reduzindo assim a recorrência. Atualmente, vários outros tratamentos são realizados, incluindo Imiquimod, fluroracila para uso externo, laserterapia, radioterapia e terapia fotodinâmica. A radioterapia é considerada adequada para lesões recidivantes e maiores. Bibliografia: ZHAN, Wei et al. Perianal multiple Bowen's disease: a case report. International Journal Of Clinica & Experimental Pathology. Madison, p. 15039-15041. 1 nov. 2015. Disponível em: . Acesso em: 01 fev. 2017.; SURABHI, Venkateswar R. et al. Tumors and Tumorlike Conditions of the Anal Canal and Perianal Region: MR Imaging Findings. Radiographics, [s.l.], v. 36, n. 5, p.1339-1353, set. 2016. Radiological Society of North America (RSNA). <http://dx.doi.org/10.1148/rg.2016150209>. Disponível em: . Acesso em: 01 fev. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Bowen|Perianal|Tratamento

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1272

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor de Buschke-Lowenstein: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GERSON DE ALMEIDA CORREIA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GRAZIELLY COSER DE ASSIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), TAIANE RANGEL DE AQUINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), VINICIUS CUNHA FAGUNDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GUILHERME ALVES DOS REIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), MARCELO MARTINS DE MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO)

RESUMO: Introdução: O condiloma de Buschke-Lowenstein é causado por infecção pelo HPV subtipos 6 e 11 e acomete pacientes imunocomprometidos principalmente na região genito-anal. É um tumor benigno, não gera metástases a distância porém tem um comportamento agressivo local, podendo invadir musculatura esfíncteriana e provocar incontinência fecal e estenose. Relato de caso: Caso 1: mulher, 29 anos, HIV positivo, ex-usuária de drogas. Procurou serviço de coloproctologia com lesão condilomatosa anal fistulizante e dor em fossa ilíaca direita, sendo diagnosticada com Tumor de Buschke-Lowenstein de canal e margem anal associado à tumoração em ceco fistulizada para íleo distal com linfonodomegalia. Paciente submetida a colectomia direita parcial com ileostomia e correção das fístulas e biópsia do condiloma gigante, cujo resultado foi, respectivamente, inflamação crônica granulomatosa necrosante transmural e carcinoma de células escamosas invasor. Encaminhada à quimioterapia e radioterapia. No seguimento teve recidiva do condiloma e desenvolvimento de tuberculose pulmonar e intestinal. Abandonou acompanhamento. Caso 2: Homem, 20 anos, pós-transplantado, em terapia imunossupressora desenvolveu lesão anal vegetante sendo diagnosticado condiloma de Buschke-Lowenstein. Submetido a ressecção cirúrgica, evoluiu com estenose anal e posterior recidiva das lesões. Foi tratado com múltiplas dilatações por vela de Hegar e cauterizações. Utilizou podofilina, obtendo melhora progressiva da lesão externa, mas aumento das lesões do canal anal. Posteriormente foi realizado exérese de lesões em borda e canal anal e eletrocauterização de condilomas em escroto, penis, região perianal e canal anal, com regressão do condiloma. Conclusão: o tumor de Busch-Lowenstein é uma neoplasia rara e estigmatizante de difícil controle com recidivas frequentes.

PALAVRAS-CHAVES: Buschke-Lowenstein | condiloma gigante | HPV

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1273

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lesão perineal de 4^a grau pós-parto normal: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GRAZIELLY COSER DE ASSIS (HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES-HUCAM), GERSON DE ALMEIDA CORREIA SANTOS (UFES), TAIANE RANGEL DE AQUINO (UFES), MARIANA RANGEL DE ALMEIDA (UFES), VINICIUS CUNHA FAGUNDES (UFES), GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO (UFES), FELIPE SAMPAIO SOARES ASPAHAN (HUCAM), JAYME MENDONÇA RAMOS (UFES), MARCELA GIURISATTO DUTRA (UFES)

RESUMO: Introdução: No Brasil muitas mulheres sofrem algum tipo de trauma perineal pós-parto vaginal, seja por episiotomia ou lacerações espontâneas. Lesões perineais são classificadas em 1^o a 4^o grau, sendo lesões de 3^o e 4^o grau consideradas lacerações graves que envolvem esfíncter anal e mucosa retal. Incontinência anal/fecal, incontinência urinária e fístulas retovaginais podem ser complicações das lacerações perineais graves. Os fatores de risco e de proteção nos casos de trauma perineal ainda são incertos. Objetivo: Relatar caso de paciente com lesão complexa do perineo (grau 4) pós-parto vaginal evoluindo com incontinência fecal; realizar revisão sobre o tema, avaliando fatores de risco para trauma perineal e suas principais consequências, bem como resultados funcionais após tratamento cirúrgico. Resultado: Paciente de 18 anos, primípara com lesão perineal de 4^o grau pós-parto vaginal, evoluindo com quadro de fistula retovaginal, lesão de septo retovaginal e incontinência fecal. Submetida a cirurgia de esfínteroplastia e reconstrução perineal com avaliações funcionais progressivas. Métodos: Estudo descritivo do tipo relato de caso com revisão bibliográfica. Conclusão: O caso relatado encontra-se dentre os fatores de risco significativamente encontrados para ocorrência de dano perineal grave como primígesta e feto na posição occipitoposterior no parto. Lesão perineal de terceiro ou quarto graus podem levar a incontinência fecal ou até mesmo estar associada a fístulas entre o ânus ou o reto e a vagina. Os resultados funcionais foram satisfatórios através da reconstrução perineal associado a sessões de biofeedback.

PALAVRAS-CHAVES: lesão perineal | fistula retovaginal | esfínteroplastia anal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1284

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adenocarcinoma de jejuno: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GERSON DE ALMEIDA CORREIA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GRAZIELLY COSER DE ASSIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), TAIANE RANGEL DE AQUINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), VINICIUS CUNHA FAGUNDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), WAGNER BARCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO)

RESUMO: Introdução: As neoplasias de delgado são raras, correspondendo a apenas 1-2% das neoplasias gastrointestinais, sendo o adenocarcinoma a neoplasia mais comum do jeuno. Devido a sintomatologia inespecífica, seu diagnóstico é geralmente tardio, comprometendo o prognóstico do paciente. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 74 anos, encaminhado ao ambulatório de Coloproctologia de um hospital particular, devido a quadro de dor em região mesogástrica, de baixa intensidade, há aproximadamente 01 ano, associado a anemia severa e perda ponderal (15 kg). Nos 04 meses precedentes a procura do serviço, apresentou piora, com crises recorrentes de dor abdominal de forte intensidade, tipo cólica, associada a distensão e vômitos volumosos. EDA apresentando ectasia vascular de esôfago e gastrite crônica; colonoscopia revelando pólipos retais e doença diverticular do cólon; pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva; TC de abdome com espessamento parietal de jejuno proximal, dilatação à montante e linfonodos mesentéricos; entero-ressonância evidenciando lesão infiltrativa em jejuno proximal, com invasão de gordura mesentérica e aderência jejuno-jejunal. Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico e quimioterapia adjuvante. Conclusão: O adenocarcinoma de jejuno é uma neoplasia rara, sendo, na maioria das vezes, diagnosticado tardiamente devido a sua sintomatologia inespecífica. Seu diagnóstico precoce requer alta suspeição na presença de sangramento oculto e quadros recorrentes de suboclusão intestinal.

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma de Jejuno | Obstrução intestinal | Neoplasia de intestino delgado

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1293

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Colectomia total em paciente com retocolite ulcerativa idiopática pancolônica com coinfeção por citomegalovírus.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GRAZIELLY COSER DE ASSIS (UFES), VINICIUS CUNHA FAGUNDES (UFES), MÔNICA VIEIRA PACHECO (UFES), THAISA DE MORAES RIBEIRO (UFES), TALITHA MARIA MARTINS FOSSE (UFES), GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO (UFES), GERSON DE ALMEIDA CORREIA SANTOS (UFES), TAIANE RANGEL DE AQUINO (UFES)

RESUMO: Introdução: A retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) é caracterizada por episódios de inflamação limitada à camada da mucosa do cólon, geralmente envolvendo o reto e podendo estender de forma contínua através dos cólons. Cursa com diarreia, podendo estar acompanhado de sangue, muco, dor em cólica abdominal, urgência para evacuar e tenesmo. Além disso, infecções oportunistas sempre devem ser investigadas para não mascarar o tratamento. Objetivo: Relatar caso de RCUI não responsiva ao tratamento biológico com posterior infecção pelo citomegalovírus e evolução para colectomia total atendido no Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM). Método: Revisão de prontuário, análise de lâminas patológicas e revisão bibliográfica enriquecidas com imagens e revisão bibliográfica. Resultados: ISS, masculino, 22 anos, residente em Serra/ES recebe atendimento no serviço de proctologia do HUCAM com um quadro progressivo de hematoquezia, muco e urgência para evacuar com evolução de 1 ano e relativa piora acentuada próximo ao primeiro atendimento. Colonoscopia característica de retocolite ulcerativa em todo cólon, mais acentuada em cólon esquerdo e biópsia confirmando doença inflamatória intestinal. Iniciado tratamento com altas doses infliximabe®, porém sem o sucesso esperado, além de antibiótico terapia, imunossupressão e metronidazol. Paciente evolui para megacólon tóxico, com nova colonoscopia e histopatológico sugestivo de infecção por citomegalovírus. Realizado colectomia total com ileostomia terminal e tratado com ganciclovir, sem intercorrências. Após 5 meses, paciente é submetido à cirurgia eletiva para reconstrução do transito intestinal e segue atualmente sem queixas. Conclusões: O tratamento da RCUI deve ser iniciado o mais rápido possível desde que comprovada por exames de imagem e histopatológico. No entanto, uma vez iniciado, deve-se pesquisar infecções oportunistas como a do citomegalovírus para que se tenha um bom prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: retocolite ulcerativa | doença inflamatória intestinal | citomegalovírus

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1298

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Volvo de cólon sigmoide com perfuração diverticular associado a pneumomesocólon

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TOMAZ DE JESUS MARIA GREZZANA FILHO (HOSPITAL NOSSA SEMNHORA DA CONCEIÇÃO), NATALIA MAXIMIANO SILVESTRE (UNESC), MARCO ANTONIO TISCOSKI NESI (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), GABRIEL CIPRIANO VIDAL HELUANY (UNESC)

RESUMO: Introdução: Volvo é a torção anormal do cólon sigmoide ao redor da fixação mesentérica, geralmente causando obstrução e isquemia. Frequentemente ocorre em idosos com idade média de 70 anos. Os fatores predisponentes ao volvo de sigmóide incluem constipação crônica, megacólon e um cólon excessivamente móvel. Já a diverticulite é a inflamação e infecção subsequente do divertículo do cólon com possibilidade de perfuração. O risco desta patologia aumenta com a idade e usualmente está associada a alteração no hábito intestinal. Relato de caso: EFS, 74 anos, masculino, chega na emergência com distensão e dor abdominal com parada de eliminação de fezes e flatos há 3 dias, evoluindo com dor intensa há menos de 24 horas. Foi encaminhado de um hospital do interior do estado, estava sendo tratado para uma pneumonia com piperacilina/tazobactam endovenoso há uma semana. Na admissão, o paciente estava estável hemodinamicamente, apresentava abdômen globoso, dor à palpação difusa e defesa involuntária. Foi realizada uma radiografia de abdômen agudo, que demonstrou pneumoperitônio extenso, níveis hidroaéreos e distensão de alças. Diante do caso, optou-se por laparotomia exploradora de urgência. No inventário da cavidade, durante o procedimento cirúrgico, evidenciou-se cólon sigmoide redundante, distendido, com volvo e obstrução em alça fechada, com perfuração de divertículo em borda mesocólica, pneumatose colônica, sem sinais de sofrimento isquêmico, e pneumomesocólon. Foi realizada uma retossigmoidectomia a Hartmann. Paciente teve boa evolução clínico laboratorial, permanecendo por 3 dias em leito de UTI, e recebeu alta hospitalar após 13 dias da cirurgia. Conclusão: Em suma, na cirurgia de urgência, é prioridade ressecar o cólon doente, controlar a sepse e se possível restabelecer o trânsito intestinal. Este caso clínico é relevante visto a alta mortalidade caso a intervenção cirúrgica não seja realizada. Além disso, há poucos relatos na literatura sobre associação de volvo de cólon sigmoide com perfuração diverticular com pneumomesocólon.

PALAVRAS-CHAVES: volvo | colon sigmoide | pneumomesocólon

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1300

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Resultados do tratamento cirúrgico da endometriose em cólon direito e apêndice: uma série de 34 pacientes.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS EDUARDO FONTELES DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GABRIEL HENRIQUE CAVALCANTE NOGUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), BRUNO AMARAL MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ALYNE SANTANA DO NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTÔNIO IVAN ARAÚJO MONTEIRO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LESSANDRA MUNIZ DIÓGENES DE LEMOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MARIANA MEDRADO GONDIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), KLEISON DOUGLAS GOMES PIMENTEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: OBJETIVOS Apresentar um relatório de série de 34 paciente com endometriose infiltrativa profunda envolvendo o apêndice e cólon direito. MÉTODOS 179 pacientes, de perfis multiculturais, foram submetidos a procedimento cirúrgico em um hospital privado devido a endometriose infiltrativa profunda envolvendo o reto em que, no intraoperatório, foram detectados traços da doença acometendo o apêndice, íleo terminal e/ou ceco. Desse rol, 34 pacientes tiveram endometriose em cólon direito e apêndice detectada durante o tratamento cirúrgico para endometriose infiltrativa profunda do reto. Realizou-se análise retrospectiva longitudinal dos dados relativos ao perioperatório desses pacientes, citados a seguir. RESULTADOS Encontrou-se endometriose envolvendo o cólon direito/apêndice em 34 (18,99%) de 179 pacientes submetidos à cirurgia para o tratamento da endometriose infiltrativa profunda do reto. 16 pacientes (8,93%) tinham endometriose envolvendo o íleo terminal, válvula ileocecal e/ou ceco e foram submetidos à ressecção ileocecal. 18 pacientes tiveram comprometimento do apêndice, sem envolvimento do íleo ou ceco, e foram submetidos à apendicectomia. A idade média foi de 29,7 anos (mínimo de 27 anos, máximo de 34 anos). Não houve complicações dentro deste grupo de 34 pacientes. A média de internação foi de 3,1 dias (mínimo de 2 dias, máximo de 4 dias). CONCLUSÃO Uma proporção significativa (18,99%) dos pacientes com endometriose infiltrativa profunda do reto apresenta-se também com o envolvimento do cólon direito e/ou apêndice. Portanto, faz-se necessária a procura por possível envolvimento desses órgãos durante a cirurgia laparoscópica. O tratamento da doença que envolve esta região requer vasta experiência com anastomoses digestivas.

PALAVRAS-CHAVES: endometriose | cólon direito | apêndice

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1332

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO DE FÍSTULA ANORRETAL: COMPARAÇÃO ENTRE TRATAMENTO CONVENCIONAL E NOVAS TÉCNICAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE HENRIQUE MIRANDA BORDUCCHI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), DANIELLE YUMI AKAISHI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), PEDRO AUGUSTO SOFNER CARDOSO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), FLÁVIA YUMI ATAKA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), BARBARA CRISTINA JARDIM MIRANDA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), CAUÊ FEDRIGO LOYOLA BATISTA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), AFONSO OETTING JUNIOR (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), SANDRA DI FELICE BORATTO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC)

RESUMO: OBJETIVO O objetivo deste estudo retrospectivo é comparar o resultado do tratamento convencional de fístula anorretal (fistulotomia anal em um ou dois tempos com uso de sedenho) realizado no serviço da cirurgia coloproctológica do Centro Hospitalar do Município de Santo André (CHMSA) e outros métodos de tratamento, como laser, cola de fibrina, avanço endorretal, LIFT e VAAFT. Até os dias atuais, o manejo da fístula anorretal é um tópico controverso e desafiador¹, tornando-se ainda mais polêmico com o surgimento de novas técnicas de tratamento². Apesar disso, o método tradicional (fistulotomia anal) ainda é o mais acessível, simples e com menor custo nos serviços públicos. A motivação deste estudo foi, então, comparar os diferentes tratamentos e avaliar a relação custo/benefício dos procedimentos. MÉTODOS O estudo analisou 28 homens e mulheres que realizaram fistulotomia no serviço do CHMSA durante os anos de 2014 e 2016. Os parâmetros avaliados foram sexo, cor, doenças associadas, tipo de técnica cirúrgica, tempo de internação, intercorrências pós-operatórias, ocorrência e tempo de recidiva e satisfação do paciente, em uma avaliação subjetiva, de nota 1 a 5. Pacientes com fístula anorretal por Doença de Crohn foram excluídos. Esses dados foram então comparados com resultados existentes na literatura. RESULTADOS A maioria dos pacientes do estudo realizaram fistulotomia (89,3%), enquanto o restante realizou cirurgia combinada de fistulotomia e plicomectomia ou hemorroidectomia. O estudo constatou uma alta taxa de cura (89,3%) e pequenas taxas de intercorrências. Três pacientes tiveram recidiva da fístula (10,7%), um paciente com retardo na cicatrização, um apresentou dor intensa associada a sangramento regional. Não houve casos de incontinência. Por fim, os 12 pacientes que avaliaram o serviço forneceram nota máxima ao seu tratamento. CONCLUSÃO O serviço de coloproctologia do CHMSA mostrou-se efetivo no tratamento da fístula anorretal, apresentando alta taxa de cura, baixa taxa de recidiva, nenhuma presença de incontinência e de grande satisfação pelos pacientes. Além disso, por ser um método simples e de baixo custo, poderia ser ideal para o sistema público de saúde, que visa eficiência e diminuição de gastos. BIBLIOGRAFIA Williams JG et al. The treatment of anal fistula: ACPGBI position statement. *Colorectal Dis* 2007; 9 Suppl 4:18. Rizzo JA et al. Anorectal abscess and fistula-in-ano: evidence-based management. *Surg Clin North Am* 2010; 90:45.

PALAVRAS-CHAVES: fístula anorretal |fistulotomia|benefício

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1336

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUBERCULOSE INTESTINAL EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CARLA FRANCO UBINHA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), SILAS SOARES CAVALCANTE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ANA CAROLINA TRENTINI IZAR (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JULIANA DE SOUZA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), LUCAS PUGLIESI SMIRNE GOI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ENZO FABRICIO RIBEIRO NASCIMENTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que afeta prioritariamente os pulmões. A forma extrapulmonar é mais comum em pacientes imunocomprometidos e é de difícil diagnóstico. A TB intestinal corresponde a uma forma rara de TB extrapulmonar. O bacilo invade a parede abdominal proveniente da deglutição do escarro ou por via linfo-hematogênica e a doença costuma cursar com quadro inespecífico de dor abdominal, associado à febre e aumento de enzimas hepáticas. Relato do Caso: P.M.M.H, sexo feminino, 20 anos, deu entrada no Hospital Universitário São Francisco com queixa de dor abdominal difusa, associada à distensão abdominal, tosse, dispneia e febre vespertina, sem alteração do hábito intestinal. O quadro teve início há 3 meses, com piora progressiva nas últimas duas semanas, apresentando perda ponderal e astenia. Paciente referiu familiar com diagnóstico de TB. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, descorada, hidratada, com abdome doloroso a palpação difusa, descompressão brusca negativa e fígado palpável abaixo do rebordo costal. Laboratorialmente destacava-se anemia e elevação de enzimas hepáticas. A sorologia para HIV foi não reagente. RX de tórax não apresentou alterações. Tomografia de abdome evidenciou cólon direito difusamente espessado, com borramento da gordura mesocólica e linfonomegalia, além de coleção hipoatenuante na região pélvica. A paciente foi submetida à laparoscopia exploradora, durante a qual foi evidenciado espessamento peritoneal e bridas de alça intestinal, quadro sugestivo de TB intestinal. Foi coletado material para anátomo-patológico. Foi instituído tratamento com Coxip-4. A paciente evoluiu com formação de coleção intracavitária, sendo necessária nova abordagem cirúrgica em um período de 15 dias. O resultado anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de TB intestinal. Deu-se seguimento ao caso com atendimento ambulatorial. Conclusão: O diagnóstico da TB intestinal em pacientes imunocompetentes requer um elevado índice de suspeição, uma vez que os sinais e sintomas são vagos e inespecíficos. A instituição do tratamento precoce tem importante função na redução da morbimortalidade. Bibliografia: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde ? Brasília: Ministério da Saúde, 2015; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico ? v. 46, n. 09 ? Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Tuberculose | Tuberculose Gastrointestinal | Imunocompetência

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1349

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Linfoma MALT acometendo o reto

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCOS LANNA BICALHO (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), FABIO GONTIJO RODRIGUES (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), AMANDA FERREIRA NAZARETH MARQUES (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), RAFAEL ALVES CARVALHO (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), RODRIGO GUIMARÃES CORRADI (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), PABLO SILVA DOS ANJOS (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK)

RESUMO: Introdução: O linfoma MALT (mucosa associated lymphoid tissue) retal é de ocorrência rara e a maioria das publicações são relatos de casos, sem grandes séries publicadas. As opções terapêuticas na literatura incluem a erradicação do *Helicobacter Pylori*, ressecção endoscópica ou cirúrgica, utilização de terapia adjuvante ou a combinação dessas modalidades. Relato de caso: Paciente de 46 anos, do sexo feminino, com história pregressa de depressão leve controlada e miomatose uterina; foi encaminhada para investigação de dor abdominal recorrente em cólica há 08 meses e perda ponderal de 8kg no mesmo período. Revisão laboratorial foi normal. Exames de ultrassom e tomografia computadorizada abdominais também não mostraram alterações. A paciente foi submetida a colonoscopia, durante a qual foi ressecada lesão polipoide sésil do reto, que media cerca de 05 mm de diâmetro. Exame histológico mostrou mucosa colônica com infiltrado de células linfoides atípicas, que sugeriram o diagnóstico de linfoma do tipo não Hodgkin. Foi então realizado exame imunohistoquímico que mostrou se tratar de linfoma MALT. Paciente encontra-se em seguimento ambulatorial, sendo acompanhada em conjunto com equipe de oncologia. Conclusão: O linfoma MALT acometendo o reto é uma entidade rara e ainda não dispomos de consenso na literatura definindo a terapêutica ideal.

PALAVRAS-CHAVES: LINFOMA MALT | RETO | mucosa associated lymphoid tissue

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1379

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: DIVERTICULITE DE MECKEL EM ADULTO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), RICARDO SILVA POROSKI (HUST - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA), RAFAEL ROTHBARTH (HUST - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA), AMANDA CAROLINE MASIERO (HUST - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA), LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel (DM) incide em aproximadamente 2% da população geral é considerada a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal. A maior parte dos casos são assintomáticos, onde 3 a 4% dos pacientes apresentam sintomas, e 50% dos quadros sintomáticos apresentam idade menor a 10 anos. Uma das complicações é a inflamação do divertículo, onde a clínica é similar a um quadro de apendicite aguda, o que torna diagnóstico no adulto desafiador, assim o íleo terminal deve ser sempre explorado a procura do DM. RELATO DO CASO: Paciente F.L., sexo masculino, 32 anos, chegou ao serviço de Emergência do Hospital Universitário Santa Terezinha, Joaçaba/SC, com quadro de dor epigástrica, irradiando para fossa ilíaca direita, com três dias de evolução, associado a quadro de constipação. Com melhora do quadro álgico ao movimento, sem alteração do hábito alimentar. Ao exame físico lúcido, orientado, anictérico, acianótico, eupneico, SpO₂: 96% em ar ambiente, FR 22 irpm, temperatura axilar de 37.9°C, FC 109 bpm, PA 111x63 mmHg. Abdômen plano, ruídos hidroaéreos diminuídos, timpânico a percussão, com sinal de Blumberg positivo, Rovsing negativo, Murphy negativo e Giordano negativo bilateralmente. Paciente negou patologias prévias, uso de medicação contínua e cirúrgicas prévias. Exames laboratoriais admissionais sem alterações significativas. Devido à suspeita de abdome agudo inflamatório foi realizada laparotomia exploradora com incisão de Rockey Davis, que evidenciou divertículo de Meckel hiperemiado e edemaciado. Foi realizada diverticulectomia com grampeador linear Gia 80 e sutura com pontos contínuos com Vicryl 3.0. Posteriormente realizou-se apendicectomia de oportunidade. No pós-operatório imediato evoluiu com melhora da dor em quadrante inferior direito, aceitando dieta proposta e trânsito intestinal funcionante. DISCUSSÃO: O quadro de inflamação do divertículo de Meckel é diagnosticado mais facilmente em crianças, onde os sintomas são mais visíveis. Em adultos, a doença frequentemente é assintomática, com difícil diagnóstico. Desse modo, a realização de um relato de caso envolvendo a inflamação do divertículo de Meckel em adulto é de grande relevância, pois a discussão e os conhecimentos adquiridos servirá para novas pesquisas realizadas sobre essa patologia.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo de Meckel | Diverticulite | Abdômen Agudo

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1383

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: DIVERTICULITE CECAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO HENRIQUE NUNES FERREIRA A DE FARIA (HOSPITAL RADAMES NARDINI), CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO PINHEIRO (HOSPITAL RADAMES NARDINI), CIBELLE MARION BERTOLLI (HOSPITAL RADAMES NARDINI), ALLISON TAKEO TSUGE (HOSPITAL RADAMES NARDINI)

RESUMO: Introdução: A doença diverticular dos cólons pode acometer 80% da população com mais de 80 anos de idade, e é pouco frequente em pacientes com menos de 40. Costumam respeitar a seguinte distribuição anatômica: 80% em cólon descendente e sigmóide, 10% em cólon transverso, 4% em ascendente e reto, e cerca de 2% em ceco. Em geral o divertículo de ceco se apresenta como lesão única benigna, e acredita-se ser congênito. Surge na 6ª semana de gestação como uma projeção sacular de ceco, o que o torna um divertículo verdadeiro por ter todas as camadas da parede colônica. Já os divertículos múltiplos acometem mais a população asiática e costumeiramente são pseudodivertículos. A diverticulite de ceco é uma rara patologia, de difícil diagnóstico, muitas vezes confundida com apendicite aguda. Curiosamente, foi descrita primeiramente por Potier em 1912 em uma moça de 32 anos. Apresenta baixa prevalência na população ocidental, com discreta dominância em descendentes asiáticos. Objetivo: Apresentar um caso incomum de diverticulite de ceco. Método: Análise de prontuário, entrevista de paciente, acesso a exames de imagem e laboratoriais, além de literatura médica pertinente. Resultados: Paciente masculino, 33 anos de idade, ingressou em nosso pronto socorro com dor em abdome superior e posterior migração à fossa ilíaca direita (FID). Referia evacuações habituais, sem diarreia ou vômitos. Estava em bom estado geral, abdome distendido, ruídos hidroaéreos presentes porém diminuídos, dor a palpção profunda de FID com peritonismo. Exames laboratoriais mostravam Hb=17,5g/dL, Ht=53,9%, leucócitos totais=16mil/mm³ sem desvio a esquerda, e PCR=70,16mg/L. A suspeita era de abdome agudo inflamatório, provável apendicite aguda, e fora internado com indicação cirúrgica de urgência. No intraoperatório foram achados vários divertículos em ceco, sendo que um, em base de apêndice, estava inflamado, perfurado e bloqueado, com saída de fecalito. Apresentava também processo inflamatório inicial em apêndice por contiguidade. A opção foi apendicectomia clássica, sutura de divertículo perfurado junto à base do apêndice com poliglactina 4-0 e posterior confecção de bolsa de Ochsner com invaginação de coto apendicular junto do divertículo suturado com polipropileno 4-0, além de metronidazol e ceftriaxone. No 5º dia de pós operatório recebeu alta hospitalar para seguimento ambulatorial. Conclusão: o presente relato demonstra um caso raro de diverticulite cecal, achado incidental de intraoperatório.

PALAVRAS-CHAVES: diverticulo de ceco | diverticulite | apendicite

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1401

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CÂNCER DE CÓLON: EPIDEMIOLOGIA E RESULTADOS A LONGO PRAZO NA LIGA ? UNIDADE DE REFERÊNCIA CONTRA O CÂNCER NO RIO GRANDE DO NORTE.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA CARLOS DE GÓIS (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ROMUALDO DA SILVA CORRÊA (HOSPITAL DR. LUIZ ANTÔNIO LIGA NORTERIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER), FRANCISCO EDILSON LEITE PINTO JR. (HOSPITAL DR. LUIZ ANTÔNIO LIGA NORTERIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER), LUCAS VINÍCIUS SILVA DOS SANTOS (FORÇA AÉREA BRASILEIRA), FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), KARYNNE MARIA OLIVEIRA DA TRINDADE MEDEIROS (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Objetivo: Avaliar os aspectos epidemiológicos e resultados a longo prazo do tratamento cirúrgico do câncer de cólon na LIGA ? Unidade de Referência do Câncer no Rio Grande do Norte, Hospital Doutor Luiz Antônio. Material e Método: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, constituído por 80 pacientes, realizado no período de 2007 a 2014 no hospital Dr. Luiz Antônio, Unidade de referência contra o câncer no Rio Grande do Norte. Foram incluídos pacientes com idade maior que 18 anos, com diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de cólon, submetido ao tratamento cirúrgico radical com quimioterapia e/ou radioterapia, sendo excluídos outros tipos de câncer. Os dados foram coletados através da revisão de prontuários disponíveis no arquivo, com autorização do comitê de ética em pesquisa da instituição. Resultados: Verificamos que 47,5% dos pacientes com diagnóstico de câncer cólon prevaleceram entre 50 a 70 anos, sendo 62,5% do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino. Destes pacientes 72,5% são procedentes do interior do estado e 27,5% da capital. Observou-se que o cólon direito foi a região mais acometida, com 72,5%, enquanto que o cólon esquerdo representou 27,5%. Em relação ao tratamento instituído, todos os pacientes foram submetidos à colectomia. No entanto, 30% dos pacientes foram submetidos apenas ao tratamento cirúrgico, outros 62,4% necessitaram de tratamento complementar com adjuvância e somente 3% foram sujeitos à neoadjuvância. Durante o período do estudo, 35% dos pacientes foram a óbito. Conclusões: Após abordagem cirúrgica, os pacientes realizaram seguimento ambulatorial, com relatos de queixa ou assintomático e com controle por exames laboratoriais e imagens, tais como, CEA (Antígeno Carcinoembrionário), raio x de tórax e tomografia abdominal. Em suma, é necessário a detecção precoce da doença, por meio de campanhas com intuito preventivo, com finalidade de diminuir a morbimortalidade dessa doença tão comum e prevalente no Estado do Rio Grande do Norte. Bibliografia: 1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2015; 65:87-2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin 2017; 67:7-3. Singh KE, Taylor TH, Pan CG, et al. Colorectal Cancer Incidence Among Young Adults in California. J Adolesc Young Adult Oncol 2014; 3:176.

PALAVRAS-CHAVES: câncer de cólon|colectomia|coloproctologia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1432

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CÂNCER DE CÓLON: IMPACTO DO NÚMERO DE LINFONODOS NA SOBREVIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA LIGA ? UNIDADE DE REFERÊNCIA CONTRA O CÂNCER NO RIO GRANDE DO NORTE.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA CARLOS DE GÓIS (UNIVERSIDADE POTIGUAR), FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ROMUALDO DA SILVA CORRÊA (HOSPITAL DR. LUIZ ANTÔNIO LIGA NORTERIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER), FRANCISCO EDILSON LEITE PINTO JR. (HOSPITAL DR. LUIZ ANTÔNIO LIGA NORTERIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER), LUCAS VINÍCIUS SILVA DOS SANTOS (FORÇA AÉREA BRASILEIRA), KARYNNE MARIA OLIVEIRA DA TRINDADE MEDEIROS (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o impacto do número de linfonodos recuperados na peça cirúrgica na sobrevida global dos pacientes submetidos ao tratamento de câncer de cólon na LIGA. Métodos: Estudo observacional retrospectivo, com 80 pacientes, realizado no período de 2007 a 2014 no hospital Dr. Luiz Antônio. Foram incluídos pacientes com idade maior que 18 anos, com diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de cólon, submetido ao tratamento cirúrgico radical com quimioterapia e/ou radioterapia, sendo excluídos outros tipos de câncer. Os dados foram coletados através da revisão de prontuários disponíveis no arquivo, com autorização do comitê de ética em pesquisa. A sobrevida global foi estimada por Kaplan-Meier para os dados de câncer de cólon e Breslow test com o p valor de 0,05. Resultados: Cerca de 47,5% dos pacientes com diagnóstico de câncer cólon prevaleceram entre 50 a 70 anos, sendo 62,5% do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino. Observou-se que o cólon direito foi a região mais acometida, com 72,5% e o cólon esquerdo representou 27,5%. Segundo o tratamento instituído, todos foram submetidos à colectomia. No entanto, 30% dos pacientes realizaram apenas o tratamento cirúrgico, 62,4% dos pacientes necessitaram de tratamento adjuvante e somente 3% foram sujeitos à neoadjuvância. Os pacientes que foram submetidos a retirada de 12 linfonodos ou mais, apresentaram uma melhor sobrevida em relação ao grupo que retirou menos que 12 linfonodos. Em adendo, verificou-se que o tempo médio de sobrevivência para o grupo em destaque foi de 9,4 anos, com o valor $p=0,005$? 0,05. Portanto, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Durante o seguimento ambulatorial 35% dos pacientes foram a óbito. Conclusão: Sabe-se que de acordo com a literatura vigente, quanto maior o número de linfonodos retirados, maior será a chance de encontrar metástases linfonodais, e em consequência o aumento da taxa de sobrevida destes pacientes. É necessário a detecção precoce da doença, através de campanhas com intuito preventivo e rastreamento em pacientes na faixa etária acima de 50 anos. Bibliografia: 1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2015; 65:87.2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA Cancer J Clin 2017; 67:7.3. Singh KE, Taylor TH, Pan CG, et al. Colorectal Cancer Incidence Among Young Adults in California. J Adolesc Young Adult Oncol 2014; 3:176.

PALAVRAS-CHAVES: câncer de cólon|colectomia|linfonodos

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1488

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor neuroendócrino de reto baixo: relato de caso e revisão da literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMILA ROCHA CRUZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), BEATRIZ GLEYSE MARINHO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), HELYSÂNIA SHÁDYLLA SANTOS DE FARIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), ALVARO ANTONIO BANDEIRA FERRAZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), ROBERTO AFONSO DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), FRANCISCO EDUARDO BEZERRA ALBUQUERQUE LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO)

RESUMO: Introdução: Os tumores neuroendócrinos (TNEs) são neoplasias raras e representam apenas 0,49% dos tumores malignos; porém, a sua incidência vem aumentando e é de 1-7 casos/105 indivíduos. Os TNEs de reto correspondem a um terço dos TNEs digestivos. A faixa etária mais atingida é em torno da sexta década de vida e a história familiar positiva é um fator de risco. O tratamento cirúrgico é capaz de curar TNEs de reto. Em tumores 20mm, a cirurgia radical, com dissecação linfonodal, está indicada. Os tumores entre 10-20mm são alvos de controvérsia. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo discutir um caso de tumor neuroendócrino de reto baixo e revisão da literatura. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 25 anos, procurou o serviço de coloproctologia com queixa de sensação de tumoração no reto baixo. No Is: surtos esporádicos de flushing. Homossexual, não etilista, não tabagista, sem cirurgias anteriores, ausência de outras comorbidades e sem histórico de câncer familiar. Exame proctológico: no toque retal palpou-se uma tumoração endurecida, de 1,5cm, anterior, a cerca de 5cm da margem anal; na anoscopia tumoração amarelada, superfície lisa, nesta mesma topografia. Colonoscopia: o reto apresenta, a cerca de 5cm da margem anal, lesão elevada, de consistência endurecida, medindo 8mm com pequena erosão em seu ápice. Tomografia computadorizada de tórax e de abdome superior normais. Ressonância magnética da pelve evidenciou, no quadrante ântero-lateral esquerdo, área de espessamento parietal, medindo cerca de 1cm, sem realce após contraste, comprometendo a mucosa e muscular da mucosa; sem sinais de linfonodomegalias. A paciente foi submetida à ressecção transanal de tumor anorretal. O histopatológico evidenciou tumor neuroendócrino, grau 1, medindo 1,0cm x 0,6cm, comprometendo mucosa e submucosa retal e com foco de invasão vascular; margens cirúrgicas livres. O quadro imunohistoquímico é consistente com TNE de baixo grau, Ki67 Conclusão: Apesar do aumento da incidência de TNEs retais nas últimas décadas, em jovens, esse achado é ainda mais raro, assim como invasão vascular associada. São fundamentais o diagnóstico precoce, tratamento cirúrgico e seguimento desses pacientes para o sucesso terapêutico. Além disso, os TNEs de reto entre 10-20mm devem ser abordados individualmente, considerando-se idade, comorbidades e desejo do paciente quanto à preservação esfínteriana.

PALAVRAS-CHAVES: tumor neuroendócrino | reto baixo | ressecção transanal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1489

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O impacto da colostomia na vida de seus portadores

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KARIS DE CAMPOS AMARAL (UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES), LUIZ HENRIQUE BENITES BOT (UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES), PRISCILA ARGENTO REBELO (UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES), ANDY PETROIANU (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), IVONE PANHOCA (UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: É bastante importante pensar que além das alterações anátomo-fisiológicas que o indivíduo colostomizado sofre, há as alterações psico-sociais e emocionais (SALOMÉ et al., 2014). Problemas sexuais, depressão, insatisfação com a aparência e com os sons da ostomia são algumas dificuldades encontradas por seus portadores (VONK-KLAASSEN, 2016). Portanto, há o isolamento do indivíduo e a percepção deste que as pessoas com quem ele convivia se afastam (SOUSA, 1999). Assim, há necessidade de o médico que vai dar assistência a esse indivíduo estar consciente das alterações que o afligem devido à colostomia (HIRANO et al., 2013). OBJETIVO: avaliar o impacto emocional, psíquico, sexual, social e profissional, pré e pós colostomia, em indivíduos colostomizados. MÉTODO: foi realizado em duas etapas com participação de 15 indivíduos em um hospital. Na primeira houve avaliação dos aspectos citados no momento pré-operatório à cirurgia de colostomia. Na segunda foram avaliados os mesmos aspectos seis meses após a cirurgia. Tal avaliação se deu pela aplicação de um questionário com 16 questões objetivas. RESULTADOS: Dos entrevistados, 53,64% diminuíram a vontade de sair e fazer atividades fora do lar, com significância estatística de $p = 0,001$. Quanto ao ambiente instalado, em 53,85% dos entrevistados apresentaram percepção de piora do ambiente. Em relação à atividade física, 66,65% dos participantes apresentaram diferença no desempenho da atividade física pós-colostomia, sendo este dado estatisticamente significativo com $p = 0,001$. O ambiente esportivo não mudou para 50% dos participantes. A sexualidade do paciente evidenciou grande decaimento com significância estatística ($p=0,008$). CONCLUSÃO: Foi perceptível o impacto que a colostomia gerou na vida de seus portadores nos aspectos avaliados, sendo de grande importância a indicação criteriosa desse procedimento ao paciente. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Hirano HKM, Seid VE, Galvão FHF, D?Albuquerque LAC. Transplante anorretal como proposta terapêutica. Rev Med. 2013;92(1):34-42. Salomé GM, Almeida SA, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. J coloproctol. 2014;34(4):231-39. Sousa SMA. Qualidade de vida em clientes ostomizados. Text Cont Enferm. 1999;8(3):162-82. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their effect on quality of life colorectal cancer ostomates: a systematic review. Quality Life Research. 2016;25(1):125-133.

PALAVRAS-CHAVES: colostomia | qualidade de vida | procedimentos cirúrgicos do sistema digestório

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1497

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Recidiva de neoplasia de cólon em portal de videolaparoscopia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA (HOSPITAL SANTA LÚCIA), FERNANDO SABINO (HSL), ADRIANO PAMPLONA (HSL), SUELLEN VIEIRA DA SILVA (HRS)

RESUMO: Introdução: A cirurgia laparoscópica no tratamento da neoplasia colorretal faz parte da prática cirúrgica atual em diversos centros no Brasil e no mundo. Entretanto, a experiência inicial de vários autores relatava um número considerável de recidivas da neoplasia ressecada nos portais da laparoscopia. Isto levou a preocupações quando a técnica foi introduzida. Porém, estudos recentes e com grande número de pacientes submetidos a cirurgia colorretal laparoscópica não evidenciaram estes resultados ruins, e a recidiva nos locais dos portais tornou-se algo raro. Neste trabalho, relatamos o caso de um paciente com recidiva de neoplasia colorretal no portal da laparoscopia. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 85 anos, com história de neoplasia de reto médio, submetido a retossigmoidectomia por videolaparoscopia há cerca de 2 anos. Em acompanhamento pós-operatório com PET-CT foi evidenciado nódulo hipercaptante do rádio-fármaco em local da punção do trocater de 12 mm, em fossa ilíaca direita, compatível com recidiva tumoral. Não houve redução do tamanho nódulo ou da captação com o início da quimioterapia. O paciente foi então submetido a cirurgia de ressecção do portal, com margem adequada e reconstrução da parede abdominal com tela de polipropileno. Apresentou evolução pós-operatória excelente, recebendo alta no dia seguinte à cirurgia. Análise histopatológica confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma. Conclusão: As recidivas de neoplasias nos portais de videolaparoscopia são raras atualmente. Sua incidência é maior no início da curva de aprendizado e passos técnicos e cuidados especiais devem ser tomados para se reduzir ainda mais a incidência desta complicação.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA COLORRETAL | VIDEOLAPAROSCOPIA | RECIDIVA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1511

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS SUSPEITOS DE APENDICITE AGUDA ADMITIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO INTERIOR DO CEARÁ DURANTE UM ANO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), CLARA QUEIROZ DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LORENA ALVES TRAJANO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES (INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA)

RESUMO: Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico de 171 pacientes com suspeita de apendicite aguda, admitidos na emergência de um hospital de referência do norte do estado do Ceará no ano de 2013, a partir de variáveis, como sexo, idade, classificação na triagem e conduta tomada. Levando em consideração que a apendicite aguda é a emergência cirúrgica geral mais comum. Método: Foi realizado um estudo epidemiológico com caráter transversal, analítico e observacional. Os dados foram coletados a partir e uma plataforma gerada pelo Departamento de Tecnologia da Informação do hospital, a qual continha os dados referentes a todos os 38.890 atendimentos da emergência durante o ano de 2013. Dessa forma, foram dispostos em uma planilha todos os 171 atendimentos a suspeitas de apendicite aguda do ano. A partir daí, utilizou-se filtros, como sexo, idade, classificação na triagem e conduta. Resultados: Com a análise dos dados, observou-se 171 suspeitas de apendicite aguda durante o ano de 2013, uma média de 1 atendimento a cada 2 dias. Destes, 89(52,04%) eram referentes a pacientes femininos e 82(47,96%) a pacientes masculinos. A faixa etária mais acometida foi de 21-30 anos, com 32,16% (55) do total. Ademais, 6,43% (11) dos pacientes com suspeita tinham idade entre 0-10 anos; 26,31% (45) entre 11-20 anos; 14,61% (25) entre 31-40 anos; 9,35% (16) entre 41-50 anos; 4,67% (8) entre 51-60 anos e 6,43% (11) acima de 60 anos. No que se refere a classificação na triagem, 54,38% (93) foram classificados com a cor verde, 44,44% (76) com amarelo, 1,16% (2) com vermelho. A conduta tomada para 39,76% (68) dos casos suspeitos de apendicite aguda foi alta ainda na emergência, 58,47% (100) deles foram para internação e 1,75% (3) foram transferidos para outra unidade de saúde. Conclusões: A partir dos resultados supracitados, pode-se concluir que, a faixa etária mais acometida foi de 21-30 anos, concordando com a literatura com a máxima de que há um pico de incidência entre 10 e 30 anos de idade. Ademais, não há preferência por gênero, uma vez que os números de pacientes foram semelhantes. É de suma importância, contudo, ressaltar que 58,47% dos casos corresponderam realmente à suspeita na triagem, ou seja dos 171 casos que foram admitidos na triagem como apendicite aguda, 100 corresponderam fielmente à suspeita. Bibliografia: Sabiston, et al. Tratado de Cirurgia. 19ª Edição. New York: Elsevier, 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Epidemiologia | Apendicite Aguda | Análise

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1544

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LITÍASE VESICAL MÚLTIPLA EM PORTADOR DE DIVERTICULITE COMPLICADA DO CÓLON SIGMOIDE COM FÍSTULA SIGMÓIDE-VESICAL ASSOCIADA A CÂNCER DE RETO. A PROPÓSITO DE UM CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARINA FANELLI LUCHIARI MILANI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANIELLE DE CAMPOS PESETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS), MURILO ROCHA RODRIGUES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS), LUCAS PUGLIESI SMIRNE GOI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), FABIO GUILHERME C. M. DE CAMPOS (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS)

RESUMO: A presença de fístula colovesical em portadores de diverticulite aguda é complicação relativamente comum. Todavia, a concomitância de fístula colovesical, litíase múltipla da bexiga e câncer de reto é achado excepcional. Objetivo: O objetivo deste pôster é relatar caso de doente com diverticulite complicada do sigmoide com formação de fístula colovesical e cistolitíase que apresentava, simultaneamente, câncer do reto. Relato do caso: Homem, 78 anos, com queixa de emagrecimento de 20 kg em um ano, acompanhada de astenia, mudança do hábito intestinal, tenesmo e hematoquesia. Há mais de um ano apresentava dor abdominal nas regiões lombar e fossa ilíaca esquerda e episódios recorrentes de infecção urinária. Na admissão estava descorado, emagrecido, febril, com dor a palpação do abdômen inferior. O toque retal era normal. Com suspeita de neoplasia colorretal foi submetido à colonoscopia que detectou a presença de lesão vegetante localizada na transição entre o reto e sigmoide que não permitia a progressão do aparelho. A tomografia computadorizada de abdômen e tórax mostrou espessamento da parede do cólon na transição entre o reto e o sigmoide, sem plano de clivagem com a cúpula da bexiga. Havia presença de pneumatúria. Notava-se ainda, presença de linfonodomegalia regional sem presença de metástases hepáticas ou pulmonares. Os exames laboratoriais mostravam piúria maciça, hematúria, leucocitose com desvio à esquerda, creatinina de 3,8 mg/mL, uréia de 80 mg/mL e os níveis séricos do CEA e Ca 19.9 eram de 2,3 ng/mL e 23,2, respectivamente. Após estabilização clínica e antibioticoterapia com a hipótese diagnóstica de infecção urinária decorrente de adenocarcinoma de transição retosigmoideana fistulizado para a bexiga, foi indicada cirurgia. A laparotomia confirmou a suspeita clínica realizando-se em monobloco retossigmoidectomia abdominal a Hartmann, linfadenectomia regional, cistectomia parcial e enterectomia. Foram retirados do interior da bexiga cinco cálculos o maior deles com 5 cm de diâmetro. O exame histopatológico confirmou presença de adenocarcinoma moderadamente diferenciado do reto, com invasão da serosa, sem comprometimento neoplásico em 43 linfonodos ressecados e presença de diverticulite do cólon sigmoide com formação de fístula para a bexiga. O doente evoluiu no pós-operatório com agravamento do quadro clínico vindo a falecer no 12º. pós-operatório em decorrência de septicemia.

PALAVRAS-CHAVES: Litíase vesical | Diverticulite complicada | Câncer de reto

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1559

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Metástase esplênica isolada de carcinoma de cólon.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO PETERSEN SAADI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), RODRIGO FURIAN EL AMMAR (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), THIAGO PICOLLI MORSCH (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), RAFAEL COSTA E CAMPOS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), MARCELO GARCIA TONETO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: IntroduçãoMetástases esplênicas solitárias são achados extremamente raros. Até 2016, apenas 18 casos de metástases esplênicas únicas secundárias à neoplasia colorretal haviam sido relatados na literatura. As apresentações mais comuns de metástase esplênica são de tumores primários de pulmão, ovário, colo uterino, estômago, cólon, mama, bexiga e pele. O objetivo dos autores é apresentar um caso de metástase esplênica de câncer de cólon diagnosticada 4 anos após o tratamento do tumor primário. Relato de casoHomem, 74 anos, assintomático, com história prévia de neoplasia colorretal, traz resultado de tomografia computadorizada de controle com lesão hipodensa de 2,1cm no baço. Acompanhamento mostrou aumento da lesão para 6 cm em nove meses. Neste momento, o paciente foi encaminhado para equipe cirúrgica, e indicada a esplenectomia. O laudo anatomopatológico foi adenocarcinoma com produção de muco extracelular. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de metástases 18 meses após o procedimento de esplenectomia. ConclusãoMetástase esplênica de câncer colorretal é um achado extremamente incomum, e pouco se sabe sobre sua epidemiologia e comportamento biológico. No acompanhamento de pacientes com câncer colorretal deve-se prestar atenção em massas esplênicas, visto que a esplenectomia precoce parece aumentar a sobrevida desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: metástase esplênica | carcinoma de cólon | adenocarcinoma mucinoso

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1574

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DOS CASOS DE NEOPLASIAS DE PRÓSTATA NO ESTADO DO TOCANTINS NO PERÍODO DE 2008 À 2013

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BÁRBARA FERREIRA FERNANDES (UNIRG), JÚLIA CYRÍACO (UNIRG), LAYLLA LÚCIA BORGES PINHEIRO (UNIRG), RAQUEL COSTA BATISTA DE QUEIROZ (UNIRG), MARCIO BARBOSA DE OLIVEIRA (UNIRG), GUILHERME NASCIMENTO PINHEIRO (UNIRG), CELSO ROCHA DA SILVA (UNIRG)

RESUMO: Objetivo: Descrever a evolução temporal da mortalidade por Neoplasia de próstata na região do Tocantins no período de 2008 à 2013. O câncer é a segunda doença não transmissível em prevalência, com 14 milhões de novos casos e 8,2 milhões de mortes documentadas ao redor do mundo, em 2012. Entre os tumores malignos que afetam o homem, o câncer de próstata é o segundo mais comum. A dieta rica em gordura saturada e pobre em fibra aumenta o risco para desenvolver o câncer. Com os dados expostos percebe-se que as taxas tocantinenses são crescentes. Métodos: Estudo epidemiológico retrospectivo baseado nos dados de morbidade por câncer de próstata registrado no Sistema de Informações de Morbidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Resultados: No período analisado registraram-se no Tocantins 40,08 enfermos para cada 100.000 habitantes nos anos de 2008 e 2009. No período de 2010 e 2011, 47,46 casos para cada 100.000. No ano de 2012 e 2013 foram notificados 59,99 casos para cada 100.000 habitantes, sendo o mais prevalente no intervalo analisado. Conclusão: Há um aumento na incidência de câncer de próstata assim como ocorre na estatística do Brasil. É necessário um estudo específico sobre a faixa etária envolvida associada a cultura alimentar do Estado do Tocantins para diminuir o risco da progressão desta neoplasia e contribuir para a prevenção da mesma.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasia de próstata | Neoplasias | C.A de próstata

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1622

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IMPORTÂNCIA DA ELETROMANOMETRIA NO DIAGNÓSTICO DE ANISMUS- RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA VITÓRIA CURY VIEIRA SCATIMBURGO (USF), MARCELINO QUAGLIA MORATO (USF), PATRICIA DE TOLEDO DAMITO (USF), RONALDO NONOSE (USF), JULIANA SANTOS VALENCIANO (USF)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A constipação intestinal pode ser definida como menos de três evacuações por semana, ou evacuação com dificuldade, incompleta ou prolongada. Ela pode ser classificada em dois tipos: trânsito colônico lento e evacuação obstruída (EO). Esta última relaciona alterações anátomo-funcionais dinâmicas do assoalho pélvico resultando numa dificuldade para expelir as fezes. A disfunção do assoalho pélvico (DAP), em alguns casos, associa-se às alterações anatômicas, entretanto, em sua maioria, a disfunção do assoalho pélvico ocorre apenas pela incoordenação funcional da musculatura esfíncteriana, ou seja, uma contração paradoxal da musculatura esfíncteriana voluntária, denominada Anismus, que é definido como incoordenação entre a musculatura abdominal e a pélvica durante esforço evacuatório. RELATO DE CASO: Homem, 44 anos, apresenta dificuldade para evacuação há 15 anos, que intensificou nos últimos cinco anos. Hábito intestinal de uma vez a cada três dias, com necessidade de métodos laxativos. Refere boa ingestão hídrica e de fibras. Apresenta puxo e hematoquezia e exames complementares (colonoscopia e enema opaco) dentro dos limites de normalidade. Veio ao nosso serviço com proposta cirúrgica de colectomia, porém após manometria e cinedefecografia, concluiu-se que o Anismus é a causa da sua constipação crônica, sendo então adotada o tratamento não invasivo (terapia de biofeedback). CONCLUSÃO: Anismus é a principal causa de evacuação obstruída, sendo feito seu diagnóstico através da eletromanometria. As terapias mais efetivas e atuais encontradas são a associação entre uma dieta adequada e a terapia de biofeedback e o uso da toxina botulínica, sendo esta última de uso controverso devido a sua variabilidade da resposta. Por apresentar grande interferência na qualidade de vida do portador e por ter um tratamento não invasivo, essa patologia deve ser sempre investigada após exclusão de causas anatômicas de constipação intestinal.

PALAVRAS-CHAVES: COLOPROCTOLOGIA|ANISMUS|ELETROMANOMETRIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1628

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adenocarcinoma Colorretal em paciente com Síndrome de Bloom

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KAROLINE COSTA FERREIRA PEIXOTO (HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM), JAMILLE ELLER BATISTA ANDRADE (HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM), LIDIA ALBERONI NEVES DE ASSIS (HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM)

RESUMO: Introdução:A síndrome de Bloom é uma doença autossômica recessiva rara, descrita inicialmente por David Bloom, em 1954. Caracteriza-se por fotossensibilidade, retardo de crescimento, hipogonadismo, imunodeficiência e predisposição para desenvolvimento de malignidades. É causada por mutação no gene BLM (15q26.1), que codifica a proteína DNA helicase, essencial à manutenção da estabilidade cromossômica. A instabilidade cromossômica é responsável pelo fenótipo e pela tendência para malignidades dos pacientes com síndrome de Bloom. Tumores malignos surgem em quase metade dos portadores dessa síndrome, de forma precoce e em sítios variados, especialmente o linfoma e leucemia mielóide aguda, neoplasias do trato gastrointestinal inferior e superior, tumores cutâneos, e os tumores nos órgãos genitais e do trato urinário. Relato de Caso:Paciente Z.S.S.O., 36 anos, sexo feminino, branca, admitida no nosso serviço com quadro de dor abdominal há 09 dias associada à vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes há 48 horas. Paciente já com diagnóstico de Síndrome de Bloom em acompanhamento em centro de referência. Informava emagrecimento de 8 kg em três meses. Realizado radiografia de abdome mostrando que mostrava dilatação de alças com ausência de penumoperitônio. Feita tentativa de tratamento conservador com medidas clínicas e observação por 24 horas porém, a paciente evoluiu com piora da dor abdominal, vômitos de aspecto fecalóide e irritação peritoneal sendo encaminhada ao Bloco Cirúrgico. À laparotomia exploradora foi encontrado lesão estenosante em transição de sigmoide e reto alto com linfonodomegalia em mesocólon. Ausência de lesões hepáticas palpáveis, sendo realizada Cirurgia de Hartmann. O anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma. A paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo seguimento do tratamento oncológico em serviço de referência.Conclusão:A Síndrome de Bloom por ter como manifestação mais preocupante as várias doenças malignas, exige exames frequentes e vigilância estrita por parte do médico. Um programa de rastreio deveria ser oferecido aos paciente portadores da Síndrome particularmente para câncer gastrointestinal, mama e colorretal.Referências:Martinez CAR, Pinheiro LV, Rossi DH, et al. Adenocarcinoma of the Right Colon in a Patient with Bloom Syndrome. Case Reports in Surgery. 2016;2016:3176842

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Bloom|Adenocarcinoma|Câncer

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1653

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Recidiva de Adenocarcinoma Primário de Cólon (T1) após Tratamento Cirúrgico com Intenção Curativa: Um Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA ALVES DA SILVA (UNIBH), EDUARDA VIDAL ROLLEMBERG (UCB), MILHEM JAMELEDIEN KANSAON (MATER DEI)

RESUMO: Introdução: O câncer colorretal (CCR) é a neoplasia maligna mais comum do aparelho digestivo¹. Os adenocarcinomas correspondem a cerca de 95% dos tumores colorretais³, os quais possuem como lesão precursora os pólipos adenomatosos. Ocorrem após alterações genéticas em combinação com mudanças ambientais, e num período de aproximadamente 10 anos evoluem para carcinoma invasivo. A intervenção terapêutica depende do estadiamento clínico do tumor e envolve tanto a cirurgia como a associação com quimioterapia adjuvante. O sistema de estadiamento mais utilizado atualmente é denominado Sistema TNM. Entretanto, cada vez mais tem se discutido este sistema, visto que pacientes com o mesmo estadio podem ter evoluções clínicas diferentes e prognósticos variáveis. Relato do caso: Paciente, 75 anos. Apresentou há 3 anos após colonoscopia, pólipo pediculado em cólon sigmoide com anatomopatológico da peça de polipectomia evidenciando adenocarcinoma sem especificação do nível de invasão. Realizado retossigmoidectomia, sendo que novo exame anatomopatológico não encontrou sinais de neoplasia em peça cirúrgica e 18 linfonodos sem sinais de metástases. Em controle oncológico regular, compareceu com queixa de dor pélvica. No PET-TC mostrou 2 lesões hipermetabólicas na pelve, uma em região de anastomose colorretal, colonoscopia sem alteração. Realizado exenteração pélvica com confirmação de recidiva/metástase retroperitoneal de adenocarcinoma colorretal em dois nódulos de 3 e 5 cm de diâmetro, presença de metástases da doença em 3 de 27 linfonodos dissecados e invasão angio-linfática e "Tumor Budding?". Boa evolução pós-operatória. Conclusão: O sistema de estadiamento TNM possui limitações que podem não mostrar o real grau de agressividade dos tumores. Pacientes classificados como estadios iniciais I e II e que recebem apenas tratamento cirúrgico, podem evoluir desfavoravelmente. Considerar o Fenômeno do Brotamento Tumoral tem se mostrado cada vez mais adequado, por permitir que pacientes antes reservados apenas à cirurgia, se beneficiem da Quimioterapia Adjuvante, o que pode mudar a evolução clínica da doença e diminuir chances de recidivas. Eventos clínicos e macroscópicos também merecem ser contemplados em classificações prognósticas, pois quando aliados ao procedimento cirúrgico curativo e aos subsídios fornecidos pela microscopia podem melhor individualizar subgrupos de doentes com parâmetros semelhantes de sobrevida, influenciando na terapêutica aplicada e no prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: câncer colorretal | estadiamento | recidiva

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1663

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fasiite Necrotizante: Má Evolução Diretamente Relacionada a Prática Médica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAMON FÉLIX MARTINS FERNANDES (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), LUIS RENATO RODRIGUES ARNONI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), LUCAS QUÁGLIA TIMBÓ (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), FELIPE MINGORANCE CREPALDI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), GRAZIELLA LUCIANO ANTÔNIO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), GUSTAVO JUNGES FILIU (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), SANDRA DI FELICE BORATTO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), AFONSO OETTING JUNIOR (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC)

RESUMO: Introdução: A Fasiite Necrotizante (FN) é uma doença infecciosa severa e de rápida progressão que atinge pele, tecido celular subcutâneo até a fáscia muscular. A FN possui índices elevados de mortalidade, podendo chegar até 67% dos casos. A morbidade também é alta com longos períodos de internação, complicações sistêmicas e sequelas muitas vezes definitivas. Para a redução da morbimortalidade é necessário um diagnóstico precoce e rápida intervenção cirúrgica. Relato de caso: No presente estudo, foram analisados cinco (5) casos de pacientes diagnosticados e tratados no Centro Hospitalar Municipal de Santo André (CHMSA) que apresentaram um quadro de fasiite necrotizante. Questionou-se o número expressivo de casos relatados em um curto período de tempo (18/09 a 17/11) de uma doença com índices globais em declínio e se a má evolução da enfermidade está intrinsecamente relacionada a prática médica ou às características e epidemiologia da própria doença. É constatado na literatura uma prevalência no sexo masculino comparada ao sexo feminino (3:1) na Fasiite necrotizante. Em nosso estudo, 80% dos pacientes são do sexo masculino e 20% do sexo feminino. Além disso, doenças crônicas como Diabetes Mellitus (DM), uso abusivo de álcool e obesidade são relatadas como fatores predisponentes para a FN (56% dos indivíduos). Nossa casuística confirma estes dados, uma vez que 80% dos pacientes apresentaram DM, enquanto que 60% alegavam etilismo. A boa evolução do paciente está estreitamente relacionada ao diagnóstico precoce, desbridamento cirúrgico radical de todo o tecido necrótico, antibióticoterapia parenteral de amplo espectro e medidas de suporte agressivas. Caso a fasiite progrida mesmo após a intervenção inicial, novos desbridamentos cirúrgicos são necessários. O tempo médio de internação é de 29 a 49 dias e o custo do tratamento e dos cuidados pós-hospitalares na FN são elevados. O tratamento cirúrgico é o principal para a fasiite necrotizante, com precoce fasciotomia e desbridamento da pele necrótica, assim como estabilização hemodinâmica. Conclusão: O presente estudo visa chamar atenção para intervenção precoce e agressiva em paciente portadores ou em desenvolvimento de fasiite necrotizante, o que além de reduzir consideravelmente o custo para o sistema de saúde, é a única possibilidade de diminuição de morbimortalidade tão altas nesses pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: FACIITE NECROTIZANTE | INFECÇÃO DE PAREDE | EMERGÊNCIA CIRÚRGICA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1669

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Intussuscepção intestinal íleo-cólica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAULO RENAN SILVA SANTOS (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS), REMO JOGAIB SALCIARINI (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS), JHON RONALD AROSQUIPA TORRES (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS), CELIA MARIA GOUVEIA DE FREITAS (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS), LUIS ANTONIO VANNI GUERRA (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS), MIGUEL CHAVES FILHO (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: DESCRITA PELA PRIMEIRA VEZ EM 1674 POR BARBETTE DE AMESTERDÃO, A INVAGINAÇÃO INTESTINAL REPRESENTA UMA FORMA RARA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL NO ADULTO. A INVAGINAÇÃO INTESTINAL NO ADULTO REPRESENTA 5% DE TODOS OS CASOS DE INVAGINAÇÃO SENDO RESPONSÁVEL POR APENAS 1% -5% DAS OBSTRUÇÕES INTESTINAIS NO ADULTO. QUASE 90% DOS CASOS NOS ADULTOS SÃO SECUNDÁRIAS A UMA CONDIÇÃO PATOLÓGICA QUE SERVE COMO PONTO DE PARTIDA, DAS QUAIS SE DESTACAM OS CARCINOMAS, PÓLIPOS, DIVERTÍCULO DE MECKEL, DIVERTÍCULO DO CÓLON, ESTENOSES OU NEOFORMAÇÕES BENIGNAS, CONSTATADAS GERALMENTE INTRA-OPERATORIAMENTE. EM VIRTUDE DO RISCO SIGNIFICATIVO ASSOCIADO DE MALIGNIDADE, APROXIMADAMENTE DE 65%, A DESCOMPRESSÃO RADIOLÓGICA NÃO ESTÁ INDICADA. POR ISSO, 70 A 90% DOS CASOS DE INVAGINAÇÃO INTESTINAL NOS ADULTOS EXIGEM TRATAMENTO DEFINITIVO, SENDO A RESSEÇÃO CIRÚRGICA, NA MAIORIA DOS CASOS, O TRATAMENTO DE ESCOLHA. RELATO DE CASO: PACIENTE E.L.M., DO SEXO MASCULINO, 34 ANOS, NEUROPATA, FOI TRANSPORTADO AO HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS, NITERÓI, PARA REALIZAÇÃO DE COLONOSCOPIA DEVIDO A ALTERAÇÕES DO HÁBITO INTESTINAL, VÔMITOS E MASSA PALPÁVEL EM QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO. COLONOSCOPIA EVIDENCIOU INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO-CÓLICA COM FOCO DE NECROSE, SENDO O PACIENTE LEVADO AO CENTRO CIRÚRGICO PARA TRATAMENTO. À LAPAROTOMIA FOI ENCONTRADA VOLUMOSA INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO-CÓLICA, SENDO REALIZADA A DESINVAGINAÇÃO E ENCONTRADA UMA TUMORAÇÃO EM CECO. PROCEDEU-SE À ÍLEOCOLECTOMIA DIREITA COM ÍLEOTRANSVERSO ANASTOMOSE TÉRMINO-TERMINAL PRIMÁRIA. O INVENTÁRIO DA CAVIDADE NÃO ENCONTROU SINAIS DE METÁSTASE. PACIENTE EVOLUI BEM EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E AGUARDA EXAME HISTOPATOLÓGICO. CONCLUSÃO: A INVAGINAÇÃO INTESTINAL DO ADULTO É UMA ENTIDADE NOSOLÓGICA RARA. O DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO GERALMENTE É DESAFIADOR E MUITAS VEZES ATRASADO, EM VIRTUDE DA INESPECIFICIDADE SINTOMATOLÓGICA E APRESENTAÇÃO NORMALMENTE SUBAGUDA, AO CONTRÁRIO DO QUADRO CLÍNICO PATOGNOMÔNICO DE INVAGINAÇÃO QUE DECORRE NA CRIANÇA. A TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA ABDOMINAL É CONSIDERADA COMO O GOLD STANDARD PARA O DIAGNÓSTICO IMAGIOLÓGICO DESTA ENTIDADE, PERMITINDO DIAGNOSTICAR A PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE UM PONTO DE PARTIDA. EM VIRTUDE DE A MAIORIA DOS CASOS APRESENTAREM UMA CAUSA ORGÂNICA SUBJACENTE, FREQUENTEMENTE MALIGNA, A RESSEÇÃO SEGMENTAR CURATIVA ESTÁ INDICADA. A REDUÇÃO DE UMA INVAGINAÇÃO DO INTESTINO DELGADO PODE SER TENTADA, DESDE QUE O SEGMENTO ENVOLVIDO APRESENTE VIABILIDADE VASCULAR E A MALIGNIDADE SEJA REFUTADA.

PALAVRAS-CHAVES: Intussuscepção intestinal|Obstrução intestinal|Neoplasia maligna

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1729

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRURGICO DO CÂNCER COLORRETAL EM UMA GESTANTE SUBOCLUIDA DURANTE A 19ª. SEMANA DE GESTAÇÃO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODOLFO FREDERICO GAZZONI DEGRAZIA HOWES (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), LUIS CARLOS FERREIRA (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), JOAO GUILHERME CAVALCANTI KRIEGER (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), DAYANA TALITA GALDINO (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), RAMON ALVES MENDES (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), JOYCE MARIANNA CAPOCCI BITTENCOURT (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ)

RESUMO: INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA: ?Cancer coloretal abrange tumores do intestino grosso e reto?, ?Grande parte destes se iniciam a partir de pólipos, que podem crescer na parede interna do intestino grosso? (INCA) O CCR durante o período gestacional é raro, com incidência de 0,002%1-2. Primeiro caso descrito por Cruveilhier em 18421-3. OBJETIVO: Relatar tratamento cirúrgico do CCR, em uma paciente semi-ocluida na 19ª semana de gestação. HISTÓRIA: Feminina, E.B., 41 anos, procura hospital por sangramento retal há aprox. 1 mês, dor abdominal difusa, evacuações líqüefeitas em pequena quantidade, emagrecimento de 7kg. Aceita dieta em pequenas quantidades, negou vômitos, negou comorbidades previas. DUM há 2 meses aprox. G3P2A1. Abdome levemente distendido, ruídos presentes, doloroso a palpação, sem defesa, útero gravídico, fundo alcançando cicatriz umbilical. Toque retal massa palpável há 5 cm da margem anal, em parede posterior, sem sangue ou fezes, tônus preservado. CONDUTA: Caso foi discutido c/ GO e Coloproctologia, acordado realização de uma retosigmoidectomia, considerando idade gestacional e proximidade anatômica, uma histerectomia não estava descartada. No dia da cirurgia apresentava colo fechado, grosso, posterior e sem sinais de modificações; BCF: 148 bpm. Realizado Hartmann, com tração anterior do útero sem comprometimento do mesmo. Não foram identificados metástase. EVOLUÇÃO: Evoluiu bem, pouca dor, sem sangramento vaginal, aceitando dieta. Permanecendo até o 7º. dia. Retorna após 15 dias, encontrava-se em bom estado geral e colostomia funcionante. Gestação sem complicações. DISCUÇÃO E CONCLUSÃO: Revisão do tema nos leva a acreditar que o CCR em gestantes tem um prognostico ruim4, com relação a malignidade materna não parece haver grande risco de transmissão de células materno-fetal4-5. A Literatura descreve que a metástase placentária é mais observada em casos de melanoma4, uma avaliação anatomopatológica da placenta após o parto é importante para acompanhamento da criança. Anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou um adenocarcinoma invasor pT3n2b, indicado seguimento oncológico com quimioterapia adjuvante, em decorrência da gestação é necessário aguardar o término para inicia-lo, possibilitando a progressão da doença metastática. Concluímos que o melhor tratamento para CCR suboclusivo em gestantes é cirúrgico, excluindo-se invasão uterina podemos submeter a paciente ao tratamento cirúrgico preservando-se o feto e a capacidade reprodutiva da mãe.

PALAVRAS-CHAVES: CÂNCER COLORRETAL|GESTANTE|SUBOCLUIDA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1737

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressecção local de tumor de reto inferior por Cirurgia Endoscópica Transanal.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FÁBIO CALANDRINI RODRIGUES (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), ANDRÉ ARAUJO DE MEDEIROS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), NIMER RATIB MEDREI (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), LUIZ FLAVIO DE ANDRADE REIS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), SAMARA NASER (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE)

RESUMO: Introdução: Este trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico em que foi realizada ressecção local de tumor de reto inferior por Cirurgia Endoscópica Transanal, demonstrando os aspectos técnicos relacionados, bem como sua pequena morbidade. Nas últimas duas décadas, o tratamento local do câncer do reto precoce tem apresentado menor morbidade e melhor resultado funcional, através dos procedimentos minimamente invasivos. Em certos grupos de pacientes com tumor T1 com características favoráveis (baixo risco), os resultados oncológicos são comparáveis aos das operações radicais. A operação endoscópica transanal (TEO), defendida e desenvolvida pelo Prof. Gerhard Buess no início dos anos oitenta é aceita nos últimos anos como procedimento minimamente invasivo para tratamento de casos selecionados de câncer do reto e como tratamento de escolha para doenças benignas do reto, especialmente, os adenomas sésseis. Relato de caso: Trata-se de uma paciente feminina, de 50 anos de idade a qual queixava-se de dor, ardência e discreto sangramento anal que perdurava por um ano. A colonoscopia mostrou pólipos em reto inferior com espraiamento lateral (YAMADA II) com anátomo-patológico mostrando adenoma tubuviloso com displasia de alto grau. Ecografia endorretal (18/03/2016): lesão do reto inferior com invasão da camada muscular da mucosa - estadiamento ultrassonográfico uT1uN0. Canal ecograficamente íntegro. Foi realizada cirurgia endoscópica transanal (TEO), com exérese da lesão. Conclusão: A técnica vem se tornando uma operação rotineira na prática clínica do cirurgião colorretal com treinamento em laparoscopia, devido à ótima exposição e visualização da lesão proporcionada pela magnificação da imagem endoscópica, o que permite excisão precisa da lesão em toda a extensão do reto. A TEO associa-se a menor tempo de hospitalização, baixa morbimortalidade, menores taxas de recorrência tumoral quando comparada à excisão local convencional e, portanto, maior sobrevida. Além disso, proporciona melhor qualidade de vida quando comparada à ressecção radical, sem prejuízo aos resultados oncológicos. Entretanto, ainda é um procedimento de alto custo e que necessita de treinamento da equipe cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR DE RETO | MINIMAMENTE INVASIVA | TEO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1749

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil Epidemiológico de pacientes atendidos no ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais em Hospital Universitário de Belém-PA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARA COCHETE MOURA FÉ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ), ADRIANO EDUARDO COSTA DE FIGUEIREDO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO), GERALDO ISHAK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO), SERGIO FIGUEIREDO DE LIMA JÚNIOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO)

RESUMO: Objetivo ? Descrever aspectos epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos de pacientes atendidos no ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) do Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), em Belém-PA. Método ? Estudo retrospectivo dos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de DII do HUJBB entre janeiro/2015 e dezembro/2016. Estudo aprovado no Comitê de Ética do HUJBB com o parecer nº 1.842.529. Resultados ? No período estudado, foram atendidos no ambulatório 73 pacientes, porém, 26 foram excluídos por não serem portadores de DII. Dos 47 pacientes com DII, 26 (55,32%) são do sexo feminino e 21 (44,68%) masculino. A idade variou de 16 a 78 anos (média de 46,77 anos). 38 (80,85%) pacientes têm diagnóstico de Retocolite Ulcerativa (RCU) e 9 (19,15%) de Doença de Crohn (DC). As cores auto-declaradas foram: parda (72,34%), preta (10,64%), branca e amarela (ambas 4,25%); 4 não declararam. 31 (65,96%) residem em Belém e 16 em outras cidades do Pará, sendo 5 residentes em zona rural. Sobre o tratamento atual, 14 (29,79%) utilizam biológicos: Adalimumab (n = 8), Infliximab (n = 5) e Vedolizumabe (n = 1). 20 (42,55%) utilizam Azatioprina, 22 (46,81%) Mesalazina, 3 (6,38%) corticoides e 4 (8,51%) outras medicações. 19 (40,42%) tomam associação de 2 medicações, 3 (6,38%) tomam 3 medicações, e 1 (2,13%) toma 4 medicações. 10 (21,28%) já realizaram cirurgia, sendo 1 colectomia total, 2 colectomia parcial, e 7 outra cirurgia (hemorroidectomia, fistulotomia e colostomia). Conclusões ? As características epidemiológicas encontradas no HUJBB foram semelhantes às encontradas na região Nordeste¹, com maior prevalência de RCU. Além disso, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre gênero feminino e masculino, concordando com estudos internacionais^{2,3}. Bibliografia ? 1. Parente JML. Características demográficas e fenótipos clínicos das doenças inflamatórias intestinais no Nordeste do Brasil. Campinas. Tese [Doutorado em Ciências Médicas] ? Universidade Estadual de Campinas; 2014. 2. Molodecky, NA. et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*. 2012;142(1):46-54.. 3. M?Koma, AE. Inflammatory bowel disease: an expanding global health problem. *Clin Med Insights Gastroenterol*. 2013;6:33-47.

PALAVRAS-CHAVES: Doenças Inflamatórias Intestinais | Retocolite Ulcerativa | Doença de Crohn

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1790

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IMPORTÂNCIA DO SCREENING DE LESÕES PRÉ-CÂNCER DO CANAL ANAL EM DETERMINADOS GRUPOS POPULACIONAIS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANILO NADAL RODRIGUES (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA), HENRIQUE AUGUSTO LINO (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA), BIANCA LISA DE FARIA (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA), FÁBIO MONTEIRO MOTA (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O câncer de ânus possui baixa incidência na população geral, porém elevada incidência em determinados grupos populacionais. As pessoas que praticam sexo anal receptivo estão particularmente sujeitas a essa malignidade, sendo associado ao HPV (vírus do papiloma humano) e ao HIV (vírus da imunodeficiência humana), assim como mulheres com câncer de cérvix e vulva. A incidência no grupo dos homens por 100.000 pessoas/ano é de 131 no HIV soropositivo que faz sexo com homens, 42 nos HIV soropositivos e 2 nos HIV soronegativos. No grupo das mulheres há 30 novos casos por 100.000/ano nas HIV soropositivas e nenhum nas HIV soronegativas. Nas mulheres com HPV genital há um risco relativo de 20,5 de adquirirem a infecção anal. A prevalência de neoplasia anal em mulheres com neoplasia genital é 10,4%. OBJETIVO: Analisar a importância da realização do screening para lesões pré-malignas em determinados grupos populacionais. MÉTODO: Revisão bibliográfica com descritores MeSH ?screening?, ?anus? e ?Human papillomavirus? nos bancos de dados PubMed, ACCESSSS e Cochrane Library. Selecionados 7 revisões de literatura, 6 estudos experimentais e epidemiológicos e 3 relatos de caso. RESULTADOS: O carcinoma cervical e o anal compartilham fatores de risco como infecção por subtipos oncogênicos do HPV, tabagismo, múltiplos parceiros e infecção pelo HIV assim como a presença de lesões precursoras como a lesão intra-epitelial de alto grau (LIEAG). A infecção pelo HPV é assintomática na maioria dos pacientes, mas 10% apresentam papilomas, displasia e neoplasia intraepitelial anal que podem evoluir para carcinoma de células escamosas (CEC). Em alguns pacientes o HPV é espontaneamente eliminado pelo corpo, porém a elevada expressão de oncogenes e a imunodeficiência contribuem para sua persistência. As oncoproteínas E6 e E7 inibem as proteínas supressoras de tumor p53 e pRB. O estágio de LIEAG e carcinoma in situ podem ser assintomático contribuindo para o atraso do diagnóstico, que compromete o prognóstico e dificulta o tratamento. O screening de lesões pré-malignas é feito pela citologia e pela colposcopia anal, com uso de ácido acético a 5% e azul de toluidina a 1%. CONCLUSÕES: O aumento da incidência de CEC anal devido à maior sobrevivência dos pacientes HIV soropositivos torna o rastreamento de lesões induzidas por HPV necessário em grupos de risco. O CEC anal é passível de prevenção por ter lesões pré-malignas passíveis de tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: ânus | screening | vírus do papiloma humano

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1794

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARCINOMA COLORRETAL: DIAGNÓSTICO E RASTREIO EM PACIENTES DE BAIXO RISCO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANILO NADAL RODRIGUES (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA), HENRIQUE AUGUSTO LINO (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA), FÁBIO MONTEIRO MOTA (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA), BIANCA LISA DE FARIA (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O carcinoma colorretal (CCR) é a segunda causa de morte por câncer entre homens e a terceira entre mulheres. No Brasil estimou-se 34.280 novos casos de CCR em 2016, e 15.415 mortes por CCR em 2013. Possui incidência elevada após os 50 anos. Cerca de 60% dos casos acometem o cólon e 40% o reto. Apesar da possibilidade de screening de lesões pré-malignas, o CCR usualmente é diagnosticado após se tornar clinicamente avançado. OBJETIVO: Rever os métodos atuais para o screening do carcinoma colorretal. MÉTODO: Revisão bibliográfica com descritores MeSH ?colorectal?, ?cancer? e ?screening? nos bancos de dados PubMed, ACCESSSS e CochraneLibrary. Selecionados 3 estudos epidemiológicos e experimentais e 9 revisões de literatura e meta-análises. RESULTADOS: A maioria dos tumores surgem de pólipos colônicos de crescimento lento, que podem se malignizar. As lesões em estágios iniciais assim como o CCR podem permanecer assintomáticos por anos, o que contribui para atraso diagnóstico. Seus sintomas variam com o sítio acometido, sendo caracterizadas 2 síndromes clínicas: - síndrome do cólon direito apresenta-se como diarreia, anemia e massa palpável. - síndrome do cólon esquerdo que consiste em obstrução intestinal, sangue nas fezes e perda de peso. Outros sintomas inespecíficos são dor abdominal, alteração do hábito intestinal e fraqueza. Os pacientes de baixo risco não possuem história de CCR prévio, doença inflamatória intestinal, síndromes relacionadas a CCR e nem história familiar de CCR em parentes de primeiro grau. A ?Canadian Task Force for Preventive Health? recomenda o rastreamento do CCR em pacientes de 50-74 anos assintomáticos sem fatores de risco com sigmoidoscopia flexível (SF) a cada 10 anos e pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) a cada 2 anos. Protocolos americanos recomendam rastreamento em pacientes de 50 a 75 anos e a substituição do PSOF a cada 2 anos pelo teste imunológico fecal (FIT) realizado anualmente, por aumentar a aderência. A SF deve ser realizada a cada 5 anos isoladamente ou a cada década se associada ao FIT. A colonoscopia deve ser realizada a cada 10 anos e a colonotomografia a cada 5 anos. CONCLUSÃO: Com a excisão de lesões precursoras e do carcinoma in situ identificados pelo rastreamento é possível reduzir o custo econômico e social do CCR. Para a redução de sua incidência um programa de rastreamento populacional com PSOF e SF se faz necessário, por serem capazes de reduzir a mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: colorretal|câncer|screening

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1796

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor de Krukenberg - Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AMILCAR ALVES ASSIS (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), LUIS FERNANDO MARIANO RODRIGUES (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), MARCELA FUKUSHIMA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA)

RESUMO: O tumor de Krukenberg é uma neoplasia ovariana metastática, rara, secundária a um tumor primário do Trato Gastrointestinal. Acomete geralmente mulheres entre a quarta e quinta década de vida e tem como características frequentes ser bilateral, volumoso e oligossintomático. Corresponde a 1% - 2% de todos os tumores ovarianos, sendo que em 70% dos casos o sítio primário da neoplasia é o estômago. Cólon e apêndice cecal também são locais acometidos primariamente pelo tumor de Krukenberg. A mortalidade é considerada alta, com sobrevida média de 14 meses após o diagnóstico. A literatura mostra que o prognóstico tende a ser pior quando o tumor primário é identificado após o metastático, o que é frequente diante do fato de que o tumor primário é frequentemente bastante menor que o metastático. Este trabalho tem por objetivo descrever o caso de uma paciente de 43 anos que deu entrada em Pronto Socorro de Cirurgia Geral com quadro de diminuição na eliminação de flatos e fezes associada à dor abdominal difusa há vinte dias, cujo o exame tomográfico do abdome apontava redução abrupta do calibre do cólon descendente com dilatação a montante. Foi então submetida à Laparotomia Exploradora identificando-se tumores extensos de aspecto mucinoso em ambos os ovários, tumor na transição cólon descendente-sigmóide e nódulos inespecíficos em segmentos IV, VI e VII do fígado. Submetida então à Ooforectomia bilateral e Hemicolecotomia Esquerda com anastomose primária término-terminal. O estudo anatomo-patológico evidenciou adenocarcinoma mucinoso bem diferenciado, com células em forma de anéis de sinete, em ambos os ovários e adenocarcinoma de sigmoide grau I (pT3, pN1, pM1b). A paciente recebeu alta hospitalar no oitavo dia de pós-operatório após apresentar boa evolução clínica, aceitando bem a dieta via oral, com hábito intestinal de duas evacuações diárias. No momento encontra-se no segundo mês de pós-operatório, evoluindo com estabilidade clínica, sem queixas de qualquer natureza e recebendo terapia adjuvante com Xelox, ainda em primeiro ciclo. Conclusão: Trata-se de relato de caso de tumor metastático de ovário, com foco primário no Trato Gastrointestinal, conhecido com Tumor de Krukenberg, com o objetivo de avaliar prospectivamente a evolução clínica da paciente diante de um tumor tido como raro e de prognóstico reservado. Porém evidencia-se até o presente momento uma evolução clínica bastante satisfatória tanto do ponto de vista cirúrgico como oncológico.

PALAVRAS-CHAVES: Krukenberg|Ovário|Cólon

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1798

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PROCTOCOLECTOMIA TOTAL POR POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), JÉSSICA GURGEL SANTOS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), THAÍS AGUIAR CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), NAIARA NOGUEIRA DE ARAÚJO MENESES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ERIKA FEITOSA QUEIROZ (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO)

RESUMO: Introdução: A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma síndrome genética de herança autossômica dominante decorrente da mutação no APC, gene supressor de tumor responsável pelo controle do crescimento celular e pela regulação da apoptose. O fenótipo clássico é caracterizado pela presença de milhares de pólipos adenomatosos em todo trato gastrointestinal, principalmente no cólon. Esses pólipos predisõem ao câncer colorretal (CCR), sendo responsáveis por menos de 1% dos casos, com aparecimento por volta da faixa etária de 50-60 anos quando o tratamento adequado não é instituído. A maioria dos pacientes encontram-se assintomáticos ou com sintomas inespecíficos, sendo a história familiar fundamental para suspeita diagnóstica. São sintomas possíveis: sangramento intestinal, alteração do hábito intestinal, dor abdominal e emagrecimento. A partir da história familiar, quantidade e tamanho dos pólipos, determina-se a classificação e orienta-se o melhor tratamento. O rastreamento precoce dos familiares em risco é essencial para prevenção ao CCR e para maior sobrevivência dos pacientes. Este estudo objetiva apresentar a conduta cirúrgica resolutiva no tratamento de uma Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), evidenciando-a como prevenção para o câncer. Todos os aspectos éticos foram respeitados. Relato de Caso: Paciente, 20 anos, admitido em serviço de coloproctologia com queixa de diarreia e sangramento anal. Negou comorbidades, porém o pai já havia realizado polipectomia por colonoscopia. Ao exame físico, paciente apresentava-se normocorado, anictérico e acianótico, abdome plano, sem visceromegalias e ao toque retal não observou-se alteração. Paciente foi submetido à colonoscopia, a qual evidenciou incontáveis pólipos maiores que 1 cm, desde o sigmóide à válvula ileocecal, sendo realizada biópsia de 3 pólipos à 25, 60 e 90 cm da fenda anal. O histopatológico revelou histologia vilosa com displasia de alto grau. O teste genético realizado demonstrou defeito na APC, confirmando diagnóstico de PAF. Assim, optou-se pela realização de proctocolectomia total com anastomose ileoanal. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem intercorrências. Conclusões: O tratamento recomendado para redução do risco de CCR em pacientes com PAF é a cirurgia, a qual deve considerar as particularidades e individualidades de cada paciente. As opções cirúrgicas disponíveis incluem a colectomia total com ileorretoanastomose e a proctocolectomia total com ileostomia terminal ou com bolsa ileal em J.

PALAVRAS-CHAVES: Polipose Adenomatosa Familiar | Proctocolectomia | Tratamento

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1799

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ISQUEMIA MESENTÉRICA PÓS RESSECÇÃO DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON: IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), RACHEL BEZERRA CARVALHO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ANTONIA ARYANNA FLORENTINO DOS SANTOS PEIXOTO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), TAYNARA NOGUEIRA BANDEIRA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ANA KAROLINA BEZERRA FACUNDO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ERIKA FEITOSA QUEIROZ (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Introdução: A maioria dos cânceres colorretais surgem de pólipos adenomatosos, sendo que 5% dos casos evoluem para o câncer colorretal (CCR) em 10 a 15 anos. Contudo, apesar de a maioria serem assintomáticos, é importante lembrar que pólipos adenomatosos são lesões pré-malignas, o que gera a necessidade de sua retirada seja por via endoscópica ou cirúrgica, a qual sempre gera um trauma biológico no paciente bem como tem riscos de complicações, sendo as mais comuns: hemorragias, trombose venosa profunda, peritonite e prejuízo para órgãos adjacentes ao cólon, como bexiga e intestino delgado. Assim, este trabalho objetiva relatar um caso de paciente submetido à colectomia total por adenocarcinoma de cólon descendente que evoluiu com isquemia mesentérica por uso prolongado de vasopressina devido à instabilidade hemodinâmica, o que acarretou nova abordagem cirúrgica para ressecção de segmento necrosado e nova confecção de ileostomia. Relato de Caso: Paciente, masculino, 71 anos, cardio e nefropata (ASA II), admitido em serviço de coloproctologia, onde foi identificado após colonoscopia lesão vegetante a 50 cm da fenda anal, sendo biopsiada com resultado de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Realizou-se colectomia total e ileostomia, na qual o paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, contudo no 7º dia pós operatório (PO) houve deiscência da ferida cirúrgica o que somado ao seu histórico de comorbidades fez o mesmo ser admitido na UTI. Ademais paciente fez uso prolongado de vasopressina devido à instabilidade hemodinâmica, o que gerou como complicação a isquemia mesentérica. Foi necessário nova abordagem cirúrgica, na qual foi retirado o segmento afetado pela isquemia, refez-se a ileostomia. A evolução não teve intercorrências, sendo liberado após 26º PO. Conclusão: Pode-se inferir a necessidade de um rastreio precoce do câncer colorretal, evitando cirurgias mais complexas ou mesmo com maiores riscos para o paciente, como no caso. Ademais, conclui-se que a reabordagem cirúrgica no manejo de complicações pós colectomias se faz necessária em algumas situações, mesmo em pacientes com outras comorbidades, como no presente estudo.

PALAVRAS-CHAVES: adenocarcinoma | complicações | isquemia mesentérica

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1802

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: BENEFICÊNCIA E NÃO-MALEFICÊNCIA: RESSECÇÃO DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON EM PACIENTE IDOSO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), JORDANNA YVNA FONTENELE ALCANTARA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), GABRIELA ALENCAR DE SOUSA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), LÍGIA DE MORAES OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ERIKA FEITOSA QUEIROZ (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO)

RESUMO: Introdução:O adenocarcinoma colorretal é uma das neoplasias malignas mais freqüentes no Brasil, apresentando maior incidência nos últimos anos, possivelmente, devido ao envelhecimento populacional e aos hábitos pouco saudáveis. Além dos fatores ambientais, pode estar relacionada à hereditariedade. Uma vez diagnosticado, o grau de extensão da lesão e a presença de metástases devem ser avaliados, a fim de estabelecer a conduta adequada. Cabe ao médico avaliar os potenciais riscos e benefícios das estratégias de intervenção, sustentando-se nos princípios da beneficência e não-maleficência. A classificação de Hamermann pode auxiliar na decisão do tratamento de idosos: grupo I ? idosos com boa reserva fisiológica e sem comorbidades; grupo II ? idoso de assistência limitada, parcialmente dependente de ajuda, com duas comorbidades; grupo III ? idoso frágil, completamente dependente, com três ou mais comorbidades. Este trabalho busca relatar caso de adenocarcinoma de cólon e sua conduta cirúrgica, bem como revisar o assunto em questão. Relato de Caso:Paciente, masculino, 83 anos, sem comorbidades ou cirurgias prévias, foi admitido no serviço de coloproctologia com alterações no hábito intestinal, perda ponderal de 7 quilos, astenia e constipação há 6 meses, melhorando parcialmente com laxativos. Ao exame físico, evidenciou-se palidez cutânea (+/4+) e abdome doloroso à palpação profunda em flanco direito, sem visceromegalias. Indicou-se a colonoscopia, a qual encontrou e biopsiou lesão vegetante em ceco, revelando adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Optou-se pela cirurgia, onde foi encontrado tumor de cólon direito aderido à parede. Durante a cirurgia, houve deslocamento do tumor da goteira parietocólica direita pela linha branca de Toldt, ligamento dos vasos colônicos direitos e secção de íleo terminal e cólon transversal com anastomose látero-lateral íleo-transverso. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar em 7 dias.Conclusões:A incidência de câncer de cólon aumenta progressivamente com a idade, encontrando-se aí a linha tênue entre beneficência e maleficência da cirurgia. Ressalta-se a importância da conduta individualizada, utilizando-se a classificação de Hamermann. No caso apresentado, analisamos a beneficência de cessar os sintomas constitucionais e obstrutivos provocados pelo adenocarcinoma, o que prevaleceu sobre os riscos cirúrgicos no paciente idoso, melhorando sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma | Não-maleficência | Beneficência

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1821

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFURAÇÃO DE CECO POR OBSTRUÇÃO EM ALÇA FECHADA EM ADENOCARCINOMA DE CÓLON SIGMÓIDE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JEFFERSON SING TOLEDO JUNIOR (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CURSO DE MEDICINA), MARLEY MOREIRA CORREIA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CURSO DE MEDICINA), EDUARDO FUKAMACHI KIFER (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - FACULDADE DE MEDICINA), RAFAEL RODRIGUES COUTINHO (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - FACULDADE DE MEDICINA), MATEUS MENDES OROSKI (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), DIEGO DE FARIA MAGALHÃES TORRES (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - FACULDADE DE MEDICINA)

RESUMO: A obstrução intestinal é uma das principais causas não traumática de procura a emergência de cirurgia geral, no Brasil. Essa condição pode ser classificada em: completa ou incompleta; aguda ou crônica; mecânica, vascular ou funcional. E.S.S., feminino, 62 anos, carioca, deu entrada na emergência alegando constipação de quinze dias. Relata também febre e vômitos com conteúdo fecalóide nos últimos dois dias. No exame físico apresentava-se lúcida, orientada no tempo e espaço, regular estado geral, anictérica, afebril, eupneica. Abdome distendido, difusamente doloroso a palpação superficial e profunda, hipertimpânico, com timpanismo em loja hepática presente. Sem alterações dignas de nota nos demais sistemas. Nega comorbidades e afirma ter realizado três cesarianas como história cirúrgica prévia. Foi realizado diagnóstico sintomático de OI, sendo realizada TC abdominal e exames laboratoriais. Leucograma de 13.400 com 8% de bastões, Htc= 37%; Glicose= 88; Ur= 20; Cr= 0,8; Na= 136; K=4,0. Bioquímica pancreática e hepática sem alterações. TC evidenciou dilatação difusa do cólon, com ceco apresentando 12 cm de dilatação, e pneumoperitônio, sendo indicada cirurgia. Realizada incisão xifopúbiana, dissecação de planos até a cavidade abdominal. Ao inventário da cavidade, evidenciada perfuração puntiforme no ceco com saída de grande quantidade de fezes com a manipulação. Além disso, apresentava tumoração em um cólon sigmoide redundante. Realizada dissecação e ligadura do mesocólon e da artéria ileocólica, seguida de ressecção do cólon sigmoide, descendente, transverso, ascendente, ceco e íleo terminal. Posteriormente foi feito o sepultamento do coto retal com prolene 3-0; colocação de dreno calhado na pelve à esquerda; lavagem abundante da cavidade e confecção de ileostomia de Brooke à direita. Laudo histopatológico: adenocarcinoma de cólon sigmoide, bem diferenciado sem infiltração da submucosa. Paciente permaneceu três dias na unidade de terapia intensiva, realizando antibioticoterapia com ciprofloxacino 400mg 12/12hrs e metronidazol 500mg 8/8h. Evidenciou-se melhora diária dos dados hematimétricos, gasométricos e bioquímicos e após cinco dias a mesma saiu do CTI e após dois dias na enfermaria teve alta hospitalar com encaminhamento para o serviço de oncologia. A ruptura de ceco é uma emergência cirúrgica que deve ser lembrada por todos os cirurgiões como possível complicação de quadros de obstrução intestinal em alça fechada por adenocarcinoma de cólon.

PALAVRAS-CHAVES: ADENOCARCINOMA DE COLO|OBSTRUÇÃO INTESTINAL|PERFURAÇÃO INTESTINAL

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1837

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INCIDÊNCIA DO CÂNCER COLORRETAL EM JOINVILLE - SC

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODOLFO FREDERICO GAZZONI DEGRAZIA HOWES (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), GUILHERME PINHEIRO PRADO (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ)

RESUMO: O câncer colorretal é uma doença silenciosa, que poderia facilmente ser diagnosticada em fases iniciais pelo estudo anatomopatológico obtido por colonoscopia e retossigmoidoscopia, muitas vezes é diagnosticada em estágios avançados. O objetivo deste trabalho é encontrar a incidência, idade média acometida, relação entre gêneros e topografia das lesões entre 2010 e 2015 em Joinville, além de comparar resultados com trabalho semelhante em 2003. Estudo do tipo coorte retrospectivo, realizado inteiramente na cidade de Joinville ? SC. Os participantes foram selecionados através da revisão do banco de dados dos três laboratórios de anatomia patológica de Joinville, selecionando todas as amostras compatíveis com câncer colorretal em indivíduos maiores de 18 anos de ambos os sexos entre 2010 e 2015, os laudos foram tabulados com a idade, data de nascimento, data da obtenção da amostra, topografia da amostra, sexo e diagnóstico, os indivíduos foram identificados apenas pelas iniciais para preservar suas identidades. Foram encontradas um total de 1337 amostras compatíveis com câncer colorretal entre jan/2010 e dez/2015, foram removidas as duplicatas chegando a um resultado de 1055 indivíduos. Os resultados apontam para um predomínio pelo gênero feminino com 510 indivíduos do sexo masculino (48%) e 545 indivíduos do sexo feminino (52%). A população mais acometida se encontra entre a quinta e a sétima década de vida. Entre 18-39 anos:49 indivíduos (5%); 40-49 anos:119 indivíduos (11%); 50-59 anos:275 indivíduos (26%); 60-69 anos:278 indivíduos (27%); 70-79:230 indivíduos (22%); 80-89 anos:99 indivíduos (9%); mais de 99 anos:5 indivíduos (aprox. 0,1%). A incidência se manteve relativamente estável nos últimos 5 anos, com discreto aumento entre 2012 e 2014. A Incidência foi baseada no último censo 2010 para cidade de Joinville que pode ser encontrada no site do IBGE. 2010: 157 casos (20,4 por 100 mil habitantes); 2011: 157 casos (30,4 por 100 mil habitantes); 2012: 199 caos (38,6 por 100 mil habitantes); 2013: 181 casos (35,1 por 100 mil habitantes); 2014: 184 casos (35,7 por 100 mil habitantes); 2015: 175 caos (33,9 por 100 mil habitantes); 2 casos foram obtidos sem data registrada. As topografias encontradas foram: Cólon 694 casos (66%); cólon e reto 114 casos (11%); reto e canal anal: 236 casos (22%) e metástases em cavidade abdominal: 11 casos (1%). Concluímos que o trabalho alcançou todos os objetivos propostos e que houve aumento na Incidência nos últimos anos.

PALAVRAS-CHAVES: CANCER COLORRETAL|INCIDENCIA|JOINVILLE

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1838

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Chilaiditi evoluindo com necrose de colon

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI (CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), MARILIA COLTURATO CLETO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS)

RESUMO: A síndrome de Chilaiditi (SC) é condição rara e seu tratamento em um cenário de urgência ainda mais raro. Os autores apresentam um caso de SC em um paciente do sexo masculino com 83 anos de idade que deu entrada no hospital com história de dor precordial, náuseas e vômitos. Screening para alteração cardiovascular foi negativo, radiografia de tórax revelou uma elevação do hemidiafragma direito causada pela presença de um anel colônico dilatado abaixo. Na CT de abdome/torax foi confirmado a interposição colônica e ainda essa alça apresentava sinais de isquemia. O paciente foi submetido a cirurgia de urgência como diagnóstico preliminar de lesão isquêmica de colon em SC. A isquemia foi confirmada no intraoperatório e procedido a hemicolectomia direita e anastomose ileocólica. A síndrome de Chilaiditi é geralmente assintomática. Trata-se raramente de um diagnóstico diferencial, com sintomas vagos que tornam o diagnóstico difícil. A distensão do cólon pode causar dor de estômago, vômito e falta de ar, o diagnóstico é geralmente incidental feito por Rx, auxiliado por USG e CT. O tratamento na grande maioria das vezes é conservador, mas em raras situações pode cursar com patologia que requeira cirurgia de urgência.

PALAVRAS-CHAVES: chilaiditi|colectomia|isquemia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1880

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÊNDICE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO GONÇALVES SOUSA (UFPB), MARINA DANTAS HENRIQUE (FAMENE), CAMILLA DE ALMEIDA FRANCA FALCÃO (FAMENE), KARINE ABREU TAVARES (FAMENE), JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO (FAMENE), MARILIA MEDEIROS DA SILVA (FAMENE), JOSÉ GERALDO TENÓRIO DE BRITO BARBOZA (FAMENE)

RESUMO: Introdução:As neoplasias mucinosas de apêndice abrangem tumores apendiculares que têm, em comum, o acúmulo de material mucoide no órgão. É um achado raro, correspondendo a 0,2-0,5% de todos os tumores do trato gastrointestinal. As neoplasias mucinosas de apêndice são divididas em: Neoplasia Mucínica de Baixo Grau e o Adenocarcinoma Mucinoso. Este com padrão invasivo, com displasia de alto grau, que podem produzir pseudomixoma peritoneal, com maior probabilidade de invadir órgãos subjacentes e apresentar metástases. A maioria dessas neoplasias se apresenta como apendicite aguda ou achado incidental durante a exploração radiológica ou laparoscópica para outra patologia abdominal. A escolha do procedimento cirúrgico está relacionada às dimensões, acometimento linfonodal, da base do apêndice e à histologia do tumor. Relato de caso: Idoso, 78 anos, com queixa de dor inespecífica em fossa ilíaca direita há 15 dias, sem relação com alimentação ou evacuação e em bom estado geral. Realizou uma tomografia computadorizada que evidenciou imagem ovalada hipodensa de contornos lobulados e septações internas na fossa ilíaca direita, em íntima relação com o ceco, medindo 8,0 x 4,2 x 5,6 cm associando-se à densificação dos planos adiposos mesentéricos adjacentes. Submetido a videolaparoscopia identificando lesão infiltrada em apêndice e ceco com perfuração bloqueada pela parede abdominal, que optou-se por colectomia direita mais linfadenectomia, não identificando presença de material mucinoso na cavidade abdominal. Foi dado o diagnóstico definitivo de adenocarcinoma mucinoso invasivo de apêndice pelo anatomopatológico, que evidenciou a neoplasia situada no ceco medindo 4,0 cm no maior eixo, infiltrando toda espessura da parede até o tecido adiposo pericólico. O pós-operatório apresentou boa evolução exceto por uma dor abdominal nos primeiros dias e presença de gás na parede do esôfago distal e paredes gástricas, sugerindo enterite que teve resolução espontânea do quadro com uso de antibioticoterapia. Considerações Finais: Pacientes com neoplasia mucínica de apêndice podem apresentar sintomas inespecíficos ou serem assintomáticos. A pouca especificidade dos sintomas, diagnóstico pré-operatório infrequente, geralmente são diagnosticados após apendicectomia. Estas entidades raras e complicações potencialmente letais são geralmente curáveis cirurgicamente, diagnosticando-se numa fase precoce. É importante a investigação de todo o cólon com objetivo de detectar tumores sincrônicos.

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma Mucinoso|Neoplasias do Apêndice|Procedimentos Cirúrgicos do Sistema Digestório

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1921

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: DOENÇA DE CROHN SEVERA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), ABEL BOTELHO QUARESMA (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA)

RESUMO: A doença de Crohn é uma Doença Inflamatória Intestinal (DII), que pode afetar qualquer segmento do tubo digestivo, podendo variar de leve a severa. S.M.F., 49 anos, feminino, com história de saída de pus pelo ânus e diarreia crônica há 3 anos, encaminhada devido suspeita de DII, sem tratamento específico. Ao exame físico: 125 Kg, em uso de fraldas, 15 fístulas anais com exuberante saída de pus, região anal fibrosada ao toque retal. Colonoscopia demonstrou colite à esquerda. Foram colocados 12 setons, drenadas as coleções e trajetos existentes e prescrito infliximabe, obtendo melhora significativa da dor e saída de pus. Após 2 anos, em 2008, tinha apenas três fístulas; duas delas fecharam e uma permaneceu aberta, com saída de secreção. Após 6 meses, iniciou quadro de febre alta, dores abdominais e diarreia, três vezes ao dia. Retossigmoidoscopia demonstrou ulcerações aftóides, enantema e depósitos de fibrina em cólon esquerdo, além de fístulas anorretais. Em 2010, RNM demonstrou trajetos fistulosos, sem coleções intra-abdominais ou pélvicas. Em julho de 2011 refere dor e saída de pus e que o infliximabe mantém o seu efeito apenas por quatro semanas, ficando sintomática nas quatro semanas seguintes. Diante disso, o agente biológico foi trocado para o adalimumabe. Em março de 2012 apresentou piora do quadro algico. A TC de abdome demonstrava sinais de processo inflamatório em atividade, comprometendo todo o cólon esquerdo e o reto de forma contínua, mais acentuado no cólon sigmoide. Em novembro teve episódio de febre alta e exames laboratoriais alterados (PCR 104 e VHS 120). Houve piora da dor abdominal, com sinais de peritonismo, sendo internada com suspeita abdome agudo; TC apontou espessamento difuso de cólon sigmoide, descendente e transversal e pequena quantidade de líquido livre na cavidade. No mesmo dia, foi submetida a hemicolectomia esquerda com fechamento à Hartmann, seguindo para UTI. O anatomopatológico demonstrou colite aguda e crônica causando perfuração da parede colônica, com peritonite aguda difusa e acentuada, causada por DII em atividade. No oitavo dia pós-operatório continuava em ventilação mecânica, com piora do estado geral. Exames de imagens não demonstravam coleções. No mesmo dia foi a óbito por septicemia e insuficiência de múltiplos órgãos. Concluímos que apesar da terapêutica biológica ser efetiva em casos severos, muitos pacientes não respondem, podendo apresentar maus resultados se a cirurgia for protelada.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Crohn | Terapia Biológica | Fístulas

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1926

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA DE RETO ASSOCIADO A RETOCOLITE ULCERATIVA EM PACIENTE JOVEM

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLARISSA CARLINI BALBINO (UFES), FERNANDA MOURA LYRA (UFES), IZABELLA FRONTINO AMBROZIM (UFES), LUANA BORGES SEGANTINE (UFES), TAIANE RANGEL DE AQUINO (UFES), GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO (UFES)

RESUMO: Introdução:A retocolite ulcerativa (RCU), enquanto doença inflamatória intestinal (DII), é fator de risco isolado para desenvolvimento de câncer colorretal (CCR). O dano tecidual prolongado causado pela inflamação crônica desempenha um papel importante na carcinogênese, favorecendo a formação de tumores e progressão. Além disso, o próprio tratamento da RCU influencia na ocorrência de CCR, tendo as sulfapirimidinas efeito protetor e as tiopurinas efeito carcinogenico. As manifestações clínicas mais comuns do CCR, a saber, dores abdominais, hemorragia digestiva baixa, diarreia, perda ponderal; são também observadas no quadro da RCU, o que pode dificultar a distinção entre as duas doenças, acarretando atraso no diagnóstico, o que influencia negativamente o prognóstico. Portanto, faz-se necessário o rastreamento do CCR em pacientes com DII. Relato de caso: Paciente de 28 anos, sexo masculino, com diagnóstico de RCU aos 10 anos, em tratamento irregular com sulfasalazina e prednisona. Deu entrada no PS apresentando quadro de diarreia mucopiosanguinolenta, dor e distensão abdominal, e perda ponderal (10kg em 4 meses). Iniciado antibioticoterapia, mesalazina oral, e corticóide endovenoso na tentativa de induzir a remissão da suposta reativação da doença, sem sucesso. Iniciado então azatioprina, com melhora da dor e dos episódios diarreicos temporariamente. Colonoscopia evidenciou lesão vegetante e estenosante a 10cm da borda anal. Histopatológico evidenciou adenocarcinoma invasor ulcerado de reto. Realizada proctocolectomia total com preservação de coto retal, linfadenectomia retoperitoneal, confecção de bolsa ileal, ileorretoanastomose e ileostomia em alça. Estadiamento pT3N0M0. Submetido a quimioterapia adjuvante, esquema FLOX. Após 7 meses, foi realizada reconstrução do trânsito intestinal. Conclusão: O desenvolvimento de neoplasias colorretais em pacientes com doença inflamatória intestinal é uma possibilidade real. Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos à sintomatologia inespecífica do CCR que, por vezes, se confunde com os sintomas da própria doença inflamatória em atividade. Uma vez que o risco de desenvolvimento de CCR aumenta com o tempo de doença, deve-se atentar a importância da realização de colonoscopias anuais com biópsias, para afastar displasias de alto grau.

PALAVRAS-CHAVES: Doença inflamatória intestinal | Neoplasia colorretal | Retocolite ulcerativa

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1927

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DOENÇA DE CROHN PERIANAL FISTULIZANTE GRAVE. ABORDAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), ANA PAULA MICHELS COSTA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), LUCIANE LUCAS LUCIO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), EVERSON FERNANDO MALLUTA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), BRUNO LORENZO SCOLARO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), FANGIO FERRARI (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), GUSTAVO BECKER PEREIRA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), STEPHANIE THEISEN KONZEN (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: Introdução Desde a sua descrição inicial em 1932, a doença de crohn (dc) tem sido creditada como um enigma para gastroenterologistas e cirurgiões. Ainda não se estabeleceu a sua etiopatogenia, mas acredita-se que existam situações que interfiram na gravidade ou não da doença. Tida como uma doença sistêmica, a dc pode acometer todo trato gastrointestinal, e gera distintas manifestações em cada indivíduo. A diversificada gama de sintomas e complicações geradas pela doença faz com que diferentes opções de tratamentos cirúrgicos sejam estudadas, afim de concomitante com a terapia clínica se busque o melhor para o paciente. Atualmente estima-se que 70-90% dos pacientes eventualmente necessitarão de tratamento cirúrgico ao longo de sua vida. A indicação cirúrgica deve ser precisa e posterga-la em demasia pode predispor o surgimento de outras complicações, assim como piora a deficiência do estado nutricional. Relato Paciente masculino, 37 anos, portador de doença de crohn grave há 8 anos, tratado com azatioprina e infliximab, apresentou inicialmente doença localizada em região de íleo terminal e cólon, evoluindo, mesmo com tratamento, com quadro de abscesso anal e múltiplas fístulas complexas. Foi realizado manejo cirúrgico e colocado dreno sedenho. Foi submetido a diversas reabordagens, drenagens e troca de sedenho, porém o paciente persistia sintomático e com secreção abundante. A rnm demonstrou trajetos complexos transesfincterianos e extra esfinterianos. Após discussão com o paciente, foi realizada sigmoidostomia afim de desviar o trânsito, com intuito de melhora do quadro clínico. Paciente evoluiu bem após a cirurgia, com melhora local. Segue em uso de infliximabe e acompanhamento ambulatorial. Conclusão O tratamento clínico costuma ser a primeira forma de tratamento em pacientes com dc, mas a avaliação clínico-cirúrgica deve ser precoce para que em casos de evolução desfavoráveis a equipe esteja ciente e pronta para promover a abordagem correta. Nos casos de dc severa com fenótipos estenosantes ou fistulizantes é de grande importância que clínicos e cirurgiões trabalhem em conjunto, de modo a obter o melhor resultado com uma menor morbidade e um melhor prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Crohn | Coloproctologia | Doença de Crohn perianal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1929

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfuração colônica espontânea em paciente portador de doença de crohn.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), ANA PAULA MICHELS COSTA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), LUCIANE LUCAS LUCIO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), BRUNO LORENZO SCOLARO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), EVERSON FERNANDO MALLUTA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), FANGIO FERRARI (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), GUSTAVO BECKER PEREIRA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), STEPHANIE THEISEN KONZEN (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: IntroduçãoA doença de crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal transmural recidivante, que acomete todo trato gastrointestinal. Associa-se a fatores de risco como etnia (mais comum em judeus), idade (incidência maior entre 15-40 anos e 50 aos 80 anos), história familiar e tabagismo. Estima-se que ao menos 60-70% dos pacientes possam recorrer a tratamento cirúrgico ao longo da vida devido à complicações da doença, como perfurações, abscessos ou fístulas. Perfuração intestinal espontânea pode ocorrer na história natural da DC é a uma das indicações de cirurgia de emergência. Predominando em íleo terminal, os fatores que contribuem para a perfuração na dc são obstrução e dilatação tóxica. Este relato tem como objetivo mostrar um caso de paciente diagnosticada com doença de crohn que evoluiu com quadro de abdome agudo perfurativo espontâneo devido a complicação da doença. Relato Paciente feminino, 56 anos, portadora de doença de crohn desde 1995, tratada com azatioprina e adalimumabe, procura pronto socorro devido a quadro de dor abdominal súbita, difusa, intensa e persistente, com sinais de peritonite, onde fora diagnosticada com abdome agudo perfurativo e indicada laparotomia. Durante o ato cirúrgico foi diagnosticada perfuração espontânea de cólon transverso. Foi realizada a transversostomia e limpeza da cavidade com melhora do quadro agudo. Após o manejo cirúrgico paciente foi encaminhada ao ambulatório especializado, onde fora realizado o estudo do quadro e constatado o não controle clínico com a medicação em uso, haja vista haverem outras áreas de doença ativa em delgado e região anorretal. Optou-se então por troca da medicação para infliximab e em um ano e meio a reconstrução do trânsito foi realizada após a estabilização e remissão da doença. ConclusãoÉ de suma importância a atenção ao controle clínico do paciente com doença de crohn, através das suas queixas e de exames complementares. O manejo inadequado pode resultar em complicações com grande morbi-mortalidade. A evolução para formas diversas de abdome agudo exige do cirurgião experiência e atenção no momento cirúrgico, evitando extensas ressecções e possíveis complicações futuras ao paciente. Neste caso relatado fora optado pela não ressecção do segmento e apenas desvio do trânsito, afim de possibilitar um controle clínico futuro preservando ao máximo a anatomia da paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Crohn | Perfuração intestinal | Coloproctologia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1930

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTÍCULO DE MECKEL ASSOCIADO À ECTASIA DE CECO: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DORIS MEDIANEIRA LAZAROTO SWAROWSKY (UNISC), ANA LUISA MACHADO FREITAS (UNISC), BEATRIZ GOUVEA EGGLEER (UNISC), THOMAS DIAS SOUTO GRAVI (UNISC), GUILHERME DA SILVA CEZAR (UNISC), VINICIUS SAMUEL SCHREINER (UNISC), ANTÔNIO FREDERICO DE SOUZA DO CARMO (HOSPITAL SANTA CRUZ), INÁCIO SWAROWSKY (UNISC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Divertículo de Meckel é considerado um divertículo verdadeiro - contém todas as camadas da parede intestinal, localizado na borda anti-mesentérica do íleo e, usualmente, entre 40-60 cm de distância da válvula ileocecal. Acomete aproximadamente 2% da população (dois homens para cada mulher), sendo considerada a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal. A maioria dos pacientes é assintomática, a manifestação clínica mais comum é sangramento. RELATO DE CASO: Paciente A.W, 58 anos, branco, agricultor, internou por quadro de dor difusa e distensão abdominal, associada a náuseas e vômitos há dois dias. Sem outras queixas. Paciente hipertenso e diabético, sem história de cirurgias prévias. Solicitado raio X de abdome agudo, evidenciando distensão de alças intestinais, sem pneumoperitônio. Paciente permaneceu internado em observação sem melhora por 12 horas. Realizada Tomografia Abdominal, sem evidências de tumorações em cólon, com presença de obstrução em íleo terminal. Paciente foi submetido à laparotomia exploradora e identificado presença de divertículo de meckel e ectasia de ceco associada. Realizada enterectomia com anastomose entero-entérica e apendicectomia sem intercorrências. Paciente evoluiu bem no pós-cirúrgico, com alta em 6 dias. CONCLUSÃO: O divertículo de Meckel tem curso assintomático e na maioria das vezes é achado durante a realização de laparotomias ou necrópsias. A obstrução intestinal pode ocorrer em virtude de herniação ou volvo intestinal em torno de um cordão fibroso que se estende do divertículo à parede abdominal, ao meso ou a um segmento intestinal, podendo ocorrer torção provocando quadro obstrutivo grave, com necrose e até mesmo perfuração. Sendo assim, a avaliação cirúrgica imediata em pacientes que apresentam sintomas ou achados abdominais significativos é sempre apropriada. REFERÊNCIAS Sharma RK, Jain VK. Emergency surgery for Meckel's diverticulum. World J Emerg Surg. 2008 Aug 13;3:27 Vallicelli C, Coccolini F, Catena F, Ansaloni L, Montori G, Di Saverio S, et al. Small bowel emergency surgery: literature's review. World J Emerg Surg. 2011 Jan 7;6(1):1 MAIA, Daniel Santos et al . Obstrução intestinal por divertículo de Meckel. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 26, n. 3, p. 244-245, Sept. 2013 . Disponível em . access on 05 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000300018>.

PALAVRAS-CHAVES: DIVERTÍCULO|OBSTRUÇÃO|URGÊNCIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1956

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA PRIMÁRIO DE APÊNDICE CECAL - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO CARLOS ARAÚJO JUNIOR (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), CRISTIANO DA COSTA CASAES FILHO (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), ANDRÉ LUIZ FERMINO (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), ACHILLES FERRARI NETO (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR PAULO PRATA), GUILHERME CHIARELO CAPANELLI (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR PAULO PRATA), OSVALDO CAIEL FILHO (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), IRINEU FERREIRA TEIXEIRA (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), MARCIO PIZARRO PIMENTA (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS)

RESUMO: Introdução Estima-se que para cada 100 apendicectomias realizadas, uma possui aspecto maligno, sendo o carcinoide o tipo histológico mais comum(2). Os adenocarcinomas de apêndice são raros representando cerca de 0,2% a 0,5% de todas as neoplasias gastrointestinais. Incide principalmente entre a sexta e sétima décadas de vida(1,2). Aproximadamente metade desses tumores são descobertos durante uma apendicectomia por apresentarem sintomas compatíveis a uma apendicite aguda(1,2). A confirmação diagnóstica é decorrente do exame anatomopatológico(1,2). Relato de Caso Paciente R.V.P, 49 anos, feminina, natural e procedente de Barretos, foi encaminhada à Unidade de Pronto Atendimento de Barretos ? SP, referindo dor abdominal, febre, inapetência e astenia há 3 dias. Ao exame físico: regular estado geral, hipocorada (+/4), febril, desidratada (+/4); abdome plano, flácido, doloroso à palpação profunda em mesogástrio, hipogástrio e fossa ilíaca direita com sinal de Blumberg positivo. Hemograma prévio demonstrava leucocitose (11.854), com bastonetes (3%). Ultrassonografia da unidade observou-se na fossa ilíaca direita, a presença de imagem ovalar, anecóica, heterogênea, com líquido livre adjacente. A paciente foi internada com diagnóstico de abdômen agudo inflamatório, sendo a apendicite a principal suspeita. Encaminhada para o centro cirúrgico, sendo realizada laparotomia exploradora com apendicectomia. Material enviado para anatomopatológico que evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado, muco secretor, comprometendo a porção proximal do apêndice, com margens de ressecção comprometidas; segmento de epiplón evidenciando adenocarcinoma mucossecretor comprometendo extensamente o tecido adiposo. Após laudo, paciente foi referenciada para a Fundação Pio XII, para acompanhamento e tratamento. Conclusão O presente relato aborda um caso no qual a paciente apresentava um forte indício de apendicite aguda, fato que constitui um perfil epidemiológico compatível com a doença relatada(1). Após apendicectomia a peça foi enviada para exame anatomopatológico, que diagnosticou um adenocarcinoma de apêndice. A abordagem de lesões menores que 1 cm e localizadas na extremidade distal apendicular, é a apendicectomia, a qual se mostra curativa em quase todos os casos. Já nos adenocarcinomas entre 1 ? 2 cm, envolvendo a base apendicular, ou invadindo a porção medial do apêndice, podem apresentar um comportamento biológico mais agressivo, justificando a hemicolectomia a direita(1,2).

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma | Apêndice cecal | Apendicectomia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1976

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: CÂNCER DE CÓLON TRANSVERSO COM METÁSTASE METACRÔNICA EM MESORRETO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUANA BRINGHENTI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), JOHANNA JOHANN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), MONICA ALEXANDRA JIMENEZ ZERPA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RAISA BRINGHENTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA)

RESUMO: Introdução: O câncer de cólon é um dos cânceres mais comumente diagnosticados em todo o mundo, sendo o terceiro câncer mais incidente em homem e o quarto em mulheres. Apresentamos um caso raro de câncer de cólon transversal com metástase metacrônica em mesorreto. Caso: Paciente masculino, 59 anos, hipertenso, com história de neoplasia em cólon transversal proximal em 2014, diagnóstico por colonoscopia. Estadiamento pré-operatório não demonstrou metástases a distância ou tumores sincrônicos. Níveis de antígeno carcinoembrionário (CEA) dentro da normalidade. Foi submetido a ressecção através de ileocolostomia com ileotransverso anastomose. Anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado invadindo a gordura pericôlica (T4), com invasão angiolinfática e metástase em 1 linfonodo de 35 ressecados. Realizou adjuvância com 8 ciclos de capecitabina e oxaliplatina. Após dois anos de seguimento, realizou tomografia de controle que demonstrou nódulo perirretal à direita, de limites imprecisos e contornos irregulares, medindo 2,4x2,1cm, mais provavelmente relacionado à linfonodomegalia patológica. Colonoscopia, tomografia de tórax e abdome superior e níveis séricos de CEA não apresentavam alterações. Realizado controle radiológico em 3 meses que evidenciou aumento das dimensões da lesão para extensão de 4,1x3,5x3,8cm, junto a gordura perirretal. Devido a forte suspeita de recidiva neoplásica, foi submetido a laparotomia exploradora. Identificada lesão pélvica comprometendo a gordura mesorretal à direita, aderida fortemente a parede posterior da bexiga e ao sacro em região postero-lateral direita. Ao exame da cavidade abdominal, não foram observados sinais de recorrência. Realizada ressecção da lesão através de retossigmoidectomia com ressecção total do mesorreto e colostomia terminal. Anatomopatológico compatível com adenocarcinoma pouco diferenciado em tecido mesorretal com invasão da parede retal, sem comprometer a mucosa, com invasão angiolinfática e perineural e com limites circunferenciais e distal comprometidos. Avaliado pela oncologia e radioterapia que indicaram tratamento paliativo combinado. Conclusão: O caso apresentado tem sua importância, pois demonstra que a metástase metacrônica do câncer colônico para o mesorreto, que apesar de extremamente rara, é possível, devendo se dar atenção a essa região durante a avaliação de imagem pré-operatória dos tumores colônicos.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer cólon | Metástase metacrônica | Metástase linfonodal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1979

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CÂNCER COLORRETAL HEREDITÁRIO (CCH) : AVALIAÇÃO DE 14 CASOS ÍNDICES SUSPEITOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO E A IMPORTÂNCIA DE SEU RECONHECIMENTO COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CUNHA E SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (HUGG) - UNIRIO), ANTONIO CARLOS RIBEIRO G. IGLESIAS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (HUGG) - UNIRIO), MARCUS VINICIUS M.VALADAO DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (HUGG) - UNIRIO), JOSÉ FRANCISCO F. LIMA SIMÃO DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO)

RESUMO: INTRODUÇÃO:O Câncer Colorretal (CCR), neoplasia maligna mais comum do tubo digestivo, representa cerca de 6% dos casos novos de câncer no Brasil segundo o Instituto Nacional do Câncer(INCA)¹.Aproximadamente 20% dos pacientes que desenvolvem CCR apresentam suscetibilidade genética². O Câncer Colorretal Hereditário (CCH) tem etiologia relacionada às alterações gênicas que predispõe ao desenvolvimento de neoplasias em pacientes jovens. Dentre as formas hereditárias o Câncer Colorretal Hereditário não-polipose (CCHNP) ou Síndrome de Lynch é o tipo mais comum^{2,3}.OBJETIVO:Apresentar perfil de casos suspeitos identificados na Clínica Cirúrgica A do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle(HUGG), no período de Junho/2010 à Agosto/2011, abordando diagnóstico, tratamento e prevenção.MATERIAIS E MÉTODOS:Estudo retrospectivo com base na revisão de prontuários dos pacientes com diagnóstico suspeito de Síndrome de Lynch acompanhados no serviço de Clínica Cirúrgica A do HUGG no intervalo de tempo relatado.Casos índices identificados através dos critérios clínicos de Bethesda modificados.A partir do caso-índice foi realizado rastreio dos familiares.Variáveis analisadas: idade ao diagnóstico, sexo, localização tumoral, tipo histológico, presença de tumores sincrônicos ou metacrônicos,história familiar e achados do rastreamento familiar.RESULTADOS:Identificados 14 casos índices suspeitos, de um total de 71 pacientes. O paciente mais jovem tinha 23 anos ao diagnóstico.Quanto à localização foram encontrados 12 tumores colorretais, 02 gástricos, 01 de tireóide e adrenal. Foram realizados 91 exames complementares e diagnosticados 01 tumor de cólon, 14 indivíduos com pólipos colônicos (sendo 01 adenocarcinoma), 01 pólipo de endométrio, 01 cisto de ovário, 01 pólipo gástrico.CONCLUSÃO:Ressalta-se a importância do diagnóstico precoce dos portadores da síndrome e rastreamento dos familiares, pois o conhecimento do perfil desses indivíduos contribuirá para implementação de políticas de saúde em populações sob elevado risco.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:1.Instituto Nacional do Câncer <http://www.inca.gov.br/>, acesso em 03 de Fevereiro de 2017 às 13h.2.Valadão M, Graziozi G, Carneiro M, Leal RA et al. A importância da suspeição clínica no diagnóstico e tratamento do câncer colorretal hereditário. Rev Bras Coloproct 2008;28(4):454-61.3.Learn PA, Kahlenberg MS. Hereditary colorectal cancer syndromes and the role of the surgical oncologist. Surg Oncol Clin N Am 2010; 18:121-44.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer Colorretal Hereditário | Diagnóstico | Rastreio Familiar

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1980

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA PERINEAL ? REPARO COM ABORDAGEM PERINEAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOHANNA JOHANN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), LUANA BRINGHENTI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FRANCISCO JAVIER DAVILA SALAMEA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RAISA BRINGHENTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA)

RESUMO: Introdução: A amputação abdominoperineal do reto é uma cirurgia de grande porte e com índices de complicações pós-operatórias elevados, estando a hérnia perineal presente em 0,6% a 1% dos casos. Dor ou desconforto pelo abaulamento na região perineal, obstrução intestinal, erosão cutânea e até mesmo dificuldade na micção podem exigir a reparação cirúrgica do defeito. A abordagem pode ser realizada por via abdominal (laparoscópica ou laparotômica), perineal ou mista. CASO: masculino, 62 anos, história de tumor de reto baixo operado há 6 anos em outro serviço, encaminhado por abaulamento em períneo. Negava outras comorbidades, eutrófico, realizando seguimento oncológico e sem evidência de recidiva. Submetido a uma amputação abdominoperineal evoluiu um ano após com abaulamento em períneo, referia dor e incomodo principalmente ao sentar, e episódios de suboclusão. Ao exame com abaulamento em períneo posterior, redutível, cerca de 10cm. A tomografia computadorizada confirmou a hipótese de hérnia perineal com presença de alças de intestino delgado no saco herniário, sem presença de obstrução ou sofrimento. Técnica cirúrgica: posicionado em litotomia, realizada uma incisão elíptica, dissecação cuidadosa do saco herniário, o conteúdo foi reduzido e o saco herniário mantido. O diâmetro do defeito era de aproximadamente 7x7cm. Realizada identificação e exposição dos ligamentos sacroespinhosos bilateralmente, do ligamento anococcigeo posteriormente e o corpo perineal como ponto de reparo anterior. O conteúdo do saco foi reduzido, o remanescente dos músculos elevadores do ânus foram aproximados com pontos simples de Vicryl 00 e o saco herniário interposto entre as alças e a tela. Uma tela de polipropileno com cerca de 10x10cm foi fixada nos reparos anatômicos descritos com pontos simples de fio Prolene 00. Fechamento do subcutâneo com Vicryl 3.0 e pele com Mononylon 4.0. Não foi deixado dreno. Apresentou boa evolução, tendo alta no 2º pós-operatório. O paciente não apresentou recorrência da hérnia em 24 meses de seguimento. CONCLUSÃO: A via perineal parece ser uma opção segura para paciente com contraindicação à anestesia geral, inúmeras laparotomias prévias e quando não se tem disponível a tela orgânica, como no caso relatado. Relatamos a abordagem via perineal como uma técnica segura e efetiva e que pode ser realizada com complicações mínimas, principalmente em paciente com risco cirúrgico elevado.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia perineal | Reparo com abordagem perineal | Amputação abdominoperineal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2030

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ULCERA CECAL IDIOPATICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO JEYSON LÓPEZ LASTEROS (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO), LUIS POGGI (CLINICA ANGLOAMERICANA)

RESUMO: Paciente de sexo masculino, 24 anos de idade, natural dos andes do Peru, mora na capital do país há 7 anos, interno de medicina. Tem lombalgia tratado esporadicamente com anti-inflamatórios não esteroides. Obstipação esporádica e hemorroida externa leve manejado com dieta. Apendicectomia laparoscópica por apendicite aguda há 2 anos, sem complicações intra ou pós-cirúrgicas. Nega antecedentes familiares de importância. Há um ano viajou para a região da selva peruana, Tingo María. Procura o pronto socorro por haver apresentado mudança da cor das dejeções de maneira súbita, para vermelho vinho, posteriormente líquidas, sanguinolentas de moderada quantidade. Nega outros sintomas como perda de peso, febre, diarreia, obstipação aguda ou alteração no hábito de defecação. Três semanas antes, apresentou um resfriado tratado com sintomáticos (AINES, anti-histamínicos com pseudoefedrina e em uma oportunidade dexametasona via oral). Do mesmo modo, não tem história de dor abdominal prévio, doença gastrointestinal crônica, tampouco consumo de medicação regular ou drogas. No exame físico encontra-se hemodinamicamente estável. Pele e mucosas pálidas sem lesões características, o enchimento capilar adequado; o abdome era levemente doloroso na palpação e na região anal se evidenciaram hemorroidas externas sem sangramento. No toque retal, há sangramento. Os exames de laboratório amostraram anemia. Colonoscopia onde evidenciou-se na região do orifício apendicular, uma lesão elevada de aspecto proliferativo com estigmas de sangramento recente. Se realiza uma tomografia computadorizada multicorte de abdome e pelve, com contraste endovenoso e opacificação digestiva baixa na qual não se observa líquido livre nem linfonodos no retroperitônio, no pedículo hepático ou região celíaco-mesentérica. Asas intestinais de distribuição e morfologia normal, onde se encontra uma massa sólida, de aspecto tumoral, de bordas lobuladas, de 5x3x2 cm a nível do ceco. O restante das estruturas anatómicas foram descritas como normais (Figura 2). O paciente foi avaliado por cirurgia e foi realizada a hemicolectomia direita estendida laparoscópica de urgência. A peça operatória se descrevem pseudopólipos e um tumor exofítico a nível da válvula ileocecal (Figura 3). O paciente recebeu Ertapenem como terapia antibiótica endovenosa e não outro tratamento específico. Foi dado de alta ao sétimo dia pós-operatório amostrando grande melhora. O resultado microscópico só amosrta ulcera cecal.

PALAVRAS-CHAVES: ULCERA CECAL IDIOPATICA | ULCERA | CECO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2044

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise dos seguintes fatores de risco para fístula anastomótica em pacientes submetidos a colectomia: hemoglobina e albumina pré-operatória, técnica anastomótica, ASA e incisão cirúrgica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUIZA BASILIO RODRIGUES (HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA), BRUNO GONÇALVES RANGEL (HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA), EDUARDO VIANA DE CARVALHO (HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA)

RESUMO: Objetivo: Quando presente no pós operatório das ressecções colorretais, a fístula anastomótica é responsável diretamente pelo aumento do tempo hospitalar e numero de re-intervenções e re-internações¹, sendo de fundamental importância a análise dos fatores envolvidos em seu desenvolvimento. Analisamos os seguintes fatores associados ao desenvolvimento de fístula nos pacientes submetidos a ressecção colônica: hemoglobina e albumina pré-operatória, técnica anastomótica, ASA e incisão cirúrgica. Na literatura, os índices de fistula variam de 1.8% a 15.9%^{1;2}. Método: Foram analisados retrospectivamente informações adicionadas no banco de dados do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Federal de Ipanema (HFI), dos pacientes submetidos a colectomia no serviço, de fevereiro de 2012 a outubro de 2016. Resultados: Foram submetidos a ressecção colônica 69 pacientes. Após exclusões, 55 pacientes submetidos a anastomose primária eletivamente foram analisados. Desses pacientes, 26 (47.3%) foram submetidos a colectomia direita, 2 (3.7%) a transversectomia, 9 (16.4%) a colectomia esquerda e 18 (32.7%) a retossigmoidectomia. Foram encontrados 8 (14.5%) pacientes que desenvolveram fístula anastomótica. Foram criados 2 grupos a serem comparados: pacientes que desenvolveram fistula anastomótica e pacientes que não desenvolveram fistula anastomótica. Quando comparados, entre os grupos, não encontramos fatores de risco para desenvolvimento de fístula anastomótica. ASA ($p=0.318$ OR=2.22 IC= 0.45 ? 10,92) ; Albumina ($p=0.047$ OR=1.235 IC= 0.13 ? 11.93), hemoglobina ($p=0.496$ OR=1.688 IC= 0.37 ? 7.7); Tipo de anastomose ($p=0.563$ OR=1.909 IC= 0.21 ? 17.6); Tipo de incisão ($p=0.096$ OR=0.0 IC= -). Conclusão: Os índices de fistula no Hospital Federal de Ipanema (HFI), apesar de estarem dentro da variação da literatura, são altos (14.9%). As cirurgias no HFI são realizadas por múltiplos cirurgiões com técnicas cirúrgicas diversificadas. São necessárias avaliações posteriores, após padronização cirúrgica, com exclusão desse viés, e com numero maior de pacientes, para que possamos extrair outros resultados e diminuir as taxas de fistula anastomótica no serviço . Bibliografia: 1-MatteoFrasson et al. Risk factors for anastomotic leak and postoperative morbidity and mortality after elective right colectomy for cancer: results from a prospective, multicentric study of 1102 patients; 2- Emily F. et al. Risk Factors and Consequence of Anastomotic Leak After Colectomy: A National Analysis

PALAVRAS-CHAVES: fistula anastomótica | colectomia | fatores de risco

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2133

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Carcinoma de Warty em Pênis Associado a Condiloma Acuminado Perianal em Paciente HIV Positivo: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ZALMIR REICHERT FILHO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), DENISE DE ALBUQUERQUE ANDRADE (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), ALBERTO BARROS ARAÚJO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LEANDRO MAIA OLIVEIRA FERNANDES (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA)

RESUMO: INTRODUÇÃO O condiloma acuminado é uma doença sexualmente transmissível causada pelo papilomavírus humano. Na literatura, os dados sobre a prevalência da infecção por HPV em homens variam significativamente entre 1,3 e 72,9%. A grande maioria das neoplasias de pênis está relacionada com HPV. No entanto, apenas 50% dos carcinomas verrucosos têm associação com papiloma vírus humano. Neste tipo de tumor, o tratamento cirúrgico constitui a principal forma de controle da doença. RELATO DE CASO JAS, sexo masculino, HIV+, 50 anos, com queixa de verruga em região anal e genital há 8 anos. Ao exame, lesões com aspecto ?vegetante? abrangendo toda a região perianal e na região genital do paciente. Na região peniana, a glândula exibia-se com tumoração verruciforme medindo 6x4cm, distando 0,8cm da margem cutânea mais próxima. Já na região perianal, apresentavam-se em múltiplos fragmentos verrucosos de tecido medindo em conjunto 6x5x2cm, pardo-acinzentados e firme-elásticos. Exames anatomopatológicos das múltiplas biópsias das lesões mostraram condiloma acuminado na região perianal, enquanto na região peniana evidenciava carcinoma condilomatoso (Warty carcinoma) moderadamente diferenciado e infiltrado no corpo esponjoso, porém sem infiltração no corpo cavernoso e uretra. Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico de exérese de lesões perianais sem margem de segurança, enxerto ou retalho, e penetectomia parcial sem esvaziamento ganglionar. Acompanhado por equipes multidisciplinares, o paciente evoluiu clinicamente estável e sem intercorrências de maior importância. Recebe alta hospitalar 6 dias após procedimento cirúrgico. CONCLUSÃO Conclui-se que a exérese cirúrgica é o tratamento mais indicado pelas referências citadas no trabalho. Infecção secundária é frequente, podendo determinar odor desagradável e adenopatia reacional, a antibioticoterapia é mandatória, como citado no caso.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma de Warty|Condiloma Anal|HPV

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2143

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DESCRIÇÃO DE PÓS-OPERATORIO DE COLECTOMIA TOTAL POR MEGACÓLON TÓXICO PERFURADO COMPLICADO COM HEPATIZAÇÃO PULMONAR, RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA BAFUTTO (PUC CAMPINAS), ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR (PUC CAMPINAS), REGINA GREILBERGER RIBEIRO (CLÍNICA REIS NETO), GUILHERME ZUPO TEIXEIRA (PUC CAMPINAS), ANDRESSA GARISTO (CLÍNICA REIS NETO), JOAQUIM SIMOES NETO (PUC CAMPINAS), LARA SILVA PAIXÃO (PUC GOIÁS), MAURO BAFUTTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS)

RESUMO: Introdução:O megacólon tóxico (MT) é uma complicação da retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) definido por quadro séptico associado a dilatação de cólon transversal superior a 6 cm. O prognóstico de pacientes operados na urgência é ruim, com mortalidade de 26,7%. O relato tem como objetivo descrever o pós-operatório de colectomia total por megacólon tóxico perfurado evoluindo com hepatização pulmonar e sepse grave. Relato de caso: O.A.B, 40 anos, sexo masculino, interna com quadro de dor abdominal difusa e parada de eliminação de fezes e flatos. Feito raio-x de abdome agudo na entrada com visualização de distensão de cólon e pneumoperitônio. Paciente com diagnóstico de RCUI há 15 anos, sem seguimento e com uso irregular de mesalazina e sulfassalazina. Diante de história clínica e radiografias, realizado diagnóstico de MT perfurado. Paciente encaminhado ao centro cirúrgico sendo realizada colectomia total com ileostomia terminal devido a inviabilidade de alça. Anatomopatológico compatível com áreas de perfuração aguda colônica, consistente com quadro de RCUI. Paciente permanece internado por distúrbio hidroeletrólítico e hemodinâmico, em unidade de terapia intensiva. Evolui no 27º pós-operatório com choque séptico de origem abdominal. Realizada drenagem de abscesso abdominal e peritonostomia. Reabordado no dia seguinte para confecção de curativo a vácuo e posteriormente laparorrafia com pontos subtotais. Evolui com descompensação pulmonar, necessitando de suporte ventilatório com ventilação mecânica. Apresenta deiscência de pontos, denotando peritonostomia com alças de aspecto cerebroide. Realizada nova tomografia evidenciando coleção líquida em subcutâneo de parede abdominal, sinais de pielonefrite, fechamento de coto retal sem alterações, derrame pleural de moderado volume bilateral e hepatização pulmonar. Feita drenagem de tórax bilateral, sem efetividade e drenagem de abscesso subcutâneo. Apresenta piora de instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória, evoluindo a óbito no 72º pós-operatório. Conclusão: O MT é uma condição rara que ocorre principalmente na RCUI. A colectomia e confecção de ileostomia terminal são o padrão ouro no tratamento de MT. O relato de caso demonstra a severidade da resposta sistêmica de paciente com RCUI grave, evoluindo com insuficiência respiratória secundária a hepatização pulmonar pelo quadro séptico vigente. As complicações pós-operatórias em pacientes com RCUI grave ainda são um desafio de difícil manejo.

PALAVRAS-CHAVES: Megacolon Toxico | Retocolite Ulcerativa Inespecífica | Sepse grave

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2151

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ATUALIZAÇÃO DE DADOS - MACROLIGADURA ALTA REALIZADAS NA CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS - SP

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA MOREIRA COSTA (PUC CAMPINAS), THIAGO ALVIM BARREIRO (PUC CAMPINAS), REGINA GREILBERGER RIBEIRO (CLINICA REIS NETO), GUILHERME ZUPO TEIXEIRA (CLINICA REIS NETO), ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR (CLINICA REIS NETO), JOAQUIM SIMOES NETO (CLINICA REIS NETO), JOSÉ ALFREDO DOS REIS JÚNIOR (CLINICA REIS NETO), JOSE ALFREDO DOS REIS NETO (CLINICA REIS NETO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A macroligadura alta é um procedimento minimamente invasivo utilizado para o tratamento da doença hemorroidária. OBJETIVO: A técnica cirúrgica visa à realização de uma macro ligadura, com mais tecido e consequentemente maior fibrose e fixação do estroma ligado, e também de uma ligadura alta, na origem o descenso mucoso, corrigindo o tecido prolapsado. MÉTODO: Utilizou-se um anuscópio mais largo e mais longo para melhor visualização do canal anal, bem como um dispositivo com maior diâmetro e maior capacidade de aspiração de mucosa. Anestesia local de 0,5 ml de lidocaína na camada submucosa, sendo realizada Macroligadura com aspiração da mucosa retal do mamilo interno acometido, aproximadamente 3 ou 4 cm acima da linha pectínea. Procedimento realizado com um aparelho aplicador de anéis de borracha por aspiração, confeccionado especialmente para esse tipo de procedimento. Incluídos pacientes com doença hemorroidária interna, sem doença hemorroidária externa, de qualquer idade ou sexo, com seguimento pós operatório de 24 meses. Tratados em caráter ambulatorial, 2.580 pacientes com doença hemorroidária graus II e III, preferencialmente abordando todas as áreas em uma única sessão. RESULTADOS: Não houve distinção quanto a sexo, faixa etária ou raça. O método apresentou baixa recidiva após seguimento clínico por dois anos, sendo maior nos pacientes com apenas uma área tratada. Os pacientes com recorrência foram tratados com uma nova sessão de Macroligadura. Após seguimento clínico por dois anos, foi evidenciado baixo índice de recidiva, sendo maior nos pacientes com apenas uma área tratada. Houveram baixos índices de complicações: sangramento (1,6%), dor com necessidade de medicação endovenosa (1,55%), edema perianal (1,47%), tenesmo (0,54%), retenção urinária (0,07%). Nenhum paciente apresentou sepse ou necessidade de internação hospitalar após o procedimento. CONCLUSÃO: A Macroligadura Elástica Alta representa uma técnica segura, efetiva, de baixo custo e baixo índice de recidiva, pouco ou nenhum desconforto durante ou após sua realização, além de apresentar baixo custo e fácil execução

PALAVRAS-CHAVES: Doença Hemorroidaria | Macroligadura alta | Ligadura elástica

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2155

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RADIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM CÂNCER DE RETO BAIXO ESTÁGIO I ? CLÍNICA REIS NETO, CAMPINAS ? SP

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA MOREIRA COSTA (PUC CAMPINAS), THIAGO ALVIM BARREIRO (PUC CAMPINAS), REGINA GREILBERGER RIBEIRO (CLINICA REIS NETO), GUILHERME ZUPO TEIXEIRA (CLINICA REIS NETO), ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR (CLINICA REIS NETO), SÉRGIO OLIVA BANCI (CLINICA REIS NETO), JOSÉ ALFREDO DOS REIS JÚNIOR (CLINICA REIS NETO), JOSE ALFREDO DOS REIS NETO (CLINICA REIS NETO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A taxa de mortalidade no câncer do reto baixo estágio está relacionada com a incidência de recorrência local, nos primeiros 5 anos. Para os tumores estágio I, a excisão local vem sendo cada vez mais utilizada, mas estudos recentes mostraram uma maior taxa de incidência de recorrência local. Portanto, radioterapia pré-operatória deve ser considerada mesmo para estes tumores, como uma tentativa de prevenir a recorrência e fornecer cura.OBJETIVO: Mostrar a eficácia da radioterapia neoadjuvante em câncer de reto baixo estágio I em uma população de coorte.MÉTODO: Um estudo de coorte em um banco de dados prospectivo foi feito com um total de 75 pacientes considerados como o câncer de reto baixo estágio I. Radioterapia pré-operatória de longa duração 4500 cGy foi realizada neste grupo selecionado de pacientes e acompanhados por um período mínimo de cinco anos.RESULTADOS: O grupo estágio I / T1 teve 27 pacientes. Todos os pacientes apresentaram resposta completa ao tratamento e não houve necessidade de cirurgia. Em cinco anos de acompanhamento, não houve recorrência. O grupo estágio I / T2 tinha 48 pacientes. Após a radioterapia neoadjuvante, 8 pacientes tiveram de ser submetidos a cirurgia por lesão persistente. Estes foram submetidos a excisão local, mas o resultado anatomopatológico não mostrou nenhum caso de câncer residual. Apenas 1 paciente deste grupo apresentou recidiva (metástase pulmonar).CONCLUSÃO: Irradiação pré-operatória de 4500 cGy não só reduziu a taxa de recorrência e mortalidade local, mas também reduziu a indicação para cirurgia em pacientes com câncer de reto baixo no estágio I.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer reto | Radioterapia | Neoadjuvante

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2178

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LINFOMA INTESTINAL COMO CAUSA DE INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO-ILEAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENATO DE CASTRO PEREIRA ROBERTO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), ALEXANDRA MANO ALMEIDA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), ANA PAULA FARIA MAIA PORTUGAL (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), ANDERSON CARLOS BRASIL VASCONCELOS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A INTUSSUSCEPÇÃO CONSISTE NA INVAGINAÇÃO DE UM SEGMENTO PROXIMAL DE INTESTINO PARA DENTRO DO LÚMEN DO SEGMENTO DISTAL. O LINFOMA INTESTINAL É UMA ETIOLOGIA EXTREMAMENTE RARA DESTA PATOLOGIA. A CONFIRMAÇÃO DA INTUSSUSCEPÇÃO É BASEADA EM ACHADOS CIRÚRGICOS. RELATO DE CASO: PACIENTE MASCULINO, 47 ANOS, TABAGISTA, ETILISTA, PROCEDENTE DE FORTALEZA, PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO POR DOR ABDOMINAL HÁ 2 MESES LOCALIZADA EM EPIGASTRO E HIPOCÔNDRIO ESQUERDO DE FORTE INTENSIDADE ASSOCIADA A EPISÓDIOS DE DIARRÉIA AQUOSA SEM MUCO OU PUS, HEMATOQUEZIA E PERDA PONDERAL DE 7KG. REALIZOU COLONOSCOPIA QUE EVIDENCIOU FISSURA ANAL. NEGA FEBRE NESSE PERÍODO. REFERE NÃO TER FATORES DE PIORA OU MELHORA ASSOCIADO AO QUADRO ÁLGICO. MELHORAVA PARCIALMENTE COM USO DE ANALGÉSICO COMUM. FOI REALIZADA TC DE ABDOME E PELVE QUE EVIDENCIOU INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO-ILEAL COM SINAIS DE SEMI-OCCLUSÃO INTESTINAL À MONTANTE. PACIENTE EVOLUIU COM PIORA DA DOR ABDOMINAL PROGRESSIVAMENTE, PLENITUDE GÁSTRICA, NÁUSEAS E PERSISTÊNCIA DOS EPISÓDIOS DE DIARRÉIA. PACIENTE NEGA HISTÓRIA DE CANCER, NEGA DM OU HAS, NEGA CIRURGIAS PRÉVIAS. AO EXAME FÍSICO: EGR, ANICTÉRICO, AFEBRIL, HIPOCORADO, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO. ACP FISIOLÓGICO. ABDOME FLÁCIDO, PLANO, DOLOROSO À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA EM HCE E EPIGASTRO. LINFONODO PALPÁVEL E DOLOROSO EM REGIÃO INGUINAL DIREITA DE 3CM. PACIENTE FOI SUBMETIDO À CIRURGIA, ONDE FOI VISUALIZADA INTUSSUSCEPÇÃO A APROXIMADAMENTE 30CM DA VÁLVULA ÍLEOCECAL, SENDO REALIZADA ENTERECTOMIA SEGMENTAR E ANASTOMOSE ENTERO-ENTERO. RESULTADO DE HISTOPATOLÓGICO EVIDENCIOU LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B. PACIENTE EVOLUIU BEM CLINICAMENTE NO PÓS-OPERATÓRIO, NÃO APRESENTANDO INTERCORRÊNCIAS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO 10º PO COM MELHORA CLÍNICA E ENCAMINHADO PARA SEGUIMENTO AMBULATORIAL. CONCLUSÃO: A INTUSSUSCEPÇÃO É QUASE SEMPRE ASSOCIADA À LESÃO ORGÂNICA E REQUER TRATAMENTO CIRÚRGICO. O DIAGNÓSTICO TORNA-SE DIFÍCIL DEVIDO A SINTOMATOLOGIA INESPECÍFICA. A POSSIBILIDADE DE MALIGNIDADE JUSTIFICA A RESSECÇÃO ONCOLÓGICA EM MONOBLOCO.

PALAVRAS-CHAVES: Intussuscepção | Linfoma | enterectomia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2182

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TAXA DE DETECÇÃO DE ADENOMAS DE INTESTINO GROSSO NO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DE UM HOSPITAL GERAL DE SÃO PAULO: Variação por gênero e faixa etária

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA HARA NAHIME (UNITAU), FELIPE JOSÉ DOS SANTOS PEREIRA (UNITAU), ALEXANDRE HENRIQUE KALLAUR GRANGEIRO (UNITAU), CARLOS ALBERTO CAPPELLANES (UNITAU), HENRIQUE VILELA DE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TAUBATÉ-HUT)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Taxa de Detecção de Adenomas (TDA) é a porcentagem de colonoscopias nas quais ao menos um adenoma é detectado. É importante marcador para avaliar a efetividade desse exame na detecção de lesões pré-malignas em cada serviço. OBJETIVO: Determinar a TDA no serviço de endoscopia de um hospital geral do estado de São Paulo correlacionando-a com gênero e faixa etária. MÉTODO: Estudo transversal retrospectivo no qual foi calculada a TDA por gênero e faixa etária de exames colonoscópicos diagnósticos realizados no Serviço de Endoscopia do Hospital Universitário de Taubaté- HUT, entre janeiro e dezembro de 2015. RESULTADOS: Das 998 colonoscopias diagnósticas incluídas, 666 pacientes eram do gênero feminino e 332 do gênero masculino, com idade variando de menos de um ano a 90 anos (mediana 54 anos). 199 (19,9%) colonoscopias detectaram pólipos sendo na maioria pólipos únicos (67,33%). Dos tipos histológicos encontramos 20 (2%) exames com pólipos inflamatórios, 64 (6,4%) com hiperplásicos e 136 (13,6%) com adenoma. A TDA geral observada neste trabalho foi de 13,6% sendo de 17,5% para o gênero masculino e 11,7% para gênero feminino. Ao avaliar a TDA por faixa etária encontramos 8,3% para pacientes \leq 54 anos e 19% para $>$ 54 anos. Das variáveis analisadas está relacionado ao maior risco de ter pólipos o gênero masculino (feminino 17,6% e masculino 24,7%, $p=0,008$, OR 1,5 IC 95% 1,11 \leq 2,11) e idade maior que 54 anos ($>$ 54 anos 25,7% e \leq 54 anos 14,3%, $p=0,001$, OR 2 IC 95% 1,49 \leq 2,84). CONCLUSÃO: A TDA geral foi de 13,6%, sendo de 17,5% para homens e 11,7% para mulheres. Esta se encontra abaixo daquela observada na literatura (TDA 25% geral, 30% para homens e 20% para mulheres). Esse fato pode ser justificado pela população não ser de rastreamento e também por incluir faixas etárias onde a incidência de adenomas é reduzida. A TDA foi maior em faixas etárias maiores (8,3% \leq 54 anos e 19% $>$ 54 anos) e o gênero masculino e idade $>$ 54 anos mostraram-se como risco para presença de pólipos. REFERÊNCIAS:1. Corley DA, Jensen CD, Marks AR, et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. N Engl J Med.2014;370:1298-306.2. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, et al. Quality indicators for colonoscopy. Gastrointest Endosc.2015;81:31-533. Sanaka MR, Rai T, Navaneethan U, et al. Adenoma detection rate in high-risk patients differs from that in average-risk patients. Gastrointest Endosc.2016; 83:172-178.

PALAVRAS-CHAVES: TAXA DE DETECÇÃO DE ADENOMAS|ADENOMA|COLONOSCOPIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2201

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFURAÇÃO COLÔNICA PÓS POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), BRUNO LORENZO SCOLARO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), NATASHA CAMILO DIAS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), STEPHANIE THEISEN KONZEN (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), GUSTAVO BECKER PEREIRA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), FANGIO FERRARI (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: INTRODUÇÃO Atualmente o número de colonoscopias diagnósticas e terapêuticas vem crescendo, haja vista a importante conscientização referente às medidas preventivas frente ao câncer colorretal. Este método é o procedimento de escolha para o diagnóstico e terapêutica frente aos tumores e suas lesões precursoras, os pólipos. A colonoscopia é um procedimento com baixa incidência de complicações graves, ocorrendo em cerca de 5/1000 exames. A mais comum é a perfuração intestinal, a qual pode evoluir com complicações graves como peritonite fecal, sepse, etc. A perfuração intestinal iatrogênica, ocorre raramente (aproximadamente 0,65% a 3% em exames diagnósticos e terapêuticos respectivamente), podendo ocasionada por força mecânica ou por procedimentos terapêuticos. Estes acontecimentos predominam em pacientes com doença diverticular e obstrução, principalmente, no cólon sigmóide e reto. RELATO DE CASO Feminino, 51 anos, com hipotireoidismo, depressão, hipercolesterolemia. História pregressa de colecistectomia, submetida à colonoscopia diagnóstica eletiva. Durante o procedimento foram observados 2 pólipos sésseis localizados no cólon transverso (5mm) e no cólon ascendente medindo (10mm) os quais foram submetidos a polipectomia com alça diatérmica. Após o procedimento a paciente mantém quadro de dor, porém foi liberada. Cinco horas após o procedimento, a mesma procurou o pronto atendimento com queixa de vômito em grande quantidade, lipotímia, dor intensa localizada em hipocôndrio direito, distensão abdominal e desconforto em região cervical. Foi submetida a tomografia evidenciando pneumoperitônio. O RX de tórax demonstrou enfisema de partes moles no 1/3 superior do tórax. A paciente foi submetida a laparotomia e rafia da lesão, porém evoluiu com deiscência no 4º dia de pós-op, necessitando de nova abordagem cirúrgica para confecção de colostomia. A paciente encontra-se bem e aguarda cirurgia para reconstrução do trânsito. CONCLUSÃO Prevalência de complicações durante ou após os procedimentos colonoscópicos, apesar de infrequentes, não devem ser esquecidas, subestimadas e muito menos negligenciadas. Por serem raras as descrições de perfurações em procedimentos endoscópicos, o presente relato se faz imprescindível, afim de reforçar a importância do contato próximo com estes pacientes e da realização do diagnóstico precoce, minimizando assim, a morbimortalidade inerente a estes eventos.

PALAVRAS-CHAVES: PERFURAÇÃO COLÔNICA|POLIPECTOMIA|COLONOSCOPIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2205

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: CÂNCER COLORRETAL EM INTERVALO DE RASTREAMENTO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCOS DANIEL DA SILVA (UCPEL), FELIPE CUNHA MEZZOMO (UFPEL), CAROLINA REINBRECHT BERNINI (UCPEL), DANIELE ROBERTO (UCPEL), THAÍS LEITE SECCHI (UCPEL), MARIANA SILVEIRA SUÑE (UCPEL), MARCELO ALEXANDRE PINTO DE BRITTO (UCPEL)

RESUMO: Introdução: O câncer colorretal (CCR) possui uma mortalidade anual de mais de 500 mil indivíduos e configura a quarta causa de morte por câncer no Brasil. A história natural do CCR baseia-se, principalmente, na sequência adenoma-carcinoma. A abordagem colonoscópica é o "padrão ouro" para o diagnóstico e existem fortes evidências indicando intervalo padrão para a vigilância após uma colonoscopia que retirou pólipos. Apesar de muito incomuns, ocorrem casos de detecção de câncer após uma colonoscopia normal, dentro do tempo indicado de intervalo. Relato de caso: G. N. S., 74 anos, sexo feminino, branca, hipertensa, diabética. Paciente com diarreia aquosa, de grande intensidade por um período de 40 dias mesmo com o uso de medicações sintomáticas. Realizado colonoscopia que demonstrou prolapso colônico e grande lesão de espalhamento lateral e superfície vilosa e granular ocupando cerca de 50% da circunferência colônica, sem área de ulceração. A biópsia revelou tratar-se de adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau. Devido ao diagnóstico e as proporções do adenoma de ceco foi indicado tratamento cirúrgico (íleo-colectomia direita). Uma revisão dos exames anteriores da paciente revelou que ela havia realizado duas colonoscopias de rastreio previamente a colonoscopia diagnóstica, sendo a última há menos de 5 anos (ambas com resultados normais). Conclusão: Os casos de câncer após uma colonoscopia negativa são incomuns, chegando a 5% em alguns estudos. Isso pode ser explicado de duas formas: lesões que passaram despercebidas no exame colonoscópico ou lesões de crescimento acelerado que se desenvolveram após o rastreio. Em ambos os casos, as lesões são mais comuns em cólon direito e ceco. Lesões não identificadas ocorrem principalmente em ceco, flexura esplênica e reto, e isso se deve a alguns fatores como dificuldade de visualização do ceco, preparo inadequado ou inexperiência do examinador. Por outro lado, estudos mostram diferenças na expressão gênica de cânceres de cólon direito e esquerdo, podendo acarretar em crescimento acelerado de alguns tumores. A realização de rastreio de acordo com o protocolo e conseqüentemente a detecção precoce de pólipos/câncer são meios que podem reduzir a morbimortalidade da doença. No entanto, existem casos em que o progresso da doença difere do habitual, sendo de rápida evolução e não detectada no rastreio adequado.

PALAVRAS-CHAVES: CÂNCER|COLORRETAL|INTERVALO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2208

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO POR APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA NO PACIENTE COM APENDICITE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO PEDRO SOARES NUNES (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), GABRIELA PARREIRA BIZINOTO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), GRASIELLE SILVA SANTOS (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), GUILHERME SOUZA DE FARIA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), PEDRO ANTÔNIO PASSOS AMORIM (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), ANTONIO LUCAS NUNES DE OLIVEIRA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), JAIR PEREIRA DE MELO JÚNIOR (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), VICENTE GUERRA FILHO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS)

RESUMO: Introdução: Apendicite consiste na causa mais comum de acometimento do apêndice cecal. Os sinais e sintomas podem ser clássicos, sendo diagnosticados em cerca de 95% dos casos, o que culmina com o tratamento cirúrgico precoce, evitando possíveis complicações. Relato de Caso: Paciente masculino, 30 anos, iniciou quadro de dor em região epigástrica, de início súbito, tipo cólica, intensidade 4 na escala da dor, associado a náuseas, vômitos aquosos sem sangue e sem muco, hiporexia, constipação intestinal e parada de eliminação de flatos. Negou febre, cefaleia e alterações urinárias. Paciente refere mudança no padrão da dor cerca de 10 horas após início do quadro, passando a se localizar em Fossa Ilíaca Direita, tipo pontada, intensidade 8, que melhorava ao decúbito dorsal e piorava ao deambular e ao esforço físico. Ao exame físico o paciente se encontrava em regular estado geral, taquicárdico e com demais parâmetros da ectoscopia normais. Aparelho respiratório sem alterações. Abdômen globoso, flácido, doloroso à palpação profunda, Blumberg positivo, ruídos hidroaéreos diminuídos. A investigação diagnóstica laboratorial incluiu enzimas hepáticas, função renal e hepática, hemograma, coagulograma, amilase e glicemia de jejum, além de exames de imagem. As únicas alterações foram uma leucocitose de 21.500/uL e borramento da gordura na goteira parieto-cólica direita na tomografia computadorizada (TC) de abdômen total. Diante do quadro clínico e da confirmação diagnóstica pela TC, iniciou-se a preparação pré-operatória com jejum, hidratação intravenosa e antibioticoterapia. O paciente foi submetido a apendicectomia por videolaparoscopia no 2º dia de internação, apresentando uma ótima evolução pós cirúrgica, sendo reintroduzido dieta 24 horas após a cirurgia com boa aceitação, tendo início de reestabilização do hábito intestinal. Recebeu alta no 4º dia de internação. Conclusão: Pode-se inferir que o tratamento cirúrgico por apendicectomia videolaparoscópica em pacientes com apendicite é muito importante, já que reduz as complicações em ferida operatória, diminui a permanência do paciente no hospital e este retorna mais precocemente às suas atividades de vida diária.

PALAVRAS-CHAVES: Apêndice cecal | Apendicite | Apendicectomia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2216

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Avaliação dos estudos do tempo de trânsito colônico em portadores de constipação crônica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO AVRITCHIR (CRYA MEDICINA DIAGNÓSTICA), CASSIO GOMES DOS REIS JUNIOR (CRYA MEDICINA DIAGNÓSTICA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O diagnóstico da constipação intestinal é sugerido pelos critérios de Roma, porém estudos de Wexner e Jorge demonstraram que a clínica só faz o diagnóstico em 8%, havendo necessidade de exames complementares. A escolha atualmente é o tempo de trânsito colônico (TTC) que avaliará o período decorrido entre a ingestão dos marcadores e sua eliminação. Vários marcadores foram utilizados desde a primeira publicação em 1969 por Hilton, mas os de hoje são radiopacos, metálicos e atóxicos (sitzmarks). O objetivo deste trabalho é mostrar o protocolo utilizado para o estudo do TTC Total e Segmentar, bem como os resultados observados. **MÉTODO:** Avaliamos 104 pacientes entre 2015 e 2016. Eram oito homens com média de idade de 55,6 anos (38 a 73), 94 mulheres com média etária de 48,4 anos (17 a 81) e duas crianças de 6 e 9 anos. Foram orientados a não fazer uso de laxantes ou exames contrastados nos 10 dias que precederam o TTC. Os doentes foram avaliados com quatro radiografias digitalizadas, e impressas em filme de 45x35cm, feitas da seguinte maneira: 1) antes da ingestão da cápsula de gelatina com 24 marcadores; 2) 30 minutos após a ingestão; 3) no terceiro dia; e 4) no quinto dia. Consideramos Normal, quando 80% ou mais dos marcadores foram eliminados após o 5º dia; Inércia colônica, quando restaram mais de 20% dos marcadores distribuídos pelo cólon; Obstrução baixa, quando sobram mais de 20% no reto e sigmoide; e Obstrução alta, caso 80% dos marcadores permanecessem no cólon descendente, sigmoide e reto. **RESULTADOS:** o exame estava Normal em 59 doentes (56,7%) e revelou Inércia colônica em 21(20,3%); Obstrução alta em 12(11,5%) e Obstrução baixa em outros 12(11,5%). Não houve complicação. Como intercorrências: um paciente realizou defecografia no 2º dia após o TTC, mesmo orientado, e a criança de 6 anos ingeriu os marcadores com iogurte de chocolate, prejudicando a avaliação. Em um doente, o Rx simples inicial mostrou clip metálico, o que auxiliou a análise posterior. **DISCUSSÃO:** O TTC normal sugere constipação devida a erro alimentar e se houver sintomas como dor e distensão abdominal, a síndrome do intestino irritável deve ser considerada. Nos portadores de obstrução baixa, sugerimos avaliar com defecografia e/ou manometria. **CONCLUSÃO:** O estudo do TTC com marcadores radiopacos é seguro e eficaz, auxiliando a definir a terapêutica naqueles com distúrbio da motilidade colônica.

PALAVRAS-CHAVES: Tempo de trânsito colônico | Constipação crônica | Marcadores radiopacos

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2264

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DE CÓLON DIREITO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NO ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), MARILIA IAIA NAHAS JUNQUEIRA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), FERNANDA NEIVA RIBEIRO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUANA ARRUDA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), VALTER FABRÍCIO FERREIRA DARI (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUCIANO CRUANES GULLO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O carcinoma colorretal é uma das neoplasias mais comuns nos países em desenvolvimento. Os sinais e sintomas dependem da localização e tamanho do tumor, podendo inclusive ser a causa de um abdome agudo. Os pacientes que apresentam ao diagnóstico as condições de obstrução ou perfuração tumoral apresentam pior prognóstico quando comparados aos tumores dos mesmos estágios porém não complicados. **RELATO DO CASO:** O trabalho descreve um quadro de abdome agudo inflamatório de um paciente atendido no Pronto Socorro de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas ? SP, em agosto de 2016 que foi submetido a tratamento cirúrgico e durante o intra-operatório foi diagnosticado um tumor de cólon ascendente complicado com abscesso local. Optado por ressecção da lesão com margens oncológicas e ostomia terminal. O resultado de anatomopatológico evidenciou um adenocarcinoma de região cecal, tendo como estadiamento (T3 N0 M0) ou Dukes B. **CONCLUSÃO:** As situações de abordagem emergencial em pacientes portadores de neoplasia colorretais constituem um desafio adicional para o cirurgião, uma vez que os procedimentos realizados podem ter um impacto significativo no prognóstico geral do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: ADENOCARCINOMA | NEOPLASIA DE CECO | ABDOME AGUDO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2267

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NEOPLASIA MUCINOSA DE BAIXO GRAU: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO (FAMENE), MARINA DANTAS HENRIQUE (FAMENE), CAMILLA DE ALMEIDA FRANCA FALCÃO (FAMENE), KARINE ABREU TAVARES (FAMENE), MARCELO GONÇALVES SOUSA (UFPB), MARILIA MEDEIROS DA SILVA (FAMENE), JOSÉ GERALDO TENÓRIO DE BRITO BARBOZA (FAMENE), VINICIUS BEZERRA GUERRA (FAMENE)

RESUMO: INTRODUÇÃOAs neoplasias mucinosas de apêndice abrangem tumores que acumulam material mucoide no órgão. Correspondem a 1% das neoplasias colorretais, tendo uma prevalência igual para homens e mulheres após os 50 anos. A maioria das mucocèles de apêndice surgem secundária à obstrução da via de saída do apêndice, produzindo acúmulo do muco intraluminal. As neoplasias mucinosas de apêndice são divididas em: Adenocarcinoma Mucinoso e a Neoplasia Mucinoso de Baixo Grau. Os tumores mucinares apendiculares de baixo grau, com crescimento lento, incluem aqueles que estão confinados à mucosa e que são classificados como adenomas e aqueles que exibem invasão expansiva que podem se disseminar na cavidade peritoneal, com acúmulo de células neoplásicas secretoras de mucina dentro da cavidade peritoneal. Ainda há dúvida na melhor opção cirúrgica no intraoperatório e após o anatomopatológico. RELATO DE CASOIdoso, 69 anos, com queixa de nictúria e massa móvel e indolor em hipocôndrio direito com aproximadamente 15 cm. Ultrassom mostrou um cisto mesentérico em flanco direito. Para melhor avaliação foi solicitado uma tomografia computadorizada de abdômen inferior, com um diagnóstico de formação expansiva sólido-cística na região de flanco direito, 10,5 x 5,6 x 4,8 cm, com origem indefinida e colonoscopia que apresentava uma compressão e um adenoma com displasia de baixo grau em ceco. Submetido a videolaparoscopia que evidenciou massa grande apendicular com mais ou menos 15 cm, sendo móvel e sem infiltração. Submetido a apendicectomia por videolaparoscopia com uso de grameador 45mm e margem de 2 cm, sem sinais de implantes em peritônio. Anatomopatológico evidenciou neoplasia mucinosa de baixo grau de apêndice medindo 15,0 cm no maior eixo, com margem cirúrgica livre. No pós-operatório o paciente apresentou boa evolução, sem queixas e com padrões hemodinâmicos e clínicos estáveis. CONCLUSÃO Pacientes com neoplasia mucinosa de baixo grau confinados ao apêndice, o envolvimento da margem do apêndice por epitélio neoplásico ou mucina acelular não prevê a recorrência da doença, mesmo sem cirurgia adicional. Uma abordagem conservadora para o manejo desses pacientes pode ser justificada. Diferentemente dos tumores originados a partir de um adenocarcinoma apendicular, não há indicação de realizar de uma colectomia direita. A intervenção cirúrgica, na maioria das vezes, é curativa e o prognóstico favorável.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias do Apêndice | Cirurgia | Laparoscopia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2296

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE DAS APENDICECTOMIAS REALIZADAS POR RESIDENTES DO PRIMEIRO ANO DE CIRURGIA GERAL NO COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI NO PERÍODO DE MARÇO DE 2015 A JULHO DE 2016

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), FERNANDA NEIVA RIBEIRO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUANA ARRUDA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), FERNANDO BARATELLA DE ASSIS (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), VALTER FABRÍCIO FERREIRA DARI (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI)

RESUMO: OBJETIVO: Descrever o perfil dos pacientes submetidos a apendicectomia em serviço referência de urgência/emergência durante o período de formação na especialidade de Cirurgia Geral. MÉTODO: Trata-se de uma análise retrospectiva de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico de apendicectomia no período de março de 2015 à julho de 2016 pelos residentes do primeiro ano de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi ?Ouro Verde? na cidade de Campinas, São Paulo. Todos os dados foram obtidos através da análise de 146 prontuários médico. Foi utilizado como variáveis do estudo o sexo, idade, incisão cirúrgica, diagnóstico macroscópico, técnica operatória, uso de drenos abdominais, antibioticoprofilaxia e/ou antibioticoterapia, tempo de internação hospitalar e complicações operatórias mais frequentes. RESULTADOS: Foram avaliados no total 146 pacientes, através de revisão de prontuários, sendo a maioria homens jovens, com média de idade 29,19 anos. A cirurgia aberta continua sendo a opção terapêutica utilizada no serviço. De acordo com o aspecto macroscópico do apêndice cecal, a apendicite pode ser classificada em quatro tipos diferentes (Grau I ao IV). A apendicite grau I foi o mais evidenciado (35%). A antibioticoprofilaxia mais comumente utilizada foi a Cefazolina 02 (dois) gramas durante a indução anestésica. Já a antibioticoterapia foi realizada em apenas 30,13% devido a presença de secreção purulenta na cavidade intra- abdominal e os principais fármacos utilizados foram o Ciprofloxacino e o Metronidazol. O tempo médio de internação apresentado foi de 2,74 dias. As complicações pós operatórias foram evidenciadas em 03 (três) pacientes (2,05%), sendo mais frequente, a formação de seroma e a infecção da ferida operatória. CONCLUSÕES: O tratamento cirúrgico da apendicite aguda, por ser a patologia inflamatória abdominal mais comum e por apresentar potencial elevado de morbimortalidade, é de conhecimento de todo cirurgião geral. A apendicectomia é a principal cirurgia não eletiva realizada pelos cirurgiões gerais no processo de formação, portanto é de extrema importância o reconhecimento da sua patologia, do seu tratamento, de suas complicações e do perfil dos pacientes operados.

PALAVRAS-CHAVES: APENDICITE | APENDICECTOMIAS | ABDOME AGUDO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2308

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: TUMOR COLORRETAL E NEUROENDÓCRINO SINCRÔNICOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCO FELIPE FRANCO ROSA (HOSPITAL HELIÓPOLIS), FÁBIO ISRAEL LIMA CASTELO BRANCO MARQUES (HOSPITAL HELIÓPOLIS), PEDRO FRANÇA DA COSTA SOARES (HOSPITAL HELIÓPOLIS), ÉRICO VINICIUS CIPRIANO DE ARAÚJO PEREIRA (HOSPITAL HELIÓPOLIS), JÉSSICA MIQUELITTO GASPARONI (HOSPITAL HELIÓPOLIS), CAMILA TRIGO RUIZ (HOSPITAL HELIÓPOLIS), MARCELLA VALENTE AMORIM PIRES DE MOURA (HOSPITAL HELIÓPOLIS), ALLISON TAKEO TSUGE (HOSPITAL HELIÓPOLIS)

RESUMO: Introdução: Neoplasia maligna mais comum do tubo digestivo, o câncer colorretal (CCR), 2ª e 3ª neoplasia maligna mais comum no mundo, apresenta alta incidência e mortalidade. Tumor neuroendócrino, grupo de cânceres incomuns, de células endócrinas, insidioso, encontrado principalmente no tubo digestivo, ovários e pulmão. Sintomatologia depende de localização e substância excretada pelo tumor. Diagnóstico difícil devido à sintomatologia variada e inespecífica. Tumores neuroendócrinos sincrônicos ao CCR são raríssimos e pouco encontrados na literatura. Relato de Caso: Masculino, branco, 54 anos, natural e procedente de Bragança Paulista ? SP. Ingressou ao Pronto Socorro queixando-se de diarreia, fraqueza e tontura há 3 dias, sem perda ponderal. Diabetes melitus tipo 2 insulino dependente, hipertensão arterial e dislipidemia, além de transfusões anteriores por ?anemia?. Acidente Vascular Isquêmico e tuberculose pulmonar tratados. Negou etilismo, tabagismo e cirurgia prévias. Apresentava-se hipocorado, desidratado, emagrecido, frequência cardíaca 120bpm, pressão arterial 100x60mmHg. Exames pulmonar, cardíaco e abdominal sem alterações significativas. Exames evidenciaram anemia hipocrômica e microcítica, Hb= 4,63g/dL. À transfusão do primeiro concentrado apresentou quadro reacional. Paciente internado e submetido à exames. À endoscopia digestiva alta, lesão polipóide séssil em antro, de 12mm, e úlcera duodenal cicatrizada. Anatomopatológico (AP) mostrou gastrite crônica moderada, ausência de H. pylori. À Colonoscopia, lesão ulcerovegetante, infiltrativa em ângulo esplênico, intransponível. AP mostrou adenocarcinoma de cólon. Tomografia computadorizada de estadiamento com ausência de linfonodomegalias, metástases ou líquido livre em cavidade. Submetido à colectomia direita oncológica. No intraoperatório, pequena lesão cística em cabeça de pâncreas. Enucleação da mesma e biópsia de congelação - neoplasia de pequenas células de pâncreas. Pós operatório imediato em UTI. Na enfermaria, evoluiu com fístula pancreática no terceiro dia de pós operatório. Tratado conservadoramente. Evolução favorável com tratamento conservador e alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial na cirurgia geral e oncologia. AP da peça colônica foi adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado - pT3N0M0, margens livres. Produto de enucleação pancreática, neoplasia neuroendócrina de baixo grau. Conclusão: Demonstrar caso raro de câncer colorretal sincrônico a tumor neuroendócrino de pâncreas.

PALAVRAS-CHAVES: CÂNCER|COLORRETAL|NEUROENDÓCRINO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2317

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: ILEÍTE DE CROHN ASSOCIADO A CORPO ESTRANHO EM ÍLEO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCO FELIPE FRANCO ROSA (HOSPITAL HELIÓPOLIS), SAULO BORBOREMA TELES (HOSPITAL HELIÓPOLIS), LUCAS RODRIGUES BOARINI (HOSPITAL HELIÓPOLIS), BRUNA FERNANDES DOS SANTOS (HOSPITAL HELIÓPOLIS), BRUNA LIMA DAHER (HOSPITAL HELIÓPOLIS), YOURI BARBOSA ANDRIKOPOULOS (HOSPITAL HELIÓPOLIS), EDUARDO DE SOUZA ANDRADE (HOSPITAL HELIÓPOLIS), ALLISON TAKEO TSUGE (HOSPITAL HELIÓPOLIS)

RESUMO: Introdução: A ingestão acidental de corpos estranhos (CE) ocorre principalmente em crianças e em adultos com déficits neurológicos, doenças psiquiátricas ou uso de entorpecentes. Mais de 80% dos CE ingeridos passam sem a necessidade de intervenção e muitos deles podem ser detectados com radiografias simples. A Doença de Crohn (DC) tem etiologia incerta e caracteriza-se por inflamação transmural que pode envolver todo o trato gastrointestinal. O mais acometido é o intestino delgado (80%), em especial o íleo distal, um terço dos pacientes com ileíte exclusiva. Seu diagnóstico é estabelecido com achados endoscópicos ou estudos de imagem em um paciente com uma história clínica compatível. Relato de caso: Paciente feminino, 38 anos, ingressa ao PS de cirurgia geral do Hospital Heliópolis com história de 10 dias dor abdominal difusa e vômitos. Com 7 dias houve piora do quadro (febre, diarreia e 10 evacuações/dia). Histórico de Doença de Crohn (DC) diagnosticada havia 2 anos, por colonoscopia, sem tratamento. Tabagista e etilista, negava história familiar de DC. Estava em regular estado geral, desidratada, estável hemodinamicamente, porém o abdome apresentava ruídos hidroaéreos aumentados, doloroso à palpação de flanco e fossa ilíaca direita (FID), onde palpava-se plastrão, sem irritação peritoneal. Exame proctológico sem alterações. Dos exames complementares, RX de abdome sem pneumoperitônio, com distensão de alças de delgado e artefato metálico em topografia de FID. Tomografia computadorizada de abdome mostrava espessamento de gordura pericecal e íleo terminal com distensão de alças à montante. Artefato metálico (piercing) em topografia de válvula ileocecal. Colonoscopia dentro da normalidade até o ceco, porém o aparelho era intransponível à válvula ileocecal por deformidade severa da mesma, e o corpo estranho não pôde ser localizado. Com diagnósticos de Ileíte por DC e corpo estranho em íleo, iniciado antibioticoterapia, pulsoterapia com corticóide e sintomáticos. Após 6 dias de tratamento clínico, evoluiu com melhora clínica parcial e foi submetida à ileocelectomia videoassistida. No 3º dia de pós operatório cursou com hemorragia digestiva baixa e choque cardiogênico, que foram tratados clinicamente com evolução satisfatória, e obteve alta hospitalar 1 semana após. O anatomopatológico da peça confirmou a doença inflamatória intestinal crônica. Conclusão: O presente relato demonstra um caso atípico de DC associado a CE em íleo terminal.

PALAVRAS-CHAVES: CROHN | CORPO ESTRANHO | COLONOSCOPIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2323

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pólipo retal em criança. Importância clínica e terapêutica.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VICTOR DIAS DO AREAL SOUTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), GERSON SUGUIYAMA NAKAJIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), VALÉRIA KARINE DE AZEVEDO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), GUSTAVO DEMASI QUADROS DE MACEDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), REBECA CRISTINA MOTA DE VASCONCELOS DIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), PAULO CÉZAR COSTA DUARTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), MÁRIO GABRIEL LUBE BATTILANI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS)

RESUMO: Introdução: Os pólipos de reto e cólon consistem em causa importante de retorragia em crianças, estando comumente associados a quadro de constipação, prolapso da lesão polipoide e ou hemorragia. Acometem com mais frequência a faixa etária dos 2 aos 4 anos e, em sua maioria, têm características histológicas de pólipos juvenis. Relato de caso: Menino de 12 anos, pardo, procurou atendimento médico com queixas de prolapso de lesão nodular e hematoquezia, especialmente quando as fezes estavam ressecadas. Ao exame físico especial proctológico, apresentava ausência de plicomas ou fissuras, esfíncter anal normotônico; observou-se em reto lesão nodular, móvel, indolor, a qual foi exteriorizada digitalmente: lesão polipoide, pediculada. Exames laboratoriais não evidenciaram anemia ou alterações na coagulação. Foi realizada polipectomia transanal com a transfixação do pedículo com fio Catgut cromado 2-0. Discussão: O pólipo Juvenil é uma condição benigna que causa exteriorização de lesão nodular (?caroço?) à evacuação e eventual retorragia, sem grandes comprometimentos clínicos ou necessidade de seguimento quando feita a polipectomia. Contudo, deve suscitar interesse médico cuidadoso por, mesmo que raramente, poder apresentar características adenomatosas de possível evolução maligna. Os quadros de múltiplos pólipos, representados pela Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e a Síndrome de Peutz-Jeghers, também devem ser diferenciados. O estudo endoscópico do intestino grosso (retossigmoidoscopia ou colonoscopia) e o estudo anatomopatológico da lesão ressecada são capazes de esclarecer tais questões. No entanto, o achado de pólipo juvenil é preditor de evolução satisfatória, tipicamente sem recidivas. Conclusão: O pólipo juvenil é uma entidade rara, de fácil diagnóstico e que merece acompanhamento clínico endoscópico para detecção de possíveis lesões suspeitas.

PALAVRAS-CHAVES: Pólipo juvenil | Colonoscopia | Neoplasias Colorretais

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2358

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR HÉRNIA INTERNA E VOLVO CECAL (CECO MÓVEL)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANNA LUIZA SOUZA (UNIFENAS), JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO (UNIFENAS), ANA LUCIA CARVALHO (UNIFENAS), ALINE STIVANIN TEIXEIRA (UNIFENAS), JESSICA DANIELE MARQUES (UNIFENAS), ALEX SILVA ALMEIDA (UNIFENAS), HENRIQUE AMANCIO FERREIRA (UNIFENAS), LARA VARINI SOARES (UNIFENAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O ceco móvel é uma variação anatômica embriológica do cólon ascendente e/ou do ceco, resultante da descida incompleta desse segmento do intestino grosso e da sua não fixação no peritônio da goteira parieto-cólica direita. A falta dessa fusão permite movimentação do ceco e/ou do cólon ascendente facilitando a torção sobre seu eixo longitudinal ou a dobra medial do ceco sobre si permanecendo apostado em sua borda medial à borda medial do cólon ascendente, ocorrendo em 10 a 30% das pessoas. RELATO DE CASO: Paciente de 19 anos de idade, sexo masculino, deu entrada no Serviço de Cirurgia do HUAV com quadro de dor abdominal em cólica, difusa, queda do estado geral, febril, vômitos incoercíveis de início há doze horas. Apresentava-se desidratado, taquicárdico e hipocorado (+/4+). Ao exame físico, observou-se presença de massa palpável em fossa ilíaca esquerda e epigástrio, além de peristaltismo de luta visível à inspeção. Toque retal sem alterações. Exames laboratoriais: Presença de leucocitose de 15.500 com 70% de segmentados. Rx de abdome: Presença de níveis hidroaéreos e distensão gasosa de alças do grosso intestino e delgado. Ultrassonografia abdominal: Inconclusiva. TC de abdome: compatível com volvo colônico. Paciente conduzido ao bloco cirúrgico e submetido à laparotomia exploradora que revelou hérnia interna do ceco que se encontrava móvel com pedículo mesentérico alongado e posterior as alças de jejuno e mesentério, cianótico, extremamente distendido. Feito redução da hérnia interna (volvo do ceco e cólon ascendente), aspiração do conteúdo entérico por enterotomia descompressiva. Fixação do ceco ao peritônio da goteira parieto-cólica direita com pontos de Prolene 30, lavagem exaustiva da cavidade e laparorrafia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório com retorno da dieta em 4º dia pós-operatório e alta no 10º dia pós-operatório. CONCLUSÕES: No presente caso o diagnóstico foi feito com base no exame clínico com auxílio dos exames de imagem (Radiografia, TC de abdome). O tratamento cirúrgico é imperativo, com redução da hérnia de ceco móvel e fixação ao peritônio da fossa ilíaca direita, conduta adotada no presente paciente. BIBLIOGRAFIA: 1. Marques dos Santos, CH; Marão, RF; Bezerra, FMM. Síndrome do Ceco Móvel-Manifestações Clínicas e Avaliação Radiológica da Mobilidade do Ceco e Cólon Ascendente em Pacientes com Queixa de Constipação Crônica. Rev bras Coloproct, 2007.

PALAVRAS-CHAVES: OBSTRUÇÃO INTESTINAL|VOLVO CECAL|HÉRNIA INTERNA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2397

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Procidência retal habitada por hérnia perineal: Relato de caso e tática operatória

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FLÁVIA YUMI ATAKA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), SANDRA DI FELICE BORATTO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), MARIANE ANTONIETA MENINO CAMPOS (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), LUIZ FELIPE VIANA VERAS GOULART (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:**A procidência retal (PR) é um transtorno da estática do reto e se manifesta pela exteriorização de todas as camadas teciduais deste segmento intestinal pelo ânus. É uma anomalia relativamente incomum, incapacitante e de etiologia pouco conhecida. São comuns sangramento retal e saída de secreção mucoide. Incontinência fecal é associada como resultado de um esfíncter enfraquecido, que permite que ocorra o prolapso. Mais comum em mulheres multíparas idosas ou pacientes cronicamente constipados, com distúrbios psiquiátricos ou obesidade. As hérnias perineais podem ser definidas como protrusão do conteúdo abdominal por causa de um defeito perineal e podem ser classificadas em primárias ou secundárias, sendo as primeiras resultantes da formação espontânea de um defeito na musculatura do assoalho pélvico e, as segundas, posteriores a procedimentos cirúrgicos, infecções da região e múltiplos partos normais. Têm epidemiologia semelhante à PR, com mulheres a partir de 50-60 anos, multíparas e uma frequência pós cirurgias entre 0,62 a 1% dos casos. Porém, a ocorrência das duas comorbidades não é frequente. Este caso apresenta a concomitância delas e tem como objetivo apresentar a tática operatória escolhida neste raro relato. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 83 anos, admitida no PS por exteriorização progressiva do intestino há 3 anos, associada a episódios de sangramento e dor. Sem alterações do hábito intestinal e referia que porção exteriorizada aumenta em posição ortostática. É 3G3P0A, todos os partos realizados em casa. Estava em bom estado geral, estável hemodinamicamente. O abdome era flácido, globoso, indolor à palpação e com ruídos hidroaéreos presentes. À inspeção anal, encontrava-se saliência de cerca de 15 cm do orifício anal, avermelhada, em forma de cone, sem saída de secreção ou sinais de necrose e apresentando movimentos peristálticos; dolorida à palpação. Foi diagnosticada a PR e indicado tratamento cirúrgico. No momento operatório, evidenciou-se a presença de uma hérnia com conteúdo de delgado no interior da procidência. Optou-se pela incisão arciforme no reto com abertura até o mesoreto, ressecção da área protrusa, redução da hérnia, fechamento primário em 4 quadrantes e, por fim, cerclagem. Evoluiu-se sem intercorrências. **DISCUSSÃO:** Devido à presença da fragilidade do assoalho pélvico como uma das etiologias das duas comorbidades, é importante questionar a associação entre elas em pacientes com diagnóstico inicial de procidência retal.

PALAVRAS-CHAVES: procidência retal | hérnia perineal | tática cirúrgica

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2409

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Carcinomatose em paciente com RCU

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), RODRIGO BECKER PEREIRA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), BRUNO LORENZO SCOLARO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), GUSTAVO BECKER PEREIRA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), STEPHANIE THEISEN KONZEN (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), NATASHA CAMILO DIAS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: Introdução: A retocolite ulcerativa idiopática (RCU) é uma doença inflamatória intestinal que acomete de forma inespecífica e difusa a mucosa do reto e cólon. Sua etiopatogenia ainda não é completamente estabelecida, mas acredita-se que existam situações que interfiram na gravidade da doença. Dentre os sintomas possíveis estão mal-estar, dor abdominal, diarreia mucopiossanguinolenta e em casos mais graves febre e quadros de abdome agudo. Seu tratamento pode ser clínico ou cirúrgico. O tratamento clínico é realizado com derivados 5-aminossalicilatos, imunossupressores e até imunobiológicos, como infliximab e adalimumab nos casos mais graves. Nestes casos deve-se realizar o rastreamento para cânceres do trato gastrointestinal já que essas medicações aumentam em 3x as chances de desenvolvimento de diversos tipos de cânceres. O tratamento cirúrgico deve ser considerado nos pacientes refratários ao tratamento clínico. A remoção de todo cólon e reto representa uma alternativa curativa para a doença, sendo a proctocolectomia total com bolsa íleo anal o procedimento de escolha. O tempo cirúrgico é de suma importância, não deixando a evolução da doença e o tempo e expansão do quadro inflamatório aumente a morbimortalidade do paciente. Relato: Paciente 31 anos, feminina, diagnóstico de RCU desde os 10 anos, em uso de azatioprina e infliximabe há 10 anos. Presença de pancolite severa há 3 anos. Internou há 1 mês com quadro de suboclusão intestinal, distensão abdominal, vômitos biliosos. Ao toque retal observou-se estenose de reto. Tc evidenciou lesão cístico-sólida de anexo esquerdo. Na suspeita de lesões neoplásicas foram solicitados marcadores tumorais, CEA, CA19-9, CA125, em que o CEA apresentou valor superior a 600. O quadro de suboclusão foi manejado com tratamento clínico (UTI - antibióticos e corticoide). A equipe da oncologia e da proctologia optaram por realizar o tratamento cirúrgico em conjunto, tendo como plano uma proctocolectomia total e tratamento da neoplasia ovariana, porém no transoperatório foi evidenciada carcinomatose peritoneal severa, impossibilitando o tratamento cirúrgico. Optou-se apenas por derivação intestinal ? ileostomia e encaminhamento ao tratamento oncológico. Conclusão: o tratamento clínico costuma ser a 1ª forma de tratamento em pacientes com RCU, mas a avaliação clínico-cirúrgica deve ser precoce para que em casos de evoluções desfavoráveis a equipe esteja ciente do caso e pronta para propiciar a melhor abordagem no tempo correto.

PALAVRAS-CHAVES: Coloproctologia | Carcinomatose | RCU

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2431

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL NO ANO DE 2015 NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), FRANCISCO DE ASSIS COSTA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), HILTON AGUIAR CANUTO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LUCAS BRUNO BORGES (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LUCAS DE OLIVEIRA LIMA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), YILON LIMA CHENG (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Uma ostomia é uma abertura artificial do trato intestinal ou urinário à parede abdominal. As técnicas de realização de uma colostomia foram desenvolvidas para proporcionar uma cura ou palição para doenças benignas ou malignas, ou fornecer desvio dos resíduos até que sejam atingidas condições que permitam o restabelecimento da continuidade intestinal normal. OBJETIVO: Traçar o perfil dos pacientes submetidos à reconstrução de trânsito intestinal no ano de 2015 no Hospital Geral de Fortaleza. METODOLOGIA: Trata-se de estudo observacional, retrospectivo, descritivo e analítico realizado a partir da revisão de prontuários médicos. No período de janeiro a dezembro de 2015, foram selecionados 27 pacientes que se submeteram a reconstrução de trânsito intestinal. Os seguintes parâmetros foram analisados: idade, sexo, tempo decorrido entre a cirurgia índice e a reconstrução, causa da ostomia, tempo de internação, complicações, tipo de ostomia e tempo de início da dieta. RESULTADOS: Esse estudo foi realizado com 27 pacientes, 16 do sexo masculino (59%) e 11 do sexo feminino (41%). A média de idade dos pacientes foi de 58 anos. As principais indicações de ostomia foram por diverticulite (26%), obstrução intestinal por neoplasia de cólon (22%), hérnia inguinal estrangulada (11%) e colite isquêmica (11%). O tempo médio de internação para reconstrução de trânsito intestinal foi de 16 dias. O tempo médio de espera entre a cirúrgica índice e a reconstrução de trânsito intestinal foi de 19 meses. Os tipos de ostomias mais prevalentes foram a Colostomia à Hartmann (59,3%), ileostomia terminal (18,6%), ileostomia à Mikulicz (7,4%), ileostomia em alça (7,4%), colostomia em alça (3,7%) e a colostomia à Mikulicz (3,7%). O tempo médio de início da dieta no pós-operatório foi de 4,8 dias. CONCLUSÃO: As operações para reconstituição do trânsito intestinal não são desprovidas de complicações, sendo necessário restringir as indicações das colostomias. Ao final do estudo, constatamos que os paciente submetidos a ostomias ficam por longos períodos a espera de cirurgia de reconstrução de trânsito, acarretando prejuízo econômico (devido aos gastos com os cuidados com a ostomia) e o prejuízo social causado pela presença da ostomia. Bibliografia: David R. Flum, M.D., M.P.H. Acute Appendicitis ? N Engl J Med 2015; 372:1937-1943 May 14, 2015; Talan DA, Saltzman DJ, Amii R, DeUgarte DA, Wu JX, Moran GJ; Olive View?UCLA Appendicitis Study Group. Ann Emerg Med. 2016 Dec 11.

PALAVRAS-CHAVES: COLOSTOMIA|OSTOMIA|RECONSTRUCAO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2440

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso de Tumor de Buschke-Löwenstein

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), STEPHANIE THEISEN KONZEN (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), BRUNO LORENZO SCOLARO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), GUSTAVO BECKER PEREIRA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), RODRIGO BECKER PEREIRA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: RESUMO: O tumor de Buschke-Löwenstein (TBL), condiloma acuminado gigante ou carcinoma verrucoso de Ackerman é uma doença epitelial benigna que afeta a região anogenital, sexualmente transmitida, a qual tem sido associada ao papiloma vírus humano, principalmente os subtipos 6 e 11. A incidência é de, aproximadamente, 0,1% na população geral. Histologicamente apresenta aspecto benigno, porém clinicamente demonstra comportamento de malignidade ao infiltrar tecidos adjacentes e apresentar alta recorrência após o tratamento (60-66%). Outros fatores implicados são má higiene, irritação crônica, prosmicuidade e imunossupressão. O rápido crescimento deste tumor costuma estar associado a deficiências da imunidade, como aids. A primeira linha de tratamento é a excisão radical da lesão associada ou não à quimioterapia adjuvante.**RESULTADOS:** Paciente masculino, 20 anos, com DM tipo I, procurou atendimento médico referindo apresentar há 2 meses proctalgia e sangramento anal vermelho vivo após evacuações evidenciado no papel higiênico em pequena quantidade. Relatava relação homoafetiva (passiva e ativa) há 3 anos e com parceiro fixo há 1 ano. Ao exame físico apresentava presença de múltiplas lesões condilomatosas em região perianal, circunferencial, variando de 1 a 4mm. À anoscopia apresentava lesão vilosa, irregular, acometendo circunferencialmente o canal anal, com 10cm de extensão. Realizado sorologias com resultado positivo para HIV. Realizado biópsias da lesão que evidenciaram carcinoma verrucoso e solicitado estadiamento oncológico com RNM de abdome total, TC de tórax e exames laboratoriais. Discutido caso com serviço de oncologia que iniciou processo para realização de QT/RT.**CONCLUSÃO:** Em razão da baixa incidência da patologia, o relato do presente caso se torna importante para o aprendizado médico.

PALAVRAS-CHAVES: Coloproctologia | Tumor de Buschke-lowenstein | Condiloma acuminado gigante

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2444

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fasciíte necrotizante

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), BRUNO LORENZO SCOLARO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), GUSTAVO BECKER PEREIRA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), RODRIGO BECKER PEREIRA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), STEPHANIE THEISEN KONZEN (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: Introdução: Descrita em 1871, pelo cirurgião militar dr. Joseph Jones, a fasciíte necrotizante (FN) é uma infecção grave e rara, caracterizada por necrose extensa e rapidamente progressiva. Acomete fáscia muscular e tecido celular subcutâneo. Não existem dados nacionais com relação a sua real incidência, mas o Center for Disease Control (CDC), informa que são diagnosticados entre 500-1500 casos por ano nos EUA, sendo então importante atentar aos seus fatores de risco. Entre os principais estão: doenças crônicas, malignas, imunossupressões, abuso de álcool, uso de drogas, lesões de pele, úlceras crônicas em pacientes acamados, como é o caso da paciente relatada, traumas abertos, etc. A taxa de mortalidade varia de 13-76%, sendo relacionado com o diagnóstico precoce e abordagem cirúrgica no tempo correto. Relato: paciente feminina, 67 anos, hemiparética, pouco comunicativa, com história de 5 anos há 8 anos, dá entrada em ps com quadro de edema, dor em região supra púbica e vulva, com aproximadamente 1 dia de evolução, informa febre há 1 dia com presença de hiperemia em local com piora à palpação. Ao exame físico da região pubiana/períneo: edema, vários pontos de equimose, hiperemia, calor local com sinais flogísticos, associado a flutuação e necrose de pele em região de vulva esquerda e fossa isquiaoanal. A paciente foi encaminhada à equipe da coloproctologia para avaliação, diagnosticando FN com acometimento de fossa isquiaoanal à esquerda, vulva bilateral, acometimento parcial de parede lateral esquerda de vagina, região supra púbica, púbica, fossa ilíaca esquerda, flanco esquerdo e região inguinal esquerda, onde observaram necrose de pele e partes moles, associado à enfisema subcutâneo. Realizada TC que evidenciou coleção enfisematosa em assoalho pélvico à esquerda, associado ao processo infeccioso. Realizado debridamento cirúrgico extenso, e remoção manual de fecaloma. O paciente foi a óbito em decorrência de choque séptico e falência de múltiplos órgãos. Conclusão: a FN é uma condição clínica gravíssima, que pode gerar rápida destruição de uma forma irreversível dos tecidos. Pode, também, evoluir com amputação de membros e até óbito, como o caso relatado. O diagnóstico precoce associado ao tratamento clínico e cirúrgico minimiza o potencial para evoluções desfavoráveis.

PALAVRAS-CHAVES: Fasciíte necrotizante | Coloproctologia | Fasciíte necrosante/tratamento

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2447

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MEGACÓLON ? CIRURGIA DE DUHAMEL LAPAROSCÓPICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA MOREIRA COSTA (PUC CAMPINAS), THIAGO ALVIM BARREIRO (PUC CAMPINAS), REGINA GREILBERGER RIBEIRO (CLINICA REIS NETO), GUILHERME ZUPO TEIXEIRA (CLINICA REIS NETO), IVNA HOLANDA VIANA (CLINICA REIS NETO), ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR (CLINICA REIS NETO), JOSÉ ALFREDO DOS REIS JÚNIOR (CLINICA REIS NETO), JOSE ALFREDO DOS REIS NETO (CLINICA REIS NETO)

RESUMO: Introdução: O megacólon chagásico é uma moléstia endêmica no Brasil. Devido suas frequentes complicações, a indicação cirúrgica eletiva é geralmente feita nos casos avançados ou com má resposta ao tratamento clínico. Dentre as diversas técnicas operatórias descritas, a cirurgia de Duhamel tem obtido os melhores resultados a curto e a longo prazo. Objetivo: Analisar 56 casos de pacientes com megacolon tratados com cirurgia de Duhamel via Laparoscopia Metodologia: Foram operados 56 pacientes com a técnica de Duhamel modificada com acesso pela via laparoscópica, com ampla anastomose da parede anterior do cólon abaixado à parede posterior (mucosa) do reto no mesmo tempo cirúrgico em que se anastomosa a parede posterior do cólon abaixado ao canal anal, sendo a peça retirada pela incisão perineal, evitando estender a incisão de um dos trocartes. Resultados: O tempo cirúrgico médio foi de 142 minutos, com tempo médio de internação hospitalar de 3 dias. Foram observadas as seguintes complicações: um sangramento sacral (1,78% dos casos); uma perfuração de sigmoide, requerendo conversão cirúrgica para a via laparotômica (1,78%). Houve 2 casos (3,57%) foi necessária uma incisão complementar de Pfannenstiel para retirada da peça. Relatada uma incidência de 3,57% de infecção urinária e de 1,78% de trombose venosa profunda. Três pacientes (5,35%) apresentaram incontinência parcial temporária (gases e fezes líquidas) por um período máximo de quatro meses, ficando assintomáticos após esse período de tempo. Com o seguimento de 49 pacientes, evidenciado um (1,78%) com necessidade de uso esporádico de laxativos. Não houve deiscência do fechamento da ampola retal, nem necrose do cólon abaixado. Conclusão: Os resultados observados em 56 pacientes quanto à cura da obstipação são similares aos registrados na cirurgia convencional, porém com um menor índice de morbidade, seja intra ou pós-operatória. A abordagem laparoscópica é uma via de acesso válida para a realização da técnica de Duhamel para o tratamento do megacólon.

PALAVRAS-CHAVES: Megacolon adquirido | Laparoscopia | Cirurgia de Duhamel

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2529

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO DE MAGACÓLON CHAGÁSICO POR CIRURGIA DE DUHAMEL-HADDAD: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), ISABELLA ALVES DA SILVA BARBOSA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS)

RESUMO: TRATAMENTO DE MAGACÓLON CHAGÁSICO POR CIRURGIA DE DUHAMEL-HADDAD: RELATO DE CASO
TREATMENT OF CHAGASIC MEGACÓLON BY DUHAMEL-HADDAD SURGERY Isabella Alves da Silva Barbosa¹, Otávio Lima de Arruda Júnior², Pedro Ernesto Alves Mangueira Júnior³ Acadêmica de medicina, ² Médico residente em Cirurgia Geral, ³ Médico especialista em Proctologia
RESUMO
Objetivo: Descrever o acompanhamento clínico, propedêutico por imagem e cirúrgico de um paciente com Megacólon chagásico na cidade de Araguaína-TO. Metodologia: As informações foram obtidas através de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e revisão da literatura. Relato: Paciente, 64 anos, sexo masculino, portador de doença de Chagas evolui com prolapso de colostomia de Hartman, sendo submetido a cirurgia de Duhamel-Haddad para tratamento. Considerações: É consenso geral que o tratamento megacólon é cirúrgico. Não visa a cura da doença, uma vez que é incurável e não restrita ao intestino. Tem por finalidade evitar a constipação crônica e profilaxia para outras complicações. Palavras-chave: ?megacólon?, ?colostomia?, ?cirurgia?
Objective: To describe the clinical follow-up, preparatory imaging and surgery of a patient with megacolon chagasic in the city of Araguaína -TO. Methodology: Data were obtained through review of medical records, interview with the patient, photographic record of diagnostic methods and literature review. Report: Patient, 64 years old, male, Chagas disease carrier evolves with prolapsed colostomy Hartman and underwent Duhamel - Haddad surgery for treatment. Considerations: It is generally agreed that megacolon treatment is surgical. It is not intended to cure the disease is incurable once and not restricted to the intestine. It aims to prevent chronic constipation and prophylaxis for other complications. Keywords: " megacolon ", " colostomy ", " surgery "

PALAVRAS-CHAVES: magacólon|colostomia|cirurgia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2612

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Polipose adenomatosa múltipla de cólon: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LAISA ALVES DE SOUZA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), RICARDO DOS SANTOS VASCONCELOS (HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ - HPM), MILENA AGRIZZI BOZI ALEXANDRE (HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ - HPM), CLAUDIO LUIZ LOURENCO DE SOUZA (HOSPITAL PÚBLICO DE MACAÉ - HPM), BRUNO BERNABÉ LUBRAICO (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), IGOR FECURY LIMA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), CAIO MONTEIRO PIMENTEL (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIVEIRA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM)

RESUMO: Introdução: A Polipose colônica adenomatosa múltipla, se caracteriza pela presença de incontáveis pólipos espalhados pelo cólon. Cada pólipo individual não tem uma maior propensão a sofrer degeneração maligna do que um pólipo esporádico. É o grande número de pólipos que faz com que o risco de malignidade seja alto. Aproximadamente 70% dos pacientes tem história familiar positiva para pólipos colorretais e câncer, sendo a polipose adenomatosa familiar (PAF) a forma mais conhecida e estudada geneticamente. Sem cirurgia profilática, mais de 90% dos pacientes desenvolvem câncer na terceira década de vida. Câncer duodenal e outros tumores podem vir associado, mesmo após colectomia total. Relato de caso: A.B.P.A., masculino, caucasiano, 26 anos, encaminhado ao ambulatório com quadro de sangramentos intestinais frequentes e recorrentes, sem outras queixas. Realizado retoscopia imediata, que evidenciou vários pólipos em reto distal. Solicitado colonoscopia, que demonstrou a presença de múltiplos pólipos, do ceco até o reto distal, com histopatológico de adenomas. Submetido eletivamente a proctocolectomia total, com ressecção de parede anterior do reto e anastomose íleo-anal em bolsa ileal em ?J? e ileostomia protetora. Paciente evoluiu sem anormalidades no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no 7º dia. Retornou ao serviço quatro meses depois para fechamento da ileostomia, mantendo atualmente acompanhamento regular e orientação familiar, com evacuações pastosas 3 a 4 vezes por dia com uso eventual de loperamida. Conclusão: A Polipose Adenomatosa Múltipla é uma condição que oferece alto risco de desenvolvimento de câncer colorretal em pacientes jovens, portanto, a cirurgia profilática está recomendada nesses casos. Endoscopia Digestiva Alta periódica, é necessária após colectomia total, para vigilância e redução do risco de câncer ampular e duodenal. Há também a necessidade de investigação familiar, em parentes de primeiro grau, através de colonoscopia, por ser uma condição frequentemente genética.

PALAVRAS-CHAVES: Polipose familiar | Polipose colônica adenomatosa múltipla | Polipose adenomatosa

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2636

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Regressão completa de adenocarcinoma colo-retal com neoadjuvância segundo o protocolo ? Wacht and Wait?.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUIZ ALBERTO MARQUES SANTOS FILHO (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA), ORLANDO CONTRUCCI FILHO (UNISA), THALES FELIPE DOS SANTOS PEREIRA (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: o câncer colorretal é a neoplasia gastrointestinal mais comum com uma estimativa de 136000 novos casos diagnosticados em 2014 nos Estados Unidos. O tratamento cirúrgico radical pode levar a comorbidades muito extensas, como a necessidade de colostomia permanente, incontinência fecal, disfunção sexual e urinaria, e até mesmo mortalidade. Estudos comprovam a eficácia da terapia neoadjuvante na regressão tumoral significativa, o que poupa os pacientes da morbidade pós operatória do tratamento radical. A abordagem ?Wacht and Wait? foi proposta pela Dra Angelita Habr-Gama no Brasil em 2009. Pelo protocolo, pacientes com reposta clinica completa após neoadjuvancia, são seguidos com exame físico de vigilância, colonoscopia e exames de imagem. Os excelentes resultados do uso desse protocolo, tem levado busca de regimes alternativos de neoadjuvância. CASO CLINICO: Homem de 42 anos, previamente hígido, procura atendimento com quadro de sangue nas fezes há uma semana. Negou emagrecimento ou outros sintomas. Ao exame proctológico, doença hemorroidária grau II, e presença de tumoração tocável a cerca de 6 cm da borda anal. Encaminhado para endoscopia que revelou lesão vegetante a cerca de 6cm da borda anal. Realizado biopsia que evidenciou adenocarcinoma .Foi proposto tratamento neoadjuvante seguido de cirurgia, a qual foi negada pelo paciente por motivos religiosos(testemunha de Jeová), devido a possibilidade de hemotransfusão. Encaminhado a neoadjuvância e retorno para reavaliação. Após terminó do tratamento, houve resposta completa e regressão total da lesão. A biópsia de controle no local da cicatriz evidenciou lesão actínica, sem sinais de recidiva .O paciente mantém acompanhamento ambulatorial com ressonância magnética, exame proctológico e colonoscopia, de acordo com protocolo ?Wacht and Wait?, onde ate a data presente, se mantem sem sinais de recidiva da lesão. DISCUSSÃO: O atual protocolo ?Wacht and Wait? é realizado durante o período de 9 semanas e na décima semana os pacientes são submetidos a avaliação com exame físico, endoscópico e exame de imagem que analisam a resposta ao tratamento. Num estudo feito por Habr-Gama em 2013, 68% dos pacientes obtiveram resposta clinico completa, e a taxa de sobrevida após 3 anos foi cerca de 90%. Mais da metade dos pacientes foram poupados de uma ressecção cirúrgica radical. Mais estudos randomizados e controlados são necessários para consolidação do protocolo Wacht and Wait.

PALAVRAS-CHAVES: adenocarcinoma colorretal | Watch and wait | Habr-Gama

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2661

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VARIZES DE CECO: ACHADO ENDOSCÓPICO E CONDUTA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA HARA NAHIME (UNITAU), RICARDO CARTAXO FILHO (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), VINICIUS FRALETTI RICCI (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), LARISSA BEATRIZ ROMBOLI ROCHA (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), DIOGO DE OLIVEIRA SOUZA (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), LUCAS SAN MARTIN CARVALHO CORRÊA (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), VALDEMIR JOSE ALEGRE SALLES (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP)

RESUMO: Introdução: O encontro de varizes no ceco associadas à hipertensão portal é raro, sendo observado em 3,4% da população e está frequentemente associado ao acometimento difuso dos demais segmentos cólicos, além da esclerose ou trombose das veias mesentéricas ou mesmo atresia do trato biliar. Objetivamos relatar um caso de varizes de ceco de médio e grosso calibre. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, branco, com 54 anos, etilista crônico, assintomático, foi submetido a colonoscopia como método de rastreamento para prevenção de doença neoplásica, evidenciando-se a presença de varizes de ceco de médio e grosso calibre. Conclusão: Para o diagnóstico das varizes do cólon inúmeros exames podem ser indicados, como a colonoscopia, o enema opaco com duplo contraste, a angiografia mesentérica, a cintilografia nuclear abdominal, a tomografia computadorizada abdominal, a angiotomografia computadorizada abdominal, a cápsula endoscópica, a eco-endoscopia, e o doppler colorido do fluxo mesentérico. A colonoscopia continua sendo o melhor método diagnóstico e terapêutico, entretanto, a insuflação excessiva feita durante o exame, pode provocar o colapso destas varizes, o que determina uma menor efetividade deste procedimento, situação que pode ser acentuada durante uma hemorragia aguda associada à hipotensão arterial. Na vigência de hemorragia o tratamento envolve métodos endoscópicos, de radiologia intervencionista ou mesmo cirúrgico, com a realização de colectomia parcial ou total. A escleroterapia ou a terapia de embolização venosa, empregadas para o controle de varizes cólicas hemorrágicas, deve ser realizada com extremo cuidado, devido a possibilidade da comunicação direta deste plexo vascular com a veia cava inferior. A escleroterapia ou a embolização não deve ser considerada como o tratamento definitivo, uma vez que não há decompressão do sistema venoso portal e a causa básica persistente pode desencadear o surgimento de um plexo venoso colateral na região. Referências: 1. García-Blázquez V, Vicente-Bártulos A, Olavarria-Delgado A, et al. Accuracy of CT angiography in the diagnosis of acute gastrointestinal bleeding: systematic review and meta-analysis. EurRadiol. 2013;23:1181-902. Vecchi et al. / Braz. J. Surg. Clin. Res. Portal hypertension - a review of literature. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research ? 2014; BJSCR, Vol.7,n.1,pp.45-49

PALAVRAS-CHAVES: VARIZES DE CECO | ENDOSCOPIA | HIPERTENSÃO PORTAL

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2664

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Neoplasias mucinosas de apêndice: relato de caso e revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELA SILVA VIEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), PERICLES JOSE OLIVEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), LETÍCIA AIRES BENJAMIN (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), INNARTHA LISLEY MANIÇOBA XAVIER (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), ANA CELI LEANDRO NOBREGA DE ALMEIDA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), SAMAYA SHELDAN LOPES BARBOSA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA)

RESUMO: Neoplasias mucinosas de apêndice: relato de caso e revisão de literatura Marcela Silva Vieira; Péricles José Carvalho de Oliveira; Thiago Alexandre Macedo de Azevedo; Letícia Aires Benjamin; Eduardo Lafayette Monteiro; Innartha Lisley Maniçoba Xavier; Ana Celi Leandro Nóbrega de Almeida; Samaya Sheldan Lopes Barbosa Instituição: Hospital Municipal Santa Isabel, João Pessoa/PB Introdução Essa patologia tem poucos achados específicos, se aproximando do quadro clínico de apendicite aguda ou como achado acidental radiológico, raramente sendo diagnosticado no pré ou intraoperatório. A maioria das mucocèles de apêndice surge secundária à obstrução da via de saída do apêndice, produzindo acúmulo de muco intraluminal. A etiologia das neoplasias mucinosas não é bem esclarecida, porém estudos sugerem fatores relacionados ao de estilo de vida e dieta, mais comumente diagnosticadas em pacientes com doença inflamatória intestinal. Sua incidência varia entre 0,2-0,5% de todos os tumores do TGI e, aproximadamente, 1% das neoplasias colorretais. O prognóstico, em geral, é bom. Relato de Casos M.L.S.C, 62, feminino, assintomática, foi atendida em 09/2016 após ser submetida a ultrassonografia (US) abdominal solicitada em consulta de rotina. Nega perda ponderal, alteração do hábito intestinal, sangramento digestivo ou outras queixas. Sem antecedentes para neoplasias. A US evidenciava formação expansiva sólido-cística na região de FID, com predomínio de conteúdo sólido, paredes finas e regulares, medindo 6x2cm. A TC de abdome com contraste mostrou o mesmo achado da US. O CEA não foi solicitado. Devido à natureza inespecífica dos achados foi submetida à VDL diagnóstica. O achado cirúrgico foi um apêndice aumentado de volume, sem linfonodos ou sinais macroscópicos de tumor; não foram observadas alterações em cavidade abdominal ou pélvica, a peça foi retirada intacta. A massa media aproximadamente 7x2cm e apresentava uma fina parede fibrosa e conteúdo mucoide hemorrágico viscoso sem lesão mucosa. A histologia mostrou-se tratar de um adenocarcinoma mucinoso com margem comprometida. Após 15 dias do primeiro procedimento, paciente foi submetida à hemicolectomia direita. O exame anatomopatológico da peça revelou ausência de neoplasias e linfonodos livres de tumor. Após a alta hospitalar, a paciente foi encaminhada ao serviço de Oncologia onde se encontra em acompanhamento clínico. Hoje, 5 meses após a cirurgia, não apresenta sinais clínicos e radiológicos de metástases ou tumores sincrônicos. Conclusão Devido a pouca especificidade dos sintomas, diagnóstico pré-operatório pouco frequente, sendo a maioria dos casos diagnosticados após apendicectomia, tendo em vista os pacientes serem assintomáticos. A cirurgia é o tratamento de eleição, sendo a via laparoscópica uma opção possível, desde que medidas de segurança sejam seguidas rigorosamente.

PALAVRAS-CHAVES: Nao informado

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2665

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: CISTOADENOMA DE APÊNDICE COMO CAUSA DE DOR ABDOMINAL CRÔNICA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS ZAGO SCOPEL (HOSPITAL GERAL MATERNIDADE TEREZA RAMOS), FERNANDA ÁVILA (HOSPITAL GERAL MATERNIDADE TEREZA RAMOS), PRISCILA SORANZO ZAPPELINI (HOSPITAL GERAL MATERNIDADE TEREZA RAMOS), RAFAEL HARTOG RESSETTI (HOSPITAL GERAL MATERNIDADE TEREZA RAMOS), ROBERTA KRAUSE ROMERO (HOSPITAL GERAL MATERNIDADE TEREZA RAMOS), JOSÉ ANGELO MUNIZ (HOSPITAL GERAL MATERNIDADE TEREZA RAMOS), FERNANDA ZENI DA ROSA (HOSPITAL GERAL MATERNIDADE TEREZA RAMOS), CARLA LETICIA RIGO GRZYBOWSKI (HOSPITAL GERAL MATERNIDADE TEREZA RAMOS)

RESUMO: OBJETIVO: O trabalho visa apresentar o relato de caso de um cistoadenoma mucinoso de apêndice, além de revisar conceitos básicos, diagnóstico, quadro clínico, tratamento e prognóstico. O objetivo é apresentar aspectos sobre essa rara condição, tendo em vista que o correto diagnóstico é muito importante para a seleção do tratamento cirúrgico adequado. MÉTODOS: Foi realizada a descrição de um relato de caso de uma paciente portadora de cistoadenoma de apêndice. A metodologia utilizada para discussão foi a revisão bibliográfica da técnica cirúrgica, de aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento da condição, bem como de sua apresentação histológica. RESULTADOS: Paciente de 68 anos com quadro de dor em fossa ilíaca direita (FID) há três anos, com exacerbação nas últimas semanas do diagnóstico, associada a náuseas, vômitos e inapetência. Os exames laboratoriais foram inespecíficos, sendo o diagnóstico sugerido por tomografia computadorizada (TC) e confirmada através do anatomopatológico após laparotomia exploradora, com evolução favorável no pós-operatório. CONCLUSÃO: A mucocele de apêndice é uma condição rara, com incidência de 0,2 a 0,7% dos achados anatomopatológicos em apendicectomias, sendo mais prevalente em mulheres (4:1) com mais de 50 anos. Não possui quadro clínico típico, geralmente apresentando-se como dor abdominal, mais proeminente em FID, podendo ser confundido com apendicite aguda. O diagnóstico geralmente é incidental durante o ato cirúrgico ou exames de imagem; o tratamento é cirúrgico. Em relação a sobrevida, consta em literatura que o cistoadenoma mucinoso de apêndice apresenta de 91 a 100% em cinco anos.

PALAVRAS-CHAVES: MUCOCELE | APÊNDICE CECAL | CISTOADENOMA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2673

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COMPLICAÇÕES NO SÍTIO DA COLOSTOMIA E APÓS A RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO INTESTINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA HARA NAHIME (UNITAU), LARISSA BEATRIZ ROMBOLI ROCHA (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), JÚLIO CÉSAR MORENO JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), LUCAS SAN MARTIN CARVALHO CORRÊA (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), RICARDO CARTAXO FILHO (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), DIOGO DE OLIVEIRA SOUZA (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), LUIZ EDUARDO LIMA RAMOS (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), VALDEMIR JOSE ALEGRE SALLES (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP)

RESUMO: Objetivo: Demonstrar as principais complicações da colostomia considerando o seu aspecto, funcionalidade e secundárias ao seu fechamento. Método: Realizada uma análise retrospectiva transversal de 43 pacientes com colostomia, atendidos no Hospital Regional do Vale do Paraíba. Resultados: Foram incluídos 26(60,4%) pacientes do sexo masculino e 17(39,5%) do sexo feminino, com média de idade de 50,6 anos, sendo de 41,9 anos para os pacientes com doença benigna e 63,4 para os com doenças malignas. Transversostomia foi realizada em 21(48,83%) pacientes, sendo terminal em 1 e em alça em 20 pacientes, com finalidade de proteção da anastomose em 15(75%) destes e para descompressão em 5(25%). A sigmiodostomia foi confeccionada em 22(51,1%) pacientes, sendo terminal em 5, em alça em 17 e destas 11(64,7%) tinham finalidade de descompressão e 6(35,2%) de proteção da anastomose. O tempo médio de permanência da colostomia foi de 20,3 semanas, variando de 5,4 a 67,4 semanas. Em 19 pacientes ocorreram complicações no sítio da ostomia:- 12(63,1%) com prolapso, ocorrendo somente nas colostomias em alça, sendo 10 nas transversostomias e 2 nas sigmiodostomias;- 3(15,7%) com estenose, ocorrendo somente nos pacientes com sigmiodostomia, sendo 2 terminal e 1 em alça;- 3(15,7%) com dermatite pericostômica- 1(5,2%) com necrose da colostomia. O fechamento da colostomia foi realizado em 40(93%) pacientes, ocorrendo complicações em 11 (27,5%), sendo 8(20%) com celulite, 2(5%) com obstrução intestinal e 1(2,5%) com deiscência da anastomose cólica. No acompanhamento ambulatorial 3 pacientes oncológicos evoluíram para óbito. Conclusão: A principal complicação foi o prolapso da colostomia em 12(27,9%) pacientes, envolvendo unicamente as do tipo em alça. A celulite incisional foi a principal complicação pós-operatória (18,6%). A confecção de colostomia, mesmo com indicação bem definida e obedecendo a rígido ritual técnico, ainda envolve complicações locais e sistêmicas, que podem aumentar o período de internação, piorar a morbi-mortalidade e dificultar a reabilitação do ostomizado. Referências: 1. Bannura GC, Perales CG, Contreras JP, Valencia CE, Melo CL. Reconstitución de tránsito intestinal luego de la operación de Hartmann: análisis de 100 pacientes. Rev Chil Cir 2013; 51(4):359-66. 2. Berne JD, Velmahos GC, Chan LS, Asensio JA, Demetriades D. The high morbidity of colostomy closure after trauma: further support for the primary repair of colon injuries. Dis Colon Rectum 2014;15(3): 53-57

PALAVRAS-CHAVES: COLOSTOMIA|RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO|COMPLICAÇÕES

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2689

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA COLORRETAL PARA TIREÓIDE: uma raridade ou uma doença subdiagnosticada?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FILIPE NACLE TOLEDO GANNAM (BENEFICIENCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO), CLARA YOUNG KIM (BENEFICIENCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO), MARIANA CARNEIRO RAI0 (BENEFICIENCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO:O adenocarcinoma é o tipo histológico que mais acomete o cólon, sendo a terceira neoplasia mais incidente no mundo.No Brasil,é o quarto tumor mais incidente.Há cinco vias de disseminação conhecidas.O tratamento é remoção cirúrgica com margem de segurança e ressecção dos linfonodos correspondentes à sua drenagem;podendo complementar com quimioterapia, radioterapia e imunoterapia.Apresentamos um caso de metastáse do tumor colorretal para tireóide e revisão da literatura,para contribuir na discussão do tema,forneendo uma base que possibilite uma visão mais clara da doença.RELATO DE CASO:O.A.S,56 anos,feminino,hipertensa,dislipidêmica,iniciou aumento de volume abdominal com náuseas,vômitos e obstipação intestinal.Submetida à laparotomia exploradora com colectomia direita por tumor.O exame histopatológico confirmou adenocarcinoma infiltrativo em cólon direito,de 7,5 cm com margens livres e 5 linfonodos sem comprometimento(pT3, PNO, pMx).Em 10/2014,realizou TC de tórax,abdome e pelve,com imagem nodular hipodensa em lobo esquerdo de tireoide,de 2,4 x 1,8 centímetros,opacidades nodulares pelo parênquima pulmonar bilateral, formações nodulares esparsas no lobo direito hepático com contornos irregulares e margens mal definidas,realce heterogêneo após administração de contraste,com wash out precoce.Em novembro/2014,foi realizada PAAF nos nódulos tireoidianos,que evidenciou carcinoma pouco diferenciado,com necrose.Submetida a tireoidectomia radical e esvaziamento recorrential bilateral,com diagnostico imuno-histoquímico:lobo esquerdo-carcinoma folicular encapsulado,minimamente invasivo,de 1,6 cm,presença de metástase de adenocarcinoma de 2 mm em nódulo tireoidiano.Após quimioterapia,os nódulos hepáticos diminuíram,sendo biopsiados em 03/2016 sem sinais de malignidade.Após seis meses,evidenciou-se nódulos esparsos nos pulmões e nódulo calcificado no lobo inferior direito com linfonodos calcificados no hilo.Fígado com piora no numero e dimensões dos nódulos.O paciente em quimioterapia adjuvante,aguarda investigação pulmonar.CONCLUSÃO:A metástase do câncer colorretal para tireoide apresenta número restrito de casos na literatura e pode ser subdiagnósticada devido à falta de sintomas e à inalteração na sobrevida em dez anos em pacientes operados ou não. Alerta-se a alta incidência de metástases para tireóide não diagnosticadas,descobertas por autopsia.Observa-se que o fato de diagnosticar ou não,parece não exercer efeito na sobrevida em 10 anos.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor. Colorretal. |Metástase. |tireoide

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2696

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA MALIGNA DE CÓLON NO ESTADO DA BAHIA NO PERÍODO DE 2010 A 2015: UM ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OSANA JULIANA VALERIANO LOPES DE ALMEIDA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), ANA PAULA CARDOSO DE QUEIROZ (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), LORENA CHAGAS DAMACENO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), LAÍS FRANCIELE SANTANA PORTELA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), MYLLA REGINA CARNEIRO SANTOS (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (UFBA)

RESUMO: Objetivo: Descrever o perfil do comportamento epidemiológico da Neoplasia Maligna de Cólon na Bahia no período de 2010 a 2015, na busca por dados que evidenciem o crescimento desta comorbidade tornando necessário o acompanhamento do seu desenvolvimento. Método: O estudo tem uma abordagem descritiva, realizado por meio de um estudo ecológico com dados secundários. As informações utilizadas foram extraídas do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram utilizados os indicadores de mortalidade por causas e taxa de internamentos/100.000 habitantes, estratificados por sexo, faixa etárias e macrorregiões. Resultados: De acordo com os dados coletados, foram registrados 4864 internamentos na Bahia entre 2010 e 2015. A média de internamentos durante este período foi de 5,51/100 mil habitantes, na qual a taxa média de mulheres foi de 5,63/100 mil habitantes e a de homens foi de 4,95/100 mil habitante. A faixa etária que apresentou taxas de internamento mais elevadas foi 80 anos ou mais com média de 70,23/ 100mil habitantes. Quanto as macrorregiões, as taxas mais elevadas foram encontradas na macrorregião Leste apresentando média de 9,49/100 mil habitantes. O total de óbitos registrados entre 2010 e 2015 foi de 543. Foi possível perceber que a a mortalidade acompanhou os resultados encontrados nos internamentos, onde a população do sexo feminino com 80 anos ou mais que reside na macrorregião Leste foi a que apresentou maior mortalidade. Conclusões: Os resultados encontrados evidenciaram que os internamentos e a mortalidade apresentam uma progressão no decorrer dos anos, sendo superiores no sexo feminino e nas faixa etárias mais elevadas. Desta forma, devemos atentar a medidas preventivas na busca da redução desses índices, redirecionar investimentos em medidas diagnósticas precoces e nas regiões onde a população foi mais acometida. Bibliografia: 1) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Rio de Janeiro: DataSUS: 2017. [citado em 9 de fev de 2017]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>. 2) Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2014: neoplasia maligna de cólon e reto [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado em 9 fev de 17]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/mapa.asp?ID=6> 3) Pestana JSG, Martins SFF. J. Coloproctol. (Rio J.) vol.36 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2016.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer colorretal | Perfil Epidemiológico | Bahia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2711

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PARACOCCIDIOIDOMICOSE INTESTINAL SIMULANDO NEOPLASIA DE CÓLON

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS VIANA FAISANO (HUGOL), MARIANA INACIO VILELA (HUGOL), FANNY GONÇALVES MORAIS LEITE (HUGOL), REINALDO NEVES JUNIOR (HUGOL)

RESUMO: Resumo A paracoccidiodomicose é uma importante infecção fúngica causada por um fungo dimórfico, conhecido como *Paracoccidioides brasiliensis*. Acomete predominantemente os pulmões, mucosas das vias aéreas superiores, e raramente envolve o trato gastrointestinal. Pode se manifestar ainda mais infreqüentemente de forma intestinal isolada. Introdução Micose sistêmica endêmica, a paracoccidiodomicose (PCM) é causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, saprófita de plantas e do solo. A porta de entrada mais freqüente é o trato respiratório superior, através da inalação de conídios, sendo os pulmões e as vias aéreas superiores, os sítios mais acometidos. A partir daí pode haver disseminação do fungo para outros locais, tanto por via hematogênica e linfática. (1,2) Relato de Caso M.M.A, sexo feminino, 62 anos, residente na zona metropolitana de Goiânia-Go, porém com relato de residência e moradia por mais de 25 anos em zona rural. A paciente em questão procurou assistência em emergência médica com relato de dor abdominal tipo cólica há 4 dias, de início agudo, associada a distensão abdominal com parada da eliminação de fezes e flatos. Relatando ainda história de perda de peso, porém sem quantificar em números. Na hipótese de abdome agudo obstrutivo fora realizado tomografia de abdome, onde foi evidenciado imagem sugestiva de intussuscepção intestinal em topografia de sigmoide causando obstrução. Considerando a obstrução intestinal de origem neoplasica foi indicada laparotomia exploradora com realização de retossigmoidectomia ressecando o segmento acometido com margens de segurança e enviado ao estudo anatomopatológico onde posteriormente foi encontrada lesão consistente com reação granulomatosa pseudotumoral associada a paracoccidiodomicose. Conclusão Concluímos portanto que a a infecção intestinal pode ainda produzir quadros obstrutivos ou simular neoplasias e ainda ser exclusivamente intestinal, como neste relato de caso. Referências Shinakai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, et al. Consenso em paracoccidiodomicose. Rev Soc Bras Med Trop. 2013; 39:297-310. Veronesi R, Focaccia. Veronesi: Tratado de infectologia. 9a ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2012: 1081-1111. Costa MAB, Carvalho TN, Araújo Júnior CR, et al. Manifestações extrapulmonares da paracoccidiodomicose. Radiol Bras. 2005;38:45-52.

PALAVRAS-CHAVES: paracoccidiodomicose | obstrutivo | abdome agudo

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2728

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SCHWANNOMA DE CANAL ANAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (OPHIR LOYOLA), HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA (OPHIR LOYOLA), BERNARD COSTA FAVACHO (OPHIR LOYOLA), FERNANDA VEIGA GONÇALVES (OPHIR LOYOLA), FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES (OPHIR LOYOLA), GABRIELA TRINDADE GÓES (OPHIR LOYOLA), LUIZ NAZARENO FRANÇA DE MOURA (OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Schwannoma de canal anal é uma patologia extremamente rara, com apenas alguns casos reportados na literatura. Schwannomas pélvicos respondem por cerca de 1% dos casos. Na maioria das vezes são tumores benignos, com baixas taxas de transformação maligna. RELATO DO CASO: Paciente feminina, 69 anos encaminhada ao serviço de cirurgia oncológica de hospital de referência da região norte, com diagnóstico de neoplasia de canal há 5 anos. Como histórico pregresso, relatava ter se submetido a quatro procedimentos cirúrgicos nesses cinco anos. O primeiro procedimento foi excisão local de tumor perianal, que evoluiu com recidiva após um ano, sendo submetida a nova ressecção do tumor perianal. Paciente não dispunha do resultado anátomo patológico de ambos os procedimentos. Após um ano evoluiu com nova recidiva local, sendo prosseguida a terceira ressecção cujo anátomo patológico evidenciou Schwannoma. Em 2014, após 3 anos da primeira ressecção, foi realizado novo procedimento de ressecção local do tumor recidivado, cujo anátomo patológico mostrou neoplasia fusocelular com atipias e sua imunohistoquímica mostrou tumor maligno da bainha nos nervos periféricos. Em 2015, após recidiva, paciente foi encaminhada para avaliação em serviço especializado e submetida a amputação abdominoperineal do reto, com anátomo patológico evidenciando proliferação fusocelular com atipias de histogênese a ser determinada e margens livres. Durante seguimento, paciente evoluiu com recidiva pélvica além de metástase óssea e pulmonar. As imagens das lesões pélvicas apresentavam características semelhantes às lesões pulmonares. Por isso, devido à menor possibilidade de complicações durante biopsia guiada por imagem, foi optado por obter material da região pélvica, cujo anátomo patológico confirmou o mesmo diagnóstico. Discutido com equipe de oncologia clínica, não sendo indicado tratamento quimioterápico ou radioterápico. Paciente, então, considerada fora de possibilidade terapêutica curativa, sendo acompanhada com a equipe de cuidados paliativos. CONCLUSÃO: O Schwannoma do trato digestivo é uma condição extremamente rara e de baixo potencial de metástases. Os raros casos relatados na literatura se beneficiam do tratamento cirúrgico. Por isso, o tratamento desde as fases iniciais deve ser acompanhado por equipe especializada.

PALAVRAS-CHAVES: Schwannoma | Canal Anal | Oncologia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2740

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE DOENÇA DIVERTICULAR NO ESTADO DO TOCANTINS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JÚLIA CYRÍACO (UNIRG), BÁRBARA FERREIRA FERNANDES (UNIRG), THIAGO DELMONDES FEITOSA (UNIRG), GUILHERME NASCIMENTO PINHEIRO (UNIRG), GEOVANA DO NASCIMENTO NUNES (UNIRG), DANIELA CRISTINA ENDRES (UNIRG), RAQUEL COSTA BATISTA DE QUEIROZ (UNIRG), CELSO ROCHA DA SILVA (UNIRG)

RESUMO: Objetivo: A doença diverticular do intestino é consequência da herniação da mucosa do intestino grosso por entre as fibras musculares da parede intestinal, sendo uma das doenças mais prevalentes no ocidente, sendo responsável por um número significativo de consultas e hospitalizações. Quantificar o número de internações de doença diverticular do intestino no estado do Tocantins, tendo como variáveis: gênero e idade. Método: Estudo retrospectivo-descritivo do número de internações por doença diverticular do intestino no Tocantins no período de novembro de 2014 a novembro de 2016. Os dados foram extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde através das Internações Hospitalares do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), referentes a doença diverticular do intestino, utilizando variáveis como: gênero e idade. Resultados: Contabilizou-se 52 internações por doença diverticular em 09 municípios tocantinenses, incluindo as 3 cidades com maior aporte hospitalar no estado. Sendo que 48,07%(n=25) casos registrados em Araguaína seguido por Palmas com 15,38%(n=8) dos registros e Gurupi com 11,53%(n=6). Quanto a faixa etária há predomínio dessa doença em pacientes de 70 a 79 anos com 23,07%(n=12). A média de casos por município tocantinense foi de 5,77 com desvio padrão (S^1) de 7,66 e erro de S^1 de 2,55, com variância de 58,69. A avaliação estatística na faixa etária mais acometida por cidade apresenta média de 2 com S^1 de 1,26 e erro de S^1 de 0,42 e variância de 1,6. Conclusão: Verifica-se que no município de Araguaína há um aumento no índices, devem ser feitas maiores investigações para elucidar e esclarecer se existe maior taxa da doença diverticular na cidade ou se os métodos diagnósticos são mais eficazes, investigando também as notificações.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo do Colon|Divertículo|Intestino Grosso

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2758

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MELANOMA PRIMÁRIO DE CANAL ANAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO SILVA SOARES (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN), NATALIA GOMES CARDOSO E SILVA (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN), VANESSA DA SILVA AZAMBUJA RIBEIRO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN), HELIO MACHADO VIEIRA JUNIOR (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O melanoma anorretal é uma neoplasia rara que representa cerca de 0,5 a 2% dos tumores anorretais. Correspondem a 1% de todos os melanomas e possui pior prognóstico quando comparado ao cutâneo. Apresentações comuns para melanoma anorretal incluem sangramento transanal, dor, alteração nos hábitos intestinais ou uma massa retal que pode se exteriorizar pelo ânus. O diagnóstico diferencial com outras doenças orificiais é comum sendo o diagnóstico definitivo sempre dependente da análise histopatológica e imuno-histoquímica do material. A principal modalidade terapêutica é o tratamento cirúrgico, sendo a amputação abdominoperineal ou a excisão local ampla as abordagens mais comuns. RELATO DE CASO: Relatamos um homem de 73 anos, hipertenso e etilista crônico apresentando massa na região anal com sangramento ativo que evoluiu com sub oclusão intestinal. Foi submetido a ressecção local ampla da lesão com preservação do esfíncter e diagnóstico histopatológico de melanoma primário de canal anal confirmado por estudo imuno-histoquímico com marcadores HMB45 e Melan A positivos. CONCLUSÃO: Não há consenso na literatura sobre qual abordagem cirúrgica é favorável. O prognóstico é ruim devido ao diagnóstico tardio e a maioria dos pacientes morrem portadores de metástases. As terapias adjuvantes e neo-adjuvantes não fornecem um benefício significativo para o paciente e as suas indicações ainda são muito restritas sem existir um protocolo de tratamento bem definido.

PALAVRAS-CHAVES: melanoma | canal anal | proctologia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2796

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIAGNÓSTICO TARDIO DE DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARA SILVA PAIXÃO (PUC GOIÁS), AMINA MUHAMAD MOTA MUSTAFÁ (PUC GOIÁS), MALU MENEZES GOMIDES (PUC GOIÁS), THALLES MELO DE OLIVEIRA LOPES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIANIA), CARLÚCIO CRISTINO PRIMO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA)

RESUMO: Introdução Doença de Hirschsprung (DH) é uma anomalia congênita caracterizada pela ausência de células nervosas nos plexos ganglionares submucoso e intramural, determinando uma aganglionose e a forma clássica do megacólon congênito. É a causa mais comum de obstrução intestinal funcional em crianças. É fundamentalmente uma doença do período neonatal ou da primeira infância, sendo suspeitada quando há obstipação intestinal precoce - atraso maior do que 48 horas na eliminação de mecônio no recém-nascido - associada à distensão abdominal e vômitos. O diagnóstico precoce é importante pela possibilidade de complicações como enterocolite necrotizante e perfuração. É confirmado através de dados clínicos e radiológicos (enema opaco) associados à biópsia retal. A abordagem terapêutica definitiva consiste na retirada cirúrgica do segmento intestinal denervado, utilizando-se muito a cirurgia de Duhamel-Haddad. Este artigo tem como objetivo relatar um caso em que o diagnóstico de DH foi feito tardiamente. Relato de Caso DLG, 18 anos, masculino, procedente de Caldas Novas-GO chegou ao serviço de Coloproctologia da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia para atendimento ambulatorial no dia 13/05/16. Apresentava quadro crônico de obstipação intestinal associado a tenesmo e dor abdominal. É portador de encefalopatia crônica não progressiva. Negou uso de medicações e cirurgias prévias. Trouxe TC de abdome total (04/04/16): megacólon retal e sigmoide, repletos de fezes e distensão gasosa do restante dos cólons. Solicitados raio-x de abdome total e enema opaco, que, associados ao quadro clínico, confirmaram o diagnóstico de DH. Diante dos dados, foi proposto tratamento cirúrgico, realizado no dia 19/08/16 retossigmoidectomia com colectomia esquerda e abaixamento do cólon transversal (1º tempo de Duhamel-Haddad). Não houve necessidade de internação em UTI, sendo o 2º tempo realizado seis dias após, com colectomia parcial e anastomose colorretal mecânica, procedendo sem complicações. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou despovoamento neuronal. Paciente recebeu alta dez dias após internação, evoluindo sem intercorrências e com melhora clínica, agora em acompanhamento ambulatorial. Conclusão O diagnóstico tardio da DH acarreta piora na evolução do quadro, podendo provocar retardo do desenvolvimento, além de diminuir a qualidade de vida. Os médicos devem estar aptos a diagnosticarem esta patologia precocemente, devido às várias implicações do diagnóstico postergado.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Hirschsprung | megacólon congênito | obstipação crônica

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2799

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Intussuscepção intestinal em idoso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IAN DA MOTA HERNANDEZ (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), LEVINDO ALVES DE OLIVEIRA (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), LIANA KATHERINE LA ROSA PACHAS (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), GUSTAVO DE OLIVEIRA GONÇALVES (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), CAROLINA DA SILVA GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), JOSÉ LAÉRCIO DE ARAÚJO FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), PAULA SOTORIVA COELHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), SÁVIO LUIZ SANTOS LOPES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: Introdução: Uma intussuscepção é uma condição na qual uma parte do intestino se invagina sobre outra seção do intestino. Tal condição, comum em crianças, é pouco frequente em adultos. Estima-se que apenas 5% dos portadores de intussuscepção sejam adultos. É secundária a uma lesão definida com potencial significativo de neoplasia em 80 a 90% dos casos. Os sinais e sintomas variam entre os diferentes casos, segmentos afetados e são inespecíficos. A Tomografia Computadorizada (TC) tem sido utilizada para avaliar pacientes com obstrução intestinal e suspeita de intussuscepção, sendo uma das armas mais importantes no diagnóstico pré-operatório. Relato de Caso: Mulher, 83 anos, aposentada, notou há um mês, massa em fossa ilíaca direita (FID), de início súbito. Acompanhado de hiporexia, náuseas e vômitos esporádicos de tipo alimentícios com sensação de plenitude pós-prandial, relata também perda ponderal de aproximadamente 5 quilos e dor em FID, intermitente, tipo cólica, 5 em 10, que não cede a analgésicos comuns, trânsito intestinal sem alterações. Nega comorbidades. Abdome plano, com ruídos hidroaéreos presentes e aumentados em hemiabdomen direito, timpanismo preservado, massa palpável em FID, móvel, endurecida, com bordas definidas, sem sinais flogísticos, doloroso a palpação profunda. Sem sinais de irritação peritoneal. Foi solicitada uma TC de abdome que revelou espessamento parietal segmentar irregular e assimétrico do cólon ascendente, estendendo-se e envolvendo a válvula ileocecal, condicionando invaginação de conteúdo adiposo mesentérico e alça de permissão a lesão, nota-se também associação de pequenos linfonodos regionais e densificação dos planos adiposos adjacentes a borda antimesentérica. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora na qual foi identificada intussuscepção de ceco com cólon ascendente. Realizado retirada em bloco de Cólon direito mais Íleo terminal, com anastomose látero-lateral de Íleo com Cólon Transverso, manual, em dois planos. Conclusão: A intussuscepção em adultos é uma condição que desafia a medicina, tanto em relação ao diagnóstico, quanto à abordagem adequada. O diagnóstico é difícil pelo baixo grau de suspeição, associado à sintomatologia subaguda e inespecífica. É quase sempre associada a uma lesão orgânica e requer tratamento cirúrgico. Ressecções oncológicas em monobloco devem ser realizadas nos casos de acometimento colônico e ileocecal pelas possibilidades de malignidade e de perfuração.

PALAVRAS-CHAVES: Intussuscepção | obstrução intestinal | cólon ascendente

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2841

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise da qualidade de vida dos pacientes ostomizados em hospital terciário de Fortaleza-Ce

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL RODRIGUES CORREIA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FELIPE MACHADO DOS REIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCIS REGIS SOARES DE SOUSA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Uma ostomia intestinal resulta de um procedimento cirúrgico que consiste na ligação de uma parte do intestino delgado ou grosso, a um orifício externo na cavidade abdominal designado de estoma. O pacientes portadores de uma ostomia, devido à sua situação clínica, manifestam um misto de emoções resultante do enorme impacto físico e emocional devido à doença e ao tratamento. A ostomia desencadeará alterações profundas no estilos de vida, nas relações familiares e sociais, na sua imagem corporal e na autoestima. Foi objetivo deste estudo analisar a percepção que a pessoa portadora de ostomia de intestinal, seguido em hospital terciário de Fortaleza-Ce, tem sobre a sua qualidade de vida . A investigação enquadra-se no domínio da investigação observacional, optando-se pela realização de um estudo descritivo, analítico e transversal, de abordagem quantitativa. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário elaborado especificamente para o estudo, de forma a permitir um melhor conhecimento sobre a pessoa ostomizada. Aceitaram participar no estudo 65 pacientes portadores de ostomia de eliminação intestinal. Como resultados, aponta-se que as pessoas ostomizadas percebem melhor qualidade de vida nas dimensões relativas ao desempenho emocional, saúde geral e desempenho físico e pior, ao nível da função física, dor corporal e função social. Foram identificados e analisados os fatores determinantes da qualidade de vida, nomeadamente: as características sociodemográficas, as características relativas à ostomia e ao apoio. Os resultados desta investigação apontam para a necessidade de um estreito acompanhamento do hospital à pessoa ostomizada e dos seus familiares/cuidadores, de forma a minimizar o impacto negativo resultante da presença da ostomia.SALLES, Valdemir José Alegre; BECKER, Carolina de Paula Pentead; FARIA, Giuliana da Matta Rossi. A influência do tempo na qualidade de vida do paciente portador de estomia intestinal.J. Coloproctol., Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, p. 73-75, June 2014 .SALOMÉ,Geraldo.Assesment of subjective well-being and quality of life in patients with intestinal stoma. Journal of Coloproctology.Rio de Janeiro,v35,n.3,p 168-174.July 2015LIMA,Josias et al. A qualidade de vida de usuários estomizados atendido na rede pública de Santa Maria. Rev. Pre. Infec e Saúde.Porto Alegre,v.4,n.1,p 35-41,Março 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Qualidade de vida | Ostomia | Perfil socio-demográfico

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2842

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor retro retal: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GERSON DE ALMEIDA CORREIA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GRAZIELLY COSER DE ASSIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), TAIANE RANGEL DE AQUINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), FELIPE SAMPAIO SOARES ASPAHAN (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), LARA CAMPOREZ MENEZES TRINDADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), MARIANA RANGEL DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO)

RESUMO: Introdução: São tumores raros, de difícil diagnóstico e com clínica inespecífica. Podem ser de diversas classificações histológicas (benignos, malignos, congênitos ou adquiridos). O diagnóstico ocorre na maioria das vezes acidentalmente quando realizado outros exames de imagem pélvicos e para complementação é solicitado ressonância magnética preferencialmente. O tratamento se baseia na excisão completa quando possível e a cirurgia, por via perineal ou abdominoperineal, requer grande habilidade da equipe cirúrgica. Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de caso com o objetivo de relatar dois casos sobre tumor retroretal. Relato de caso: Caso 1 - Mulher, 20 anos, sem comorbidades, procurou o serviço de saúde do HUCAM em 2012 com queixa de constipação intestinal, flatulência e dor abdominal baixa a nível pélvico, foi solicitado ultrassomendovaginal sem alterações. Em 2016 retorna com a mesma queixa associada a queixas ginecológicas (menorragia, dismenorréia), dor lombar agravada no período menstrual, dor perineal à evacuação e tenesmo. Foi solicitado ressonância magnética sob a suspeita de endometriose e o mesmo acusou imagens císticas anteriores ao coccix. Foi encaminhada ao serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário Antonio Cassiano Moraes onde realizou Retosigmoidoscopia rígida, colonoscopia e posteriormente cirurgia para excisão dos nódulos. Caso 2 - Mulher, 46 anos, sem comorbidades, procurou o serviço de proctologia do HUCAM em janeiro de 2012, com queixa de caroço na região perineal, que foi evoluindo de tamanho, pruriginoso e doloroso. Negava sangramentos e perda de peso. Ao exame apresentava massa tumoral anal abaulando a margem posterior do anus, com uma tumoração endurecida e móvel, posterior a margem anal. A ressonância evidenciou uma lesão expansiva sólida, de contorno regular e limites definidos localizado nas partes moles abaixo do sulco interglúteo relacionada com a parede posterior do canal anal. A biópsia revelou se tratar de uma neoplasia mesenquimal fusocelular. Foi submetida a exérese de tumoração retro retal em outubro de 2012. Conclusão: Os tumores retroretais são neoplasias raras e de difícil diagnóstico face sua sintomatologia inespecífica, requerendo habilidades clínicas e cirúrgicas do médico cirurgião para sua identificação e tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: tumor retroretal | neoplasia | coloproctologia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2850

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMA ESPINOCELULAR ANAL COM O HERPES HIPERTRÓFICO ANAL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALINE POZZEBON GONÇALVES (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS), VIVIAN REGINA GUZELA (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS), LUÍS ROBERTO MANZIONE NADAL (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS), THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS), CARMEN RUTH MANZIONE NADAL (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS), SIDNEY ROBERTO NADAL (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Apesar da forma ulcerativa da infecção pelo herpesvirus simplex (HSV) ser a mais comum, variantes pouco habituais como as vegetantes, nodulares, hipertróficas ou tumorais ocorrem e podem simular carcinoma espinocelular. O herpes hipertrófico anal é observado em doentes imunodeprimidos, como os transplantados e portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV).OBJETIVO: Mostrar a apresentação macro e microscópica das lesões hipertróficas causadas pelo HSV, simulando carcinoma anal.MÉTODO: Apresentamos 8 portadores de herpes hipertrófico anogenital. Todos homens, portadores do HIV, com idade entre 35 e 54 anos. A anamnese revelou instalação insidiosa de tumores dolorosos de crescimento lento e progressivo, com tratamentos anteriores para úlceras herpéticas e uso de terapia antirretroviral quando os linfócitos TCD4 estavam muito baixos. No exame físico, notamos tumores elevados e lobulados, com bordas bem definidas e superfície com ulceração rasa na região anogenital, imitando, às vezes, condilomas acuminado ou carcinoma. A biópsia foi feita para o diagnóstico diferencial com carcinoma, evitando terapias ou ressecções mutilantes e desnecessárias. A amostra foi ampla, uma vez que, se pequena, poderia ser insuficiente. A histopatologia revelou intensa resposta inflamatória ao vírus, com hiperplasia epitelial e denso infiltrado inflamatório misto com linfócitos, plasmócitos e eosinófilos até na derme. Células gigantes e multinucleadas foram observadas na epiderme. Testes imunohistoquímicos ou de PCR para detectar o DNA viral induziram o diagnóstico. O tratamento inicial foi via oral, com aciclovir 400 mg a cada 8 horas por até 20 dias. Em lesões pequenas, a biópsia excisional a eliminou e o tratamento medicamentoso foi prescrito.RESULTADOS: A medicação eliminou as lesões de quatro doentes em até 30 dias. Para os outros quatro, os tumores persistentes reduziram de tamanho e indicamos a excisão operatória. Recidivas ocorreram entre um e cinco meses em três pacientes e eram menores que as lesões iniciais. Tratamos com excisão sob anestesia local e aciclovir por via oral. Seis permanecem sem lesões depois de 2 anos. Outros dois apresentam pequenas lesões esporádicas que temos tratado com ressecção, sob anestesia local.CONCLUSÃO: A forma hipertrófica da doença pelo HSV deve fazer parte do diagnóstico diferencial dos carcinomas espinocelulares anogenitais nos portadores da infecção pelo HIV. O seguimento deve ser feito para detecção das recidivas.

PALAVRAS-CHAVES: herpes hipertrófico | carcinoma anal | HIV

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2851

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RETITE ULCERATIVA INESPECÍFICA COM INFECÇÃO POR CLAMÍDIA TRACHOMATIS.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALINE POZZEBON GONÇALVES (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS), VIVIAN REGINA GUZELA (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS), LUÍS ROBERTO MANZIONE NADAL (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS), THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS), CARMEN RUTH MANZIONE NADAL (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS), SIDNEY ROBERTO NADAL (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria gram-negativa *Chlamydia trachomatis* vem acometendo principalmente homens que fazem sexo com homens, portadores do vírus da imunodeficiência humana, e que tenham relação anal desprotegida. **OBJETIVO:** Resolvemos apresentar esses casos para chamar atenção para o diagnóstico diferencial, já que sua incidência vem aumentando e as apresentações clínicas e as características endoscópicas e histopatológicas são similares às das doenças inflamatórias intestinais (DII), principalmente a retocolite ulcerativa (RCUI). **MÉTODO:** São 12 pacientes atendidos no Instituto de Infectologia Emílio Ribas e na clínica particular. Sendo 10 homens HIV positivo e duas mulheres HIV negativo com queixa de fezes amolecidas ou diarréicas, com material mucopurulento, dor retal e tenesmo. Houve pródromos semelhantes à síndrome gripal e polimicroadenopatia. O tratamento para RCUI estava em curso em cinco deles, em períodos de 2 a 4 anos, sem qualquer melhora. Eram resistentes a corticoterapia e azatioprina. Havia diagnóstico endoscópico de RCUI distal e anatomopatológico de processo inflamatório crônico inespecífico com abscessos de cripta. Os demais vieram para diagnóstico, sem tratamento. A retoscopia mostrou grande variedade de lesões retais mais distais, desde mucosa edemaciada, eritematosa e friável, até úlceras profundas com exsudato mucopurulento. Nos doentes com mais tempo de doença havia inflamação transmural. Um apresentava tumor inflamatório, à biópsia. O estudo histológico revelou infiltrado inflamatório, criptite, abscessos de cripta e granulomas, aspectos típicos das DII. A pesquisa de Imunoglobulinas específicas no sangue (IgM e IgG) ou PCR para pesquisa do DNA bacteriano na secreção retal confirmaram o diagnóstico. O tratamento foi feito com doxiciclina 100 mg, 2 vezes ao dia, durante 21 dias. **RESULTADOS:** Houve melhora dos sintomas em até sete dias e remissão completa dos sintomas e das lesões em 30 dias. **COMENTÁRIOS E CONCLUSÃO:** É importante que se chame atenção para agentes sexualmente transmissíveis na etiologia de retites distais. Sugerimos que no laudo da colonoscopia não se utilize o termo "inespecífica" ao relatar "retite ulcerativa", uma vez que pode confundir o médico assistente. O diagnóstico precoce é importante porque a doença não tratada pode levar a complicações significativas, incluindo estenoses, fístulas e abscessos perirretais.

PALAVRAS-CHAVES: *Chlamydia trachomatis* | Retite Ulcerativa Inespecífica | Retite distal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2852

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise da qualidade de vida dos pacientes ostomizados em hospital terciário de Sobral-CE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE MACHADO DOS REIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL RODRIGUES CORREIA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCIS REGIS SOARES DE SOUSA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Introdução: Uma ostomia intestinal resulta de um procedimento cirúrgico que consiste na ligação de uma parte do intestino delgado ou grosso, a um orifício externo na cavidade abdominal designado de estoma. O pacientes portadores de uma ostomia, devido à sua situação clínica, manifestam um misto de emoções resultante do enorme impacto físico e emocional devido à doença e ao tratamento. A ostomia desencadeará alterações profundas no estilos de vida, nas relações familiares e sociais, na sua imagem corporal e na autoestima. Objetivo: Foi objetivo deste estudo analisar a percepção que a pessoa portadora de ostomia de intestinal, seguido em hospital terciário de Sobral-Ce, tem sobre a sua qualidade de vida. Metodologia: A investigação enquadra-se no domínio da investigação observacional, optando-se pela realização de um estudo descritivo, analítico e transversal, de abordagem quantitativa. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário elaborado especificamente para o estudo, de forma a permitir um melhor conhecimento sobre a pessoa ostomizada. Aceitaram participar no estudo 65 pacientes portadores de ostomia de eliminação intestinal. Resultados: Como resultados, aponta-se que as pessoas ostomizadas percebem melhor qualidade de vida nas dimensões relativas ao desempenho emocional, saúde geral e desempenho físico e pior, ao nível da função física, dor corporal e função social. Foram identificados e analisados os fatores determinantes da qualidade de vida, nomeadamente: as características sociodemográficas, as características relativas à ostomia e ao apoio. Conclusão: Os resultados desta investigação apontam para a necessidade de um estreito acompanhamento do hospital à pessoa ostomizada e dos seus familiares/cuidadores, de forma a minimizar o impacto negativo resultante da presença da ostomia. SALLES, Valdemir José Alegre; BECKER, Carolina de Paula Penteado; FARIA, Giuliana da Matta Rossi. A influência do tempo na qualidade de vida do paciente portador de estomia intestinal. J. Coloproctol., Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, p. 73-75, June 2014 .SALOMÉ, Geraldo. Assesment of subjective well-being and quality of life in patients with intestinal stoma. Journal of Coloproctology. Rio de Janeiro, v35, n.3, p 168-174. July 2015 LIMA, Josias et al. A qualidade de vida de usuários estomizados atendido na rede pública de Santa Maria. Rev. Pre. Infec e Saúde. Porto Alegre, v.4, n.1, p 35-41, Março 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Ostomia | Qualidade de vida | Hospital terciario

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2860

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA SINCRÔNICO DE CÓLON COM FOCO MÚLTIPLO: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), LÚCIA CARLA POLACO COVRE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), RUDLLEIA SQUASANTE CAVATI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), GABRIELA COSTA MASTELA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), CAMILA DA SILVA LORENZATO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), PÂMELA MAZZINI HOMBRE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), GRAZIELLY COSER DE ASSIS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), TAIANE RANGEL DE AQUINO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES)

RESUMO: O câncer de cólon é a neoplasia mais comum do trato gastrointestinal no Brasil, com 34.280 novos casos previstos para 2016. Dos tumores de cólon, 3.1 a 3.9% apresentam--se na forma sincrônica, que são lesões independentes diagnosticadas simultaneamente ou em intervalo de até 6 meses no mesmo paciente. Na literatura, há poucos casos descritos com mais de três lesões sincrônicas no segmento colônico. Descrevemos um caso de tumor de cólon sincrônico com quatro focos, uma forma rara de acometimento múltiplo. Mulher, 48 anos, é questionada sobre palidez muco-cutânea ao acompanhar mãe em pós-operatório de colectomia por tumor colônico. Refere cólica abdominal difusa há um ano, perda ponderal, e irmão tratado para câncer de cólon há 15 anos. Na investigação colonoscópica foi encontrada lesão infiltrativa em sigmoide, estenosante e que não permitia passagem do colonoscópio para avaliar o restante do cólon. À tomografia computadorizada de abdome evidenciou uma nova tumoração em ângulo hepático do cólon. Durante colectomia total e estudo histopatológico, duas novas lesões foram evidenciadas, e adenocarcinoma foi diagnosticado nos quatro focos (sigmoide, descendente, transverso e ângulo hepático). Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com seguimento ambulatorial e busca ativa familiar. Estudos mostram que síndromes hereditárias estão presentes em apenas 10% dos tumores sincrônicos e, portanto, esses sofrem maior influência de fatores ambientais. Os quadros clínico e prognóstico são similares aos de lesão única quando no mesmo estágio e submetidos à cirurgia curativa. A colonoscopia tem importante papel diagnóstico no câncer colorretal, porém muitas lesões sincrônicas permanecem subdiagnosticadas e têm sua incidência subestimada. Tumores sincrônicos devem ser investigados em paciente com câncer de cólon e abordados com investigação completa do intestino de forma a ser feito diagnóstico precoce das lesões.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de cólon | Tumor Sincrônico de Cólon | Tumor Múltiplo de Cólon

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2879

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANGIOLIPOMA DE CÓLON DIREITO ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), DIEGO COIMBRA ALENCAR (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), LUCÍDIO BALDUÍNO LEITÃO (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), JOÃO LISBOA DE FLORES NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), TALÍSIA FARIAS CASTRO (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), MARLON MORENO DA ROCHA CAMINHA DE PAULA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA DIGESTIVA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Angiolipomas são causas incomuns de tumor e se desenvolvem como massas encapsuladas, subcutâneas, múltiplas, bem delimitadas e dolorosas. Eles podem ser distribuídos em vários segmentos corporais, inclusive o trato gastrointestinal (esôfago, estômago, duodeno, jejuno, íleo, junção ileocecal, cólon e reto). Os tratamentos de escolha abrangem desde a extração através de uma colonoscopia até laparotomia com exérese de lesão e anastomose primária. RELATO DE CASO: Homem, 58 anos procura serviço médico privado em fevereiro/2016 devido pirose, regurgitação noturna, epigastria e sensação de aperto retroesternal em média há 1 mês. Encontra-se em uso esporádico de lansoprazol sem melhora. Nega patologias pregressas, alergias medicamentosas e/ou comemorativos associados. Ao exame físico apresenta abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação superficial e profunda e presença de massa em epigástrico. Exames complementares solicitados: ultrassonografia indicou lesão em epigástrico, endoscopia digestiva alta com suspeita não confirmada de esofagite eosinofílica, colonoscopia revelou lesão endurecida em flexura hepática do cólon, friável e sangrante ao toque com áreas de necrose ocupando metade da luz intestinal e antígeno carcinoembrionário negativo. Frente aos achados encaminhou-se o paciente para uma hemicolectomia por vídeo na qual foi extraída o cólon direito. O histopatológico da peça cirúrgica concluiu angiolipoma com erosão e depósito de fibrina. No 4º dia de pós operatório houve alta hospitalar em virtude de evolução clínica satisfatória e sem intercorrências. CONCLUSÃO: Esse caso revela um caso pouco frequente de desconforto gastrointestinal cabendo à equipe médica sempre estar atenta aos diagnósticos diferenciais.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA | ANGIOLIPOMA | HOSPITALIZAÇÃO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2891

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST) de Canal Anal: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAJA NABUT (PUC PR - LONDRINA), DAMIANNE REIS BERTONSELLO (PUC PR - LONDRINA), LUIS HENRIQUE ANGHEBEN (PUC PR - LONDRINA), EMANUEL GOIS JR (PUC PR - LONDRINA), HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR (PUC PR - LONDRINA), RODRIGO EIK SAHYUN (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA)

RESUMO: Introdução Tumores estromais gastrointestinais (GIST) são raros, com incidência anual 15:1000000, responsáveis por 1-3% de todas as neoplasias do trato digestivo e 5-6% de todos os sarcomas. O tratamento cirúrgico com excisão completa da lesão é a indicação com chance de cura, porém há recidiva em 50% dos casos. Se não houve ressecção completa ou nos casos de alto índice mitótico há indicação do uso de imuno-biológicos. Antes do advento dessa classe de drogas, a sobrevida média na doença avançada era de 15 meses, aumentando para 55 meses com a sua utilização. O GIST pode ocorrer em qualquer sexo e faixa etária, mas predomina em adultos. Quanto à localização, pode surgir em qualquer parte do tubo digestivo, sendo o estômago o órgão mais afetado (70%), seguido pelo intestino delgado (20%) e 10% em esôfago, cólon ou reto. Pode ser encontrado fora do trato gastrointestinal (retroperitônio, mesentério e omento) com uma frequência muito baixa. Relato de Caso M.R.X., feminina, 80 anos, encaminhada com diagnóstico GIST do canal anal localmente avançado em 2009, sem evidência de outras lesões. Submetida a esquema de tratamento com Imatinibe por 3 meses, com boa resposta clínica, realizada ressecção da doença residual 3 meses após. Evoluiu bem durante 20 meses quando apresentou recidiva em 2011. Proposta ressecção cirúrgica, negada pela paciente por não aceitar a colostomia. Foi iniciado novo esquema com Imatinibe em 2012, porém sem resposta. Após várias propostas para ressecção cirúrgica, a paciente aceitou o procedimento em 2013. A amputação abdomino-perineal foi realizada sem intercorrências, porém a paciente ficou psicologicamente abalada devido à colostomia, evoluindo com um quadro depressivo refratário ao tratamento, seguido de pneumonia, insuficiência respiratória, septicemia e óbito no final do 1º mês pós-operatório. Conclusão No Brasil, não há estatística a respeito dos tumores mesenquimais. Os GISTs afetam mais frequentemente o estômago e menos o canal anal. Em caso de tumor do canal anal, necessita-se de biópsia para definir o tipo de tumor para iniciar a terapia adequada. No GIST de canal anal sem aderência ao plano muscular, opta-se pela ressecção, mas quando o tumor é invasivo, tenta-se o tratamento com imuno-biológicos o qual possibilita resposta completa ou redução da lesão, facilitando a retirada cirúrgica posterior. A amputação abdomino-perineal é a proposta mais aceita, realizando ressecções mais econômicas se possível, para evitar a colostomia definitiva.

PALAVRAS-CHAVES: tumor estromal gastrointestinal | sarcomas | canal anal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2896

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Intussuscepção intestinal secundária a angioliipoma de colon: Um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMILA FABRES PEREIRA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO), TIAGO CYPRIANO DUTRA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO), ANDRE LUIZ PICOLI MATTAR (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO), SAMELA NUNES ALECRIM DE SOUZA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO)

RESUMO: Introdução Os angioliipomas são neoplasias benignas com uma composição variável de tecido gorduroso, células de musculatura lisa e vasos sanguíneos. São mais encontrados no tecido celular subcutâneo, sendo raros no trato gastrointestinal. Quando reportadas nessa localização, se encontram principalmente no estômago e duodeno, sendo ainda mais infrequentes as lesões de cólon. Segundo revisão de literatura publicada no World Journal of Surgical Oncology em 2014, apenas 22 casos de lipoma foram relatados no trato gastrointestinal, sendo que, destes, um se localizava no esôfago, três no estômago, dois no duodeno, seis no intestino delgado, três na válvula ileocecal, 5 no colon e dois no reto. Ainda mais raro, vimos os casos associados a intussuscepção e obstrução intestinal, sendo que até 2014 apenas dois casos foram descritos. Relato de Caso Paciente masculino, 42 anos, apresentava queixa de distensão abdominal, dificuldade para evacuar e de ingesta da dieta se restringindo a alimentação pastosa. Procurou o serviço de cirurgia geral após 15 dias do início dos sintomas. Solicitado tomografia de abdome total que evidenciou formação expansiva de origem lipomatosa na parede do colon descendente com alças intestinais com aspecto em alvo sugerindo intussuscepção intestinal. Realizado colonoscopia com biópsia dois dias após a tomografia que confirma lesão polipóide com 6cm de diâmetro em cólon esquerdo, com laudo de biópsia inconclusivo. Paciente foi submetido a hemicolectomia esquerda, e biópsia de peça cirúrgica confirmou angioliipoma intestinal submucoso, extensamente ulcerado, medindo 70x45x40 mm. Dentre as terapêuticas disponíveis para o lipoma gastrointestinal encontramos a terapêutica endoscópica ou cirúrgica, sendo a endoscópica reservada para tumores menores que 3cm e com pequena base de implantação devido ao risco de sangramento e perfuração. A videolaparoscopia se destina aos pacientes com diagnóstico firmado previamente por biópsia. Conclusão O angioliipoma de colon é uma doença benigna e extremamente rara. Pouquíssimos casos são relatados na literatura. Apresenta sintomatologia de acordo com o tamanho da lesão e o respectivo comprometimento intraluminal da alça intestinal, podendo levar a quadros de suboclusão ou mesmo obstrução intestinal. O tratamento é a ressecção cirúrgica da lesão, seja por via endoscópica, aberta ou laparoscópica, sendo a escolha da via de ressecção dependente do tamanho do tumor e sua base de implantação. O diagnóstico é histopatológico.

PALAVRAS-CHAVES: Angioliipoma | colon | intussuscepção

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2901

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFURAÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA À POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA - TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANA CARLA SANTANA SANTOS (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA), THAINÁ GONÇALVES TOLENTINO DE FIGUEIREDO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO colonoscopia consiste em um exame endoscópico rotineiramente utilizado na atualidade considerado padrão ouro na triagem e no diagnóstico de câncer colorretal (PEREZ, 2017). Durante a colonoscopia, a perfuração iatrogênica pode ocorrer numa pequena fração dos pacientes submetidos a tal exame (SARICI, 2017). Principalmente nos pólipos colorretais, os quais consistem em estruturas que se projetam na mucosa intestinal podendo ser de caráter neoplásico ou não. O pólipó sésil é considerado mais vulnerável a perfuração iatrogênica durante a polipectomia endoscópica (NETO, 2011).RELATO DE CASOEMAM, 59 anos, masculino, hipertenso, admitido com história de dor abdominal há 24h associado à dor e distensão abdominal após realizar polipectomia em colon transverso por colonoscopia. Ao exame físico apresentava-se sem sinais de resposta inflamatória sistêmica com abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes, timpânico, doloroso à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritoniteRealizou tomografia computadorizada de abdome que evidenciou presença de pneumoperitônio e líquido livre em cavidade abdominal. Ao inventário da cavidade foi evidenciada perfuração em cólon direito e realizada colectomia direita com ileotransverso anastomose por laparoscopia com evolução satisfatória no pós operatório, apresentando como intercorrência apenas seroma drenado através de abertura parcial de incisão abdominal.CONCLUSÃO: Colonoscopia é um procedimento rotineiro com eventuais complicações. Relatamos caso de paciente com perfuração colônica após polipectomia manejado através de laparoscopia com anastomose primária apesar de 24h de evolução entre o ocorrido e o tratamento definitivo, com boa evolução.

PALAVRAS-CHAVES: Colonoscopia | Polipectomia | Perfuração

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2942

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Neoplasia de cólon cecal acometendo o apêndice vermiforme

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROSALIO RUBEN CUSIHUALLPA MOLLENEDO (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), CAROLINA DA SILVA GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), MARLON KRUBNIKI DE MATTOS (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), THIAGO DE SOUZA PERUSSOLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), JOSÉ LAÉRCIO DE ARAÚJO FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), PAULA SOTORIVA COELHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), TULIO MARROQUIM GALVÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), SÁVIO LUIZ SANTOS LOPES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: Introdução: Em média, 53,1% dos tumores são localizados nos cólons e 46.9% no reto ou canal anal. Estima-se que a incidência de tumores localizados no cólon direito seja de 22,2%, sendo o ceco a localização mais comum (9,8%) seguido pelo cólon ascendente (7,1%). Os tumores cecais, geralmente, não interferem com o trânsito intestinal e podem não causar sintomas de suboclusão. Relato de caso: F.R.M.L, mulher, 74 anos, parda, viúva. Admitida na emergência com queixa principal de dor hipogástrica há 20 dias, associada à astenia e hiporexia. Abdome: leve distensão abdominal, ruídos hidroaéreos diminuídos, massa palpável em fossa ilíaca direita (FID), com dor intensa à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Hemograma mostrou leucocitose, anemia e trombocitemia. A Ultrassonografia e a Tomografia Computadorizada de abdome revelaram uma massa heterogênea, localizada na FID, junto a alças intestinais colônicas apresentando contornos lobulados e áreas císticas de permeio medindo 9,8 por 6,3 cm. Identifica-se ainda espessamento de parede do apêndice cecal medindo 1,4 cm, com líquido livre adjacente. Foi indicada uma laparotomia exploratória, por possível plastrão apendicular, por incisão xifopúbica que registrou massa em região ceco-apendicular de aproximadamente 10x15 cm; aderida a parede, tinha um abscesso entre a massa, a parede, as aderências de epíplon, e ovário direito. Realizaram a ressecção da massa em bloco de epíplon, cólon ascendente, ceco, apêndice, trompa e ovário direito e anastomose íleo-cólica. Foi solicitada a biópsia para concretização do caso: adenocarcinoma do cólon moderadamente diferenciado em topografia de ceco, invadindo o apêndice cecal com metástase em 02 linfonodos mesocólicos de 12 examinados. Conclusão: No câncer do cólon, o tratamento depende da localização e da extensão do tumor, mas em geral procede-se à retirada do segmento intestinal afetado, assim como à retirada dos linfonodos correspondentes para o estadiamento e tratamento da doença. É importante o cuidado com a técnica de radicalidade cirúrgica (extensão da ressecção, retirada dos linfonodos, ligaduras dos pedículos vasculares e margens cirúrgicas) pois a lesão tumoral pode estar aderida a órgãos vizinhos e muitas vezes é necessário a ressecção tumoral em monobloco com órgãos vizinhos. No relato, ao se apresentar como abscesso que incluía a parede abdominal, foi catalogada como plastrão apendicular, sendo este um diagnóstico diferencial a tomar em conta.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasia de cólon|plastrão|câncer de ceco

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2950

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fístula colocutânea abscedada: complicação rara e pouco lembrada da doença diverticular dos cólons

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA SANTANA (FACULDADE DE MEDICINA DE SANTO AMARO), ORLANDO CONTRUCCI FILHO (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), DIEGO FERREIRA DE ANDRADE GARCIA (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ), FABIANA DAMIANI KORSKOFF (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO)

RESUMO: A fístula colocutânea decorrente da complicação da doença diverticular dos cólons (DDC) é um evento raro, que quando presente envolve o sigmóide, sendo pouco descrito na literatura casos de fístulas na região cecal. As complicações da DDC, secundárias a episódios de diverticulite aguda, apresentam em 25% dos casos formas complicadas, com as fístulas a representar 2%. Dentre elas, as fístulas colocutâneas são as formações menos encontradas. Relatamos um caso de abscesso de parede abdominal após a formação incomum de uma fístula colocutânea em região cecal decorrente de diverticulite perfurada secundária à doença diverticular dos cólons. J.S, masculino, 58 anos, apresentou saída de secreção purulenta associada a conteúdo fecalóide por orifício de drenagem de abscesso de parede abdominal, localizado em região de fossa ilíaca direita (FID). Realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome para investigação do quadro, que revelou além da doença diverticular dos cólons a presença de trajeto fistuloso da região cecal até exteriorização na pele. A colonoscopia confirmou a doença diverticular dos cólons como causa única da formação fistular colocutânea em região de ceco e excluiu outros diagnósticos. No presente caso, foi de fundamental importância estabelecer o diagnóstico preciso para instalação imediata do tratamento adequado, reduzindo a morbimortalidade e prevenindo outras complicações. Destacamos as mudanças que a abordagem das patologias diverticulares têm sofrido ao longo dos anos, bem como a necessidade do reconhecimento das evoluções atípicas dos abscessos de parede abdominal, que podem ser complicações de fístulas.

PALAVRAS-CHAVES: Fístulas colocutâneas | Doença diverticular dos cólons complicada | Fístula cecal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2964

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estenose de íleo terminal em paciente com HIV sem Tuberculose Intestinal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS MONTE DA COSTA MORENO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANDERVÂNIA GOMES NOJOZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), SAULO AIRES OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUCAS ROBERTO SILVA GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JOSÉ JADER ARAÚJO DE MENDONÇA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: A obstrução intestinal ocorre quando há interrupção do fluxo intraluminal. Esta obstrução pode ser funcional ou mecânica, sendo a estenose caracterizada como causa intrínseca à parede intestinal, como episódios de isquemia mesentérica que acometem principalmente o íleo distal. As principais causas de obstrução intestinal são as aderências e as hérnias, diferindo na prevalência quanto à localidade e ao grau de industrialização dos países. A obstrução intestinal em pacientes com HIV é rara, sendo as mais comuns causas de abdome agudo documentadas a perfuração intestinal e a tuberculose, principalmente em sua forma extrapulmonar intestinal acometendo principalmente a região ileocecal devido maior concentração de tecido linfóide. FWSB, 45 anos, casado, procedente de Fortaleza. Portador de retrovírose desde 2006 em uso irregular de TARV, iniciou quadro sugestivo de tuberculose. Realizou baciloscopia e cultura de escarro, em três amostras, negativa para micobactérias e fungos, além de laringoscopia com achado sugestivo de tuberculose laríngea, porém sem biópsia. Iniciado tratamento empírico para TB. Cerca de um mês após admissão, queixou-se de dor abdominal em cólica associada a distensão e parada de eliminação de flatos e fezes, confirmado por radiografia. Ao toque retal foi palpada massa em parede anterior do reto. A TC revelou pneumoperitônio; distensão gasosa de alças delgadas proximais, principalmente na região mesogástrica e hipocôndrio esquerdo, com área discutível de espessamento parietal jejunal; aumento de conteúdo fecal nas alças cólicas, principalmente em colon ascendente e ceco. Indicado laparotomia exploratória e achado estenose ileal a 50cm do íleo terminal, áreas de serosite em alça ileal, líquido ascítico na cavidade e grande quantidade de fezes em apêndice e cólon ascendente. Realizado enterotomia com enteroanastomose e apendicectomia. A biópsia confirmou apendicite aguda incipiente; isquemia de segmento entérico e exsulfuração e estenose ileal, clinicamente. Há poucas evidências sobre obstrução intestinal em pacientes com HIV, bem como de estenose de íleo terminal como causa de abdome agudo obstrutivo, principalmente no que tange a produções mais atualizadas. A partir do que foi exposto, conclui-se que o relato de caso é raro, pois refere um quadro de estenose intestinal sem tuberculose comprovada por histopatológico, bem como ausência de perfuração intestinal, refutando, assim, as principais causas demonstradas na literatura.

PALAVRAS-CHAVES: estenose intestinal | HIV | tuberculose intestinal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 3007

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA CÓLON-VESICAL POR COMPLICAÇÃO DE DOENÇA DIVERTICULAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELA QUEIROZ (HOSPITAL ANA COSTA), MIRELLA DE FATIMA FUKUDA (HOSPITAL ANA COSTA), FELIPE ARAUJO DE SOUZA (HOSPITAL ANA COSTA), GABRIELA LORENCINI (HOSPITAL ANA COSTA), ANEL JUAREZ CABALLERO (HOSPITAL ANA COSTA), VICTOR MANUEL SIMOES DOS SANTOS JUNIOR (HOSPITAL ANA COSTA), ROBERTO MONTORO NETO (HOSPITAL ANA COSTA), JANAYNA THAINÁ RABELATO (HOSPITAL ANA COSTA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Uma das complicações da Doença Diverticular que oferecem maior desafio terapêutico são as fistulas, particularmente, as fistulas internas. Dentre essas, a mais prevalente é a fistula colon-vesical, sendo a pneumatúria sua manifestação inicial.¹ Sua incidência em pacientes portadores de Doença Diverticular esta entre 2% e 23%.² O objetivo desse estudo é relatar um caso de doença diverticular complicada com fistula cólon-vesical desde o seu diagnóstico até a correção cirúrgica. RELATO DE CASO FFS, 56 anos, hipertenso, queixa-se de infecção urinária de repetição há 6 meses. Há 1 mês, evoluiu com pneumatúria e fecalúria, que o levou a procurar um urologista. Na consulta, fez-se a hipótese diagnóstica de fistula cólon-vesical, confirmada através de uretrocistografia retrograda. Para elucidação do quadro, foi solicitada uma ressonância magnética de abdome e pelve masculina que diagnosticou Doença Diverticular do Cólon sigmoide complicada com uma fístula cólon-vesical. Foi realizado tratamento cirúrgico com retossigmoidectomia com abaixamento de cólon e rafia vesical para correção da fístula, sem intercorrências. CONCLUSÃO diagnóstico da fistula cólon-vesical é um desafio e ainda não existe um padrão-ouro. Os sintomas mais comuns são infecção do trato urinário de repetição, aumento da frequência urinaria, disúria e hematúria, porém, são inespecíficos e aparecem tardiamente. Pneumatúria e fecalúria são patognomonicos, mas não estão presentes em todos os casos.² O diagnóstico radiológico também é bastante trabalhoso, entretanto, foi possível observar a superioridade da cistoscopia em relação ao estudo contrastado com bário. Apesar de pouco valor na detecção da fistula, deve ser realizada colonoscopia para estudo da mucosa intestinal² e, como a fistula cólon-vesical evolui de um processo extraluminal, a tomografia também contribui na avaliação do caso.³ Para correção cirúrgica, faz-se a ressecção da porção acometida do cólon com anastomose primária, em caso de doença benigna, ou confecção de colostomia ou ileostomia de proteção, se doença maligna ou vigência de abscesso.³ Existe uma linha de estudo a respeito de tratamento clínico, porém, exige antibioticoterapia prolongada e cateterização vesical. Levando em conta a idade avançada dos paciente que desenvolvem esse tipo de complicação e seu risco aumentado para obstrução vesical, uma fistula persistente associada a urina residual eleva o risco de uroseps, sendo, portanto, preconizado o tratamento cirúrgico.²

PALAVRAS-CHAVES: fistula | doença diverticular | sigmóide

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 3034

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUBERCULOSE INTESTINAL EM PACIENTE HIV POSITIVO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES - UFES), LUANA BORGES SEGANTINE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES - UFES), FERNANDA MOURA LYRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES - UFES), IZABELLA FRONTINO AMBROZIM (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES - UFES), CLARISSA CARLINI BALBINO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES - UFES), GRAZIELLY COSER DE ASSIS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES - UFES), PRISCILLA SORAYA ALVES ROCHA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES- UFES)

RESUMO: Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa ainda comum em países tropicais e em desenvolvimento. Sua localização extrapulmonar é rara e predominantemente relacionada à imunodeficiência. A tuberculose em sítio intestinal pode ser explicada por alguns mecanismos patogênicos, como deglutição de secreção repleta de bacilos e disseminação hematogênica. Nos casos de tuberculose intestinal sem sítio pulmonar afetado, o diagnóstico torna-se difícil e esta patologia pode ser confundida com neoplasia ou doença inflamatória intestinal. Por ser infrequente, muitas vezes não é considerada no diagnóstico diferencial de doenças abdominais, o que pode levar a graves complicações, como obstrução e perfuração intestinal. Relato de caso: SDP, 35 anos, feminino, HIV positivo em uso irregular de Terapia antiretroviral e em acompanhamento com a proctologia devido a condiloma gigante de canal anal, dá entrada no pronto socorro queixando-se de dor forte e difusa no abdome tipo cólica associada à vômito, sangramento e dor na região anal. Refere também perda ponderal de 20 quilos em 3 meses. Ao exame apresentou abdome flácido e doloroso à palpação em fossa ilíaca direita, sem massas palpáveis, presença de linfonomegalia cervical e inguinal bilateral. Ao exame proctológico notou-se presença de tecido de granulação perianal, sem secreção ativa e presença de fistulas. Foi realizado uma tomografia computadorizada de tórax que revelou lesão em ápice pulmonar esquerdo, sugestivo de tuberculose. Interrogou-se como diagnóstico diferencial tuberculose intestinal e, confirmado o diagnóstico, seguiu-se tratamento do sítio intestinal com ileocectomia seguida de ileostomia. Conclusão: As manifestações clínicas da tuberculose incluem dores abdominais, vômitos e diarreia. O diagnóstico é ainda difícil em virtude da inespecificidade dos métodos diagnósticos, sendo frequentemente realizado intra-operatório, durante laparotomia devido a obstrução, hemorragia gastrointestinal ou perfuração intestinal. O material colhido em biópsias revela grande número de falso negativos, visto que o processo é frequentemente submucoso. Por ser rara e de difícil diagnóstico, a tuberculose intestinal ainda é um problema frequente em pacientes imunodeprimidos crônicos, devendo ser considerada em quadros abdominais em pacientes HIV positivo, em especial aqueles que não aderem corretamente ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: TUBERCULOSE INTESTINAL|COLOPROCTOLOGIA|ILEOLECTOMIA COM ILEOSTOMIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 3060

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Câncer colorretal associado a prolapso de reto

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JACKSON VINICIUS DE LIMA BERTUOL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ), ANNATA TEIXEIRA DELLA COSTA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ), RAPHAEL FLAVIO FACHINI CIPRIANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ), GEANINE BAGGIO FRACARO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ), FERNANDO ANTONIO C. SPENCER NETTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ), ALLAN CEZAR FARIA ARAÚJO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ), ANDRE PEREIRA WESTPHALEN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO Prolapso retal é definido como protrusão da mucosa retal ou de toda a parede do reto através do canal anal. Embora a ocorrência de pólipos colorretal e úlcera retal sejam achados comuns associados, a presença concomitante de tumor colorretal é rara tendo poucos casos relatados na literatura. RELATO DO CASO Paciente feminina, 77 anos, encaminhada ao pronto-socorro devido a prolapso retal. Referia que há um dia teve exteriorização de massa pelo canal anal associada a hematoquezia, sem redução espontânea. Relatava alternância dos hábitos intestinais e tenesmo no último ano e perda de dez quilogramas no período. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, emagrecida e hipocorada. Ao exame proctológico evidenciou-se prolapso retal com presença de massa de aspecto vegetante e friável em reto. Optou-se inicialmente por realização de biópsia da lesão: adenocarcinoma intestinal mucocelular pouco diferenciado. Tomografia de tórax e abdome total não mostrou lesões metastáticas. O tratamento proposto foi a retossigmoidectomia com anastomose primária associada ileostomia protetora. Exame anatomopatológico da peça cirúrgica mostrou lesão de padrão polipoide localizada em sigmoide e reto, medindo aproximadamente 8,5cm, ausência de metástases nos dezoito linfonodos retirados, margens cirúrgicas livres. Estadiamento T3N0M0 (IIa). Paciente teve evolução satisfatória no pós-operatório e sem complicações graves, estando com 100 dias de pós-operatório e sendo acompanhada ambulatoriamente. CONCLUSÃO A prevalência de prolapso retal na população é de cerca de 1/1000, sendo mais prevalente em mulheres idosas. Sua etiologia não está bem definida, a teoria mais aceita é que o prolapso retal seja devido a defeitos anatômicos causados por fatores precipitantes. Os principais fatores de risco são: colón sigmoide e reto longos, fraqueza no assoalho pélvico e nos esfíncteres anais, traumas ou cirurgias que comprometam a anatomia da região. O câncer colorretal é uma das neoplasias mais frequentes. Os achados mais frequentes incluem alterações nos hábitos intestinais, puxo, tenesmo, dor abdominal, fezes com muco e pus e síndrome consuptiva. No entanto, o achado de prolapso retal associado a câncer colorretal é muito raro, sendo encontrado poucos casos na literatura. Alguns autores sugerem que a massa tumoral constitui um ponto de partida no qual se desenvolve uma intussuscepção. Com a constipação e a tensão no local, a intussuscepção progride em prolapso.

PALAVRAS-CHAVES: prolapso retal | câncer colorretal | neoplasia de reto

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 3088

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ACOMETIMENTO INTESTINAL NA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: OS DESAFIOS DA ABORDAGEM TERAPÊUTICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE CUNHA MEZZOMO (UFPEL), PABLO MIGUEL SILVEIRA GOMES (UCPEL), MARIANA SILVEIRA SUÑE (UCPEL), MARCOS DANIEL DA SILVA (UCPEL), CAROLINA REINBRECHT BERNINI (UCPEL)

RESUMO: Introdução: Cromossomopatia ligada ao X, a distrofia muscular de Duchenne acomete meninos, em frequência de 1 em 3600-6000 nascidos vivos. Comumente diagnosticada em crianças com menos de três anos, tem como sintoma inicial a fraqueza muscular. Com o desenvolvimento da doença, outros órgãos passam a ser acometidos como pulmão, coração e o trato gastrointestinal. O envolvimento intestinal é bastante relatado, acometendo desde a faringe até o controle esfinteriano anal. Relato de caso: J. V. S, 24 anos com acometimento intestinal paralelo a distrofia muscular de Duchenne, visando abordar os desafios na abordagem terapêutica frente a concomitância de eventos patológicos no caso: a distrofia muscular de Duchenne com envolvimento intestinal que levou à síndrome de Ogilvie em conjunto com uma colite pseudomembranosa. Conclusão: O caso é, desde o início, desafiador, e requer uma abordagem terapêutica multidisciplinar para uma resolução satisfatória. Palavras Chave: envolvimento intestinal, Duchenne. Ogilvie, colite pseudomembranosa, abordagem, multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVES: envolvimento intestinal | Duchenne. | Ogilvie, colite pseudomembranosa, abordagem, multi

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 3098

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOMA TÚBULO VILOSO EM ADULTO JOVEM: UM RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), RONE ANTONIO ALVES ABREU (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), THIAGO LUIS AGUILAR CARLOS PEREIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), JOSÉ RIOS DE LIMA JÚNIOR (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os pólipos colorretais são estruturas que se projetam na superfície da camada mucosa do intestino grosso. A classificação histológica do adenoma e o grau de displasia foram baseados nos critérios do World Health Organization que utiliza a participação do componente viloso e tubular em sua constituição. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de adenoma túbulo viloso em um adulto jovem. RELATO DE CASO: SNOR, sexo feminino, 35 anos, proveniente de Araguaína-TO, chega em unidade de atendimento com queixa principal de dor abdominal. Relatou que apresentava dor abdominal tipo cólica e em queimação há aproximadamente 2 anos, com piora progressiva nos últimos meses. Informou ter ritmo intestinal com constipação crônica e que devido a isso, fazia uso de laxantes continuamente, os quais intensificavam ainda mais a dor. Negou presença de sangramento nas fezes ou qualquer outra queixa. Apresentava dosagem de marcadores tumorais nos padrões da normalidade. Foi realizado uma tomografia de abdome total e uma colonoscopia, a primeira sugeriu hérnia interna com pneumatose intestinal e a segunda evidenciou uma lesão vegetante, móvel, não friável, volumosa, ocupando toda circunferência do órgão, com base não visualizada e localizada na transição entre o cólon ascendente e o ceco. Foi submetida a uma Laparotomia Exploradora que demonstrou dilatação dos cólons ascendente e transversos, tumoração visível em ângulo esplênico à abertura de cavidade, aderências em cólon, adenomegalia de cadeias cólicas direita e média, presença de tumoração localizada em cólon ascendente, próxima ao ceco, fazendo intussuscepção para cólon transversos até o ângulo esplênico, com dilatação de todo o trajeto. Realizada, então, ligadura de artérias cólicas média e direita em suas bases com linfadenectomia, hemicolectomia direita com linfadenectomia, ileotransversoanastomose e drenagem de cavidade com dreno túbulo-laminar. O anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou adenoma túbulo-viloso com comprometimento de 30% de sua arquitetura por carcinoma intramucoso e não havia comprometimento linfonodal. Durante o pós-operatório (PO) evoluiu com pequena área de flutuação de seroma, mas com melhora clínica. Foi de alta hospitalar no 4º Dia de PO estável e sem queixas. CONCLUSÃO: A colonoscopia e a polipectomia são eficazes no diagnóstico e prevenção do câncer colorretal. A remoção dos adenomas pode prevenir o câncer colorretal, assim como o diagnóstico precoce pode reduzir a mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: ADENOMA|TÚBULO-VILOSO|RELATO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 3104

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: METÁSTASE CUTÂNEA DE NEOPLASIA COLORRETAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE DE SOUZA DE BARROS CORREA (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), PATRÍCIA MORAES (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), ARETUSA KRUCHINSKI (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), RAFAEL FELIX SCHLINDWEIN (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), MARIA GABRIELA LAZCANO ALVES FERREIRA SCHLINDWEIN (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), MURILO DALLA COSTA (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), JOEL ANTONIO BERNHARDT (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), MARILIA HIRTH RIBAS (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN)

RESUMO: Introdução: O câncer colorretal é a terceira neoplasia mais comum quando não consideramos o câncer de pele não melanoma¹. Metástases cutâneas de neoplasias internas são raras, ocorrendo em 0,7 a 9,0% de todos os casos. As neoplasias que mais frequentemente metastatizam para a pele são o câncer de mama e o de pulmão². A metástase cutânea do câncer colorretal é raríssima e geralmente aparece nos primeiros dois anos após a ressecção do tumor primário. É um sinal de lesão agressiva, com estadiamento avançado e com prognóstico ruim³. Descrição: M.E., feminino, de 53 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma pouco diferenciado de reto inferior por biópsia realizada via colonoscopia, evidenciando lesão úlcerovegetante em parede anterior do reto inferior. Estadiamento clínico cT4N1M0, com invasão do septo retovaginal. Submetida a sigmoidostomia em alça um mês após o diagnóstico, por obstrução intestinal, enquanto aguardava início da terapia neoadjuvante. Realizou tratamento neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia com término 5 meses após o diagnóstico. Encaminhada para cirurgia com intenção curativa 8 semanas após término do tratamento neoadjuvante, sendo constatado no transoperatório implantes secundários nos segmentos hepáticos V e VI, nodulação de aproximadamente 3 cm no mesentério e impressão de lesão fixa na pelve. Foi observada também nodulação cutânea em topografia de hipocôndrio direito, na parede abdominal, de consistência endurecida e hiperemia da pele adjacente. Optado por realizar biópsia excisional da lesão cutânea e incisional dos implantes hepáticos, com envio para análise anatomopatológica por congelação, sendo constatado adenocarcinoma de padrão intestinal em ambas as peças. Diante desses achados o procedimento foi interrompido e mantida a sigmoidostomia em alça. Paciente evoluiu com piora do estado geral no pós-operatório, foi a óbito no 13º dia após a cirurgia devido à sepse de foco abdominal. Conclusão: A presença de metástase cutânea do câncer colorretal indica uma doença avançada, com prognóstico reservado. A lesão cutânea não tem aspecto definido, porém, na maioria dos casos apresenta aspecto inflamatório, com dimensões menores de dois centímetros e é indolor. Normalmente é identificada durante o seguimento dos pacientes com neoplasia colorretal e é incomum ser a manifestação primária dessa doença.

PALAVRAS-CHAVES: Metástase | neoplasia colorretal | adenocarcinoma

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 3111

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DOENÇA HEMORROIDÁRIA NO ESTADO DO TOCANTINS: ANÁLISE DO PERFIL DE INTERNAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BÁRBARA FERREIRA FERNANDES (UNIRG), VANTUIR JOSÉ DOMINGOS DA MOTA (UNIRG), RAFAELLA BARBOSA DE ASSUNÇÃO ALVES (UNIRG), THIAGO DELMONDES FEITOSA (UNIRG), ANA PAULA CARVALHO FONSECA (UNIRG), CELSO ROCHA DA SILVA (UNIRG)

RESUMO: Objetivo: Analisar e verificar a incidência da doença hemorroidária no estado do Tocantins de dezembro de 2014 à dezembro de 2016 com hospitalização. A doença hemorroidária é um problema comum, acometendo 4,0% da população mundial¹. A mesma pode ocorrer em ambos os sexos e tem prevalência entre as idades de 45-65 anos; com decréscimo após os 65 anos de idade, indivíduos brancos parecem ser mais afetados do que os negros e a prevalência da doença cresce na medida em que o nível socioeconômico da população aumenta² Métodos: Levantamento epidemiológico baseado nos dados do Banco de Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde ? DATASUS. Trata-se de um estudo transversal sobre internação por doença hemorroidária nos municípios tocantinenses. Resultados: Contabilizou-se 217 internações por doença hemorroidária em 15 municípios tocantinenses, incluindo as quatro cidades com maior aporte hospitalar no estado. Sendo que 17,972(n=39) casos registrados em Gurupi, seguido por Porto Nacional e Araguaína com 15,668%(n=34) dos registros e Palmas com 11,981%(n=26). Quanto a faixa etária há predomínio dessa doença em pacientes de 30 a 39 anos com 23,502%(n=51), seguido por 40 a 49 anos com 21,198%(n=46). A média de casos por município tocantinense foi de 15,5; com desvio padrão (S^1) de 13,270 e erro de S^1 de 3,426 com variância de 176,115. A avaliação estatística na média de casos por cidade é de 4,25, com S^1 de 2,832 e erro de S^1 de 0,731 e variância de 5,787. Conclusão: A prevalência da doença hemorroidária no Tocantins segue os índices nacionais, todavia nas duas cidades de maior aporte e internações verificou-se taxas menores no diagnóstico, assim, faz-se necessário estudos para elucidar tal situação.

PALAVRAS-CHAVES: Doença hemorroidária |doenças anais|epidemiologia

ESÔFAGO

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 424

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Esôfago de Barrett: diagnóstico e tratamento cirúrgico atual

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA), SÉRGIO MATTOS PULS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS), JOÃO VITOR RIZZO (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA)

RESUMO: O esôfago de Barrett (EB) é uma complicação da Doença de Refluxo Gastroesofágica (DRGE) crônica caracterizada por metaplasia intestinal dentro da mucosa escamosa esofágica, apresentando incidência crescente, e prevalência em 10% dos pacientes com DRGE sintomática. Tem interesse médico-cirúrgico devido ao elevado risco de desenvolvimento de adenocarcinoma esofágico. Desse modo, o objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever a abordagem diagnóstica e cirúrgica atual do EB. Buscou-se artigos nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane utilizando como descritores Barrett, Esophagus, Diagnosis, Treatment, Management, Surgery e Surgical. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Um trabalho publicado nos anais do congresso GASTRÃO de 2016 foi incluído. Obteve-se 51 artigos do período de janeiro de 2012 a janeiro de 2017 e, destes, selecionaram-se 25 artigos que respondiam satisfatoriamente os objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. O Padrão Ouro para diagnóstico do EB continua sendo a endoscopia digestiva alta (EDA) com a visualização de área de cor salmão, cuja biópsia confirma a substituição do epitélio escamoso esofágico pelo tipo colunar com células especializadas, indicando metaplasia intestinal. A cromoscopia também pode ser utilizada. O tratamento cirúrgico é indicado nas formas complicadas (estenose ou úlcera), de extensão maior de 3 cm ou menor, desde que haja condições clínicas para a operação, porém não sendo indicação absoluta. A técnica de escolha é a fundoplicatura associada a hiatoplastia (quando necessária). Estudos indicam melhor qualidade de vida em pacientes operados com fundoplicatura do tipo Nissen que os mantidos com tratamento clínico. Esofagectomia transhiatal é principalmente indicada no EB com displasia de alto grau e em adenocarcinoma T1. Esofagectomia transtorácica é necessária para efetuar linfadenectomia. O seguimento do tratamento demanda controle endoscópico com biópsia pelo menos a cada 24 meses. Mesmo com diagnóstico precoce pela EDA com biópsia, torna-se evidente a tendência dos guidelines em recomendar o tratamento cirúrgico devido à possibilidade de evolução para adenocarcinoma esofágico.

PALAVRAS-CHAVES: Esôfago de Barrett | Diagnóstico | Tratamento

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 487

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MUCOSECTOMIA ESOFÁGICA MODIFICADA NO TRATAMENTO DO MEGAESÔFAGO CHGÁSICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CELENE BENEDITI BRAGION (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CIRO CARNEIRO MEDEIROS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RAFAEL FERNANDES GAMA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), GABRIELA SILVA SANTOS NATIVIDADE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CAROLINA DE CAMPOS SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), MARCELLO CAMACHO CAMPIONE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: O megaesôfago chagásico ocorre devido à destruição dos plexos nervosos da parede esofágica pelo *Trypanossoma cruzi*. Os principais sinais e sintomas são disfagia, regurgitação e emagrecimento. O padrão-ouro para o diagnóstico é a manometria, a qual possibilita classificar os pacientes em avançados ou não. O tratamento de escolha é cirúrgico: nos casos não avançados, opta-se pela cardiomiectomia de Heller; já nos avançados, opta-se principalmente pela esofagectomia subtotal, mucosectomia ou cirurgia de Serra-Dória. Relato do Caso: M.A.A, masculino, 41 anos, diagnosticado com doença de chagas há 29 anos, queixando-se de disfagia de caráter progressivo, inicialmente com alimentos sólidos (há 01 ano), evoluindo para alimentos líquidos (há 03 meses). Tem como fatores acompanhantes a regurgitação e perda ponderal de 16kg em 06 meses. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, sem demais anormalidades. Interrogou-se a hipótese de megaesôfago chagásico, confirmada após exames complementares, classificado como Grau IV de Rezende. Optou-se pela passagem de sonda nasoenteral para alimentação e, após 03 meses de suporte nutricional, o paciente obteve um ganho de 11,5kg e então foi indicado a cirurgia. Dentre as opções de técnicas operatórias, após correlação clínica, endoscópica, manométrica e radiológica, optou-se pela técnica de "Mucosectomia Modificada". O paciente evoluiu bem, sem intercorrências, recebendo alta da internação hospitalar no oitavo dia de pós-operatório. Conclusão: apesar de diferentes técnicas e suas possíveis complicações, a mucosectomia é vantajosa em vista da eliminação de um tempo cirúrgico, a toracotomia, reduzindo complicações pulmonares.

PALAVRAS-CHAVES: MUCOSECTOMIA | DOENÇA DE CHAGAS | CIRURGIA

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 597

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IMPACTO DA MORTALIDADE DOS PACIENTES COM NEOPLASIA DE ESÔFAGO NO TERRITÓRIO NACIONAL NO PERÍODO ENTRE 2010 E 2015

AUTORES/INSTITUIÇÕES: STEPHANIE ARAUJO MARQUES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), JÉSSICA SARAH SILVA DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), RAFAEL SILVA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), FILIPE MIGUEL BRITO FERNANDES DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), HELDA CRYSTIANE CIRILO TELES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), NAIANA MOTA ARAÚJO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Objetivo - Estabelecer o impacto da mortalidade dos pacientes com neoplasia de esôfago no território nacional. Casuística: Analisar a mortalidade dos portadores de neoplasia de esôfago nas regiões brasileiras entre o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015. Método - Estudo retrospectivo, descritivo demonstrando as taxas de mortalidade por neoplasia de esôfago entre 2011 e 2015. Os dados foram coletados através do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Resultados - Analisando-se os valores obtidos através de gráficos observa-se ascendente aumento da mortalidade até o ano de 2014; em 2015 todo esse aumento é revertido, atingindo o menor valor do período avaliado. As regiões mantem o padrão da análise nacional, apresentando decréscimo da mortalidade no ano de 2015. As regiões Norte e Nordeste tiveram os menores valores de mortalidade durante todo o período, consequente da baixa incidência do câncer de esôfago nestas regiões. A região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade em todos os anos, seguida pela região Sudeste e Centro-oeste. Conclusão - O estudo demonstra aumento da mortalidade de câncer de esôfago em todo território nacional até o ano de 2014. No ano de 2015, há queda significativa nas taxas de mortalidade. Sabe-se que o câncer de esôfago tem altíssima mortalidade e que essa está relacionada à cultura alimentar da população acometida. A queda demonstrada em 2015 merece investigação para analisar se houve subnotificação ou redução da presença dos fatores de risco associados a essa patologia. Bibliografia Wang YC. Positive esophageal proximal resection margin: an important prognostic factor for esophageal cancer that warrants adjuvant therapy. In: J Thorac Dis. 2016; PLAZAS, JG. Câncer de esôfago. In: Revista de la Sociedad Española de Oncología Médica, 2015. RÉGO M.A.V.; FONSECA A.A. Tendência da mortalidade por câncer de esôfago na cidade de Salvador e no estado da Bahia, Brasil, 1980 a 2012. Rev. bras. cancerol; 60(1): 25-33, jan.-mar. 2014. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

PALAVRAS-CHAVES: esôfago | neoplasia | mortalidade

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 666

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ACALÁSIA EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINICIUS MAGALHÃES RODRIGUES SILVA (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO)

RESUMO: SILVA, VMR et. al. Introdução: A acalasia (ACL) é o distúrbio motor primário mais comum do esôfago. Comum na 5ª e 6ª décadas de vida incide igualmente em ambos os sexos. Apenas 10% são atribuídos à causa idiopática onde a inervação inibitória é a mais comprometida resultando assim em maior atividade excitatória colinérgica. O restante é atribuído à esofagopatia chagásica. A disfagia e regurgitação compõem a principal sintomatologia e, o emagrecimento com conseqüente desnutrição, as complicações. O diagnóstico é feito por métodos endoscópicos, radiológicos contrastados e através da manometria esofágica (MNE). Desta forma, frente a suspeita de ACL é necessária a revisão da literatura para o diagnóstico preciso e o tratamento eficaz, geralmente, cirúrgico. Objetivo: relatar um caso de ACL em paciente jovem. Método: revisão de prontuário e da literatura dos últimos 5 anos. Resultados: D.A.S.S., feminino, 27 anos, foi encaminhada ao ambulatório de gastroenterologia com queixa de disfagia progressiva há 2 anos. Associado, houve emagrecimento de 9 kg no período, regurgitação e êmese pós- prandiais e ocasional dor retroesternal. Já tendo feito uso de inibidores da bomba protônica e pró-cinéticos sem sucesso, foi encaminhada à endoscopia digestiva alta (EDA) que interrogou a presença de resíduos alimentares no esôfago. Após, foi realizado o esofagograma (EFG) que relatou megaesôfago grau II. Submetida, em seqüência, à MNE teve o diagnóstico de esfíncter esofágico inferior (EIE) com pressão basal normal, sem relaxamentos completos, além de corpo do esôfago com ondas simultâneas. Sendo assim, foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia digestiva. Conclusão: Conforme o descrito na literatura, a ACL não é frequente em jovens o que leva, por vezes, ao diagnóstico tardio com conseqüências para o paciente. O primeiro exame a ser solicitado deve ser a EDA para excluir outras causas dos sintomas. O EFG classicamente demonstra a imagem em "bico de pássaro" além da dilatação, e a MNE em 100% dos casos demonstra ondas aperistálticas ou simultâneas além de relaxamento ausente ou incompleto do EIE. O tratamento definitivo é o cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: Acalásia | Esôfago | Manometria

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 677

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Esofagectomia devido estenose benigna de esôfago por hiperemese gravídica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE FERNANDO MARQUES CARDOSO (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), WARSSES RONAN MARTINS JUNIOR (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), FABIOLA GOUVEIA HENRIQUES PENTEADO BORGES (HOSPITAL GUILHERME ALVARO)

RESUMO: INTRODUÇÃO A ESTENOSE BENIGNA DE ESÔFAGO OCORRE DEVIDO INTENSA LESÃO DA MUCOSA DO ÓRGÃO COM ALTERAÇÕES DE TODAS AS CAMADAS, EVOLUINDO PARA FIBROSE. UMA CAUSA RARA DESSA PATOLOGIA É A ESOFAGITE PROVOCADA PELA HIPEREMESE GRAVÍDICA. RELATO DE CASO E.C.S., 30 ANOS, FEMININO, PROCEDENTE DE SÃO VICENTE - SP, COM MAU PASSADO OBSTÉTRICO (TRÊS ABORTOS ESPONTÂNEOS, UM NATIMORTO, DOIS PARTOS CESÁREAS), PORTADORA DE DM TIPO 1, COM 28 SEMANAS DE GESTAÇÃO, DA ENTRADA NO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO COM QUADRO DE VÔMITOS DE GRANDE QUANTIDADE, DE CARACTERÍSTICA MUCOSO, SEM RELAÇÃO COM AS REFEIÇÕES, SEM DOR ABDOMINAL, FEBRE OU ALTERAÇÕES INTESTINAIS. AO EXAME FÍSICO APRESENTAVA EM REGULAR ESTADO GERAL E DESIDRATADA, SEM OUTRAS ALTERAÇÕES. EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM NORMAIS. FOI INTERNADA PELO SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL COM DIAGNÓSTICO DE HIPEREMESE GRAVÍDICA. A PACIENTE FOI TRATADA CLINICAMENTE POREM SEM MELHORA DO QUADRO. EVOLUIU COM DISFAGIA PROGRESSIVA PARA LÍQUIDOS. FOI REALIZADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA) EVIDENCIANDO ESOFAGITE, PANGASTRITE E BULBODUODENITE. NÃO HOUE MELHORA SIGNIFICATIVA COM TRATAMENTO CLÍNICO, EVOLUINDO NA 32ª SEMANA DE GESTAÇÃO, COM EDA DE CONTROLE, COM SUBESTENOSE ESOFÁGICA COMPROMETENDO 85% DA LUZ DO ÓRGÃO. APÓS O PARTO, COM 37 SEMANAS DE GESTAÇÃO, NÃO HOUE RESOLUÇÃO DOS SINTOMAS. FOI TENTADO SEÇÕES DE DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA QUE NÃO FORAM EFETIVAS. APÓS SEIS MESES DO INÍCIO DO QUADRO, A PACIENTE APRESENTOU PERDA PONDERAL DE 30 QUILOS E EDA DEMONSTRANDO ESTENOSE TOTAL DO ESÔFAGO. INTERNADA PELA EQUIPE DE CIRURIGIA GERAL, INSTITUIDO NUTRIÇÃO PARENTERAL PARA MELHORA DO PERFIL NUTRICIONAL E POSTERIORMENTE REALIZADO ESOFAGECTOMIA SUBTOTAL COM CONFECÇÃO DE TUBO GÁSTRICO E ESÔFAGOGÁSTROANASTOMOSE TERMINO LATERAL MANUAL CERVICAL, COM ANATOMO PATOLÓGICO DE "ESOFAGITE CRÔNICA ULCERATIVA". A PACIENTE TEVE ALTA NO SÉTIMO PÓS OPERATÓRIO, EVOLUINDO DE FORMA FAVORÁVEL, ALIMENTANDO-SE VIA ORAL SEM DIFICULDADES. APÓS UM ANO E SEIS MESES DE CIRURGIA A PACIENTE ENCONTRA-SE SEM DISFAGIA, QUEIXANDO-SE DE POUCA ROUQUIDÃO E SEM ALTERAÇÕES DO TRANSITO INTESTINAL. CONCLUSÃO ESTENOSE BENIGNA ESOFÁGICA DE CAUSA POR HIPEREMESE GRAVÍDICA É RARO. DILATAÇÕES ESOFÁGICAS É O TRATAMENTO MAIS SEGURO NESTAS SITUAÇÕES, CASO NÃO SEJA RESOLUTIVO ESTA INDICADO A ESOFAGECTOMIA, PROCEDIMENTO DE ALTA MORBIMORTALIDADE, POREM, RESOLUTIVO QUANDO BEM APLICADO.

PALAVRAS-CHAVES: ESOFAGECTOMIA | HIPEREMESE GRAVÍDICA | ESTENOSE BENIGNA DE ESÔFAGO

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 846

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTÍCULO EPIFRÊNICO GIGANTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DENISE AKERMAN (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE), MARCELO PROTÁSIO DOS SANTOS (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE), CAIO PASQUALI DIAS DOS SANTOS (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE), PAULO VICENTE DOS SANTOS FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), MARCOS CLAUDIO RADTKE (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE), FERNANDO BRAY BERALDO (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE), JOSE EDUARDO GONÇALVES (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE)

RESUMO: INTRODUÇÃO Os divertículos epifrênicos estão localizados acima do esfíncter esofágico inferior, dentro dos 10 a 15 cm de esôfago distal. São considerados divertículos falsos e são muito raros. Nos Estados Unidos a prevalência é de aproximadamente 15/100000. O tratamento cirúrgico é preconizado quando o paciente é sintomático, sendo que 75 a 80% dos pacientes são assintomáticos, ou na presença de complicações, como hemorragia, inflamação, fístulas e perfuração para o mediastino ou presença de carcinoma espinocelular. Atualmente, a diverticulectomia com cardiomiectomia e funduplicatura laparoscópica é o tratamento cirúrgico de eleição. A via laparoscópica permite uma melhor exposição da transição gastroesofágica, facilitando a miotomia e funduplicatura. RELATO DO CASO Paciente do sexo feminino, 59 anos, com queixa de epigastria, vômitos e regurgitação pós-prandiais, disfagia e pirose há aproximadamente nove anos referindo melhora parcial com uso de inibidores de bomba de prótons. A endoscopia digestiva alta (Figura 1) evidenciou óstio diverticular único, de grandes proporções de aproximadamente 2,0 cm de diâmetro, repleto de resíduos alimentares, provocando desvio da cárdia, localizado na parede anterior do segmento distal do esôfago, pouco acima da transição gastroesofágica. A seriografia esôfago-estômago-duodeno (Figura 2) confirmou achados de divertículo epifrênico. A manometria esofágica revelou hipocontratilidade do corpo esofágico (amplitude média de 20 mmHg). A tomografia computadorizada de tórax demonstrou imagem com conteúdo heterogêneo e formação de nível hidroaéreo no mediastino póstero-inferior, anteriormente ao esôfago, de maior eixo à esquerda da linha média, medindo cerca de 8,1x 5,0 cm nos maiores eixos axiais. No intraoperatório foi encontrado divertículo esofágico de aproximadamente 8x7cm e colo de aproximadamente 3cm. Realizado a diverticulectomia esofágica com grampeamento ao nível do colo diverticular com carga azul 45mm, associado a cardiomiectomia e funduplicatura parcial anterior laparoscópica, sem intercorrências (Figura 3). No pós-operatório paciente referiu resolução dos sintomas, com boa aceitação da dieta. CONCLUSÃO divertículo epifrênico é uma patologia rara e a indicação cirúrgica deve ser sempre bem avaliada para evitar complicações e riscos desnecessários. O desfecho favorável do caso nos evidencia como um diagnóstico bem realizado e um tratamento cirúrgico bem indicado por um serviço especializado podem beneficiar os pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo Esofágico | Laparoscopia | Funduplicatura

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 958

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfuração esofágica por dilatação endoscópica em paciente com estenose cáustica: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARYANA NEVES DE SOUZA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE.), JÚLIA REAL PEREIRA GOMES (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), EDUARDO NACUR SILVA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), FERNANDO CESAR FERREIRA CALISTRO (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), LUCAS ALVES DIAS (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), ANDRE LUÍS DE CARVALHO NOGUEIRA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE)

RESUMO: Introdução: A lesão esofágica por ingestão de substâncias cáusticas é relativamente comum. A consequência imediata é a esofagite podendo evoluir para estenose, frequentemente importante e que persiste por longo tempo. A dilatação endoscópica pode ser considerada segura, mas em casos de lesões cáusticas é mais difícil devido à maior constrição. Em revisões, a incidência de perfurações durante procedimento variou de 12% a 32%. Nesses pacientes com lesão estenosante de esôfago, o tratamento da perfuração esofágica deve ser instituído o quanto antes, evitando mediastinite e uma evolução fatal. Indicada então, a esofagectomia eliminando a doença esofágica como um todo. Relato: masculino, 45 anos com antecedentes de ingestão de soda cáustica em 2000 evoluindo com estenose pilórica e submetido a vagotomia troncular e antrectomia com gastroduodenoanastomose, procura serviço de gastroenterologia em julho de 2016 com disfagia progressiva e perda ponderal. Identificado estenose esofágica à 20cm da arcada dentária superior. Preconizado tratamento com dilatações endoscópicas e jejunostomia com boa evolução e melhora da tolerância da dieta oral. Admitido em novembro para nova dilatação, na qual foi identificada lesão esofágica em região torácica distal. Paciente apresentava-se estável hemodinamicamente, pouco taquicárdico e queixando-se de dor em região esternal. Tomografia de tórax realizada e identificado pneumomediastino. Submetido a toracotomia direita e esofagectomia total com esofagostomia cervical duas horas após perfuração. Visto lesão de 0,5cm ao nível cervical e laceração distal de 2cm de comprimento. Sem sinais macroscópicos de infecção em mediastino, mantido dreno de tórax à direita e encaminhado ao centro de terapia intensiva (CTI) com antibioticoterapia. Boa evolução pós operatória, recebeu alta do CTI no 1º dia pós operatório e alta hospitalar no 8º dia assintomático e mantendo dieta pela jejunostomia. Em acompanhamento ambulatorial para posterior esofagocoloplastia. Conclusão: perfuração esofágica ainda é um desafio para os cirurgiões, sendo o objetivo um diagnóstico precoce para controle do processo infeccioso, manutenção do estado nutricional e a restauração da integridade do trato digestivo.

PALAVRAS-CHAVES: dilatação endoscópica | perfuração esofágica | estenose cáustica

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1014

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem cirúrgica mista para tumor de esôfago: dissecação esofágica por toracoscopia com confecção de tubo gástrico por laparotomia.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA KAROLINA DE BRITO GOUVEIA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), DIEGO TAVARES RUFINO ALVES (HOSPITAL BARAO DE LUCENA), THALES BARBOSA DE FARIAS (HOSPITAL BARAO DE LUCENA), CLARICE DE ARAUJO CAIO (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO)

RESUMO: Introdução A neoplasia maligna esofagiana é o oitavo câncer mais incidente no mundo, estimando-se 456mil novos casos e 400mil óbitos por essa neoplasia¹. Focando-se no tratamento cirúrgico, e no advento das técnicas minimamente invasivas, seja ela por vídeo ou por robô, observa-se resultado oncológico semelhante à cirurgia tradicional, porém com menor morbidade e menor tempo de internação hospitalar. Com o intuito de se manter o ganho em diminuição de morbidade e possibilitando um menor custo para o sistema público de saúde, descreveremos nesse artigo uma abordagem mista e mais econômica no tratamento de câncer de esôfago, com realização toracoscopia para dissecação esofagiana, linfadenectomia torácica e ligadura da veia ázigos e mini-laparotomia para confecção de tubo gástrico. Métodos Com intuito de diminuir custos, sem, no entanto, perder a vantagem na diminuição da morbidade com o advento da técnica minimamente invasiva, propomos algumas modificações técnicas para serviços que dispõem de recursos financeiros escassos. A realização do tempo torácico se faz por toracoscopia com paciente em decúbito ventral e posição prona e substituindo a utilização do grampeador laparoscópico para o controle da crossa da veia ázigos por ligadura proximal e distal com fio de algodão 2-0 com posterior clipadura com clip 400 de titânio e secção da estrutura. Em relação a anastomose do tubo gástrico no esôfago cervical, realizamos com grampeador circular, termino-lateral, na parede posterior do tubo gástrico. No tempo abdominal, optamos por realização de mini-laparotomia, por uma incisão mediana, realizando a confecção do tubo gástrico com a utilização do grampeador linear cortante convencional (laparotômico). Resultados Considerando-se o material descartável mais utilizado na esofagectomia minimamente invasiva com toracoscopia e laparoscopia (grampeador linear laparoscópico com 6 cargas e grampeador circular) possui um gasto total de 16442,53 reais ou 5028,29 dólares por cirurgia. Com a técnica híbrida, proposta nesse artigo, temos um gasto com material descartável (grampeador linear cortante com 4 cargas, clipe e grampeador circular) possui um gasto total de 11444,53 reais ou 3499,85 dólares por cirurgia, representando uma economia de 30,39%. Conclusão A técnica proposta se mostrou factível e com redução de custo expressiva (30,39%) quando comparada à cirurgia por via laparoscópica e toracoscópica..

PALAVRAS-CHAVES: neoplasia esofagiana | tumor de esofago | dissecação esofagiana

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1068

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO EM PACIENTE COM ESÔFAGO DE BARRET

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TIAGO SEIKI GUSHIKEN PETRUCCI (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), KELLI DA SILVA GONÇALVES (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), DAMARIS ALBUQUERQUE CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), CINDY NUNES DA CRUZ (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), SABINE ALMEIDA LIMA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), BIANCA ROCHA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), LEONARDO FERRAZ MARQUES D`OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), MÁRCIA APARECIDA RANGEL DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS)

RESUMO: Introdução: O adenocarcinoma esofágico (AE) surge, geralmente, em consequência de uma doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) crônica e esôfago de Barret (EB). Essa neoplasia apresenta o uso de tabaco, o excesso de peso e radiação prévia como principais fatores de risco. O AE é mais frequente em caucasianos e sete vezes mais comum em homens. A associação do AE com a DRGE e o EB, apesar de não ser bem elucidada, é bem estabelecida, podendo considerar o EB como uma lesão precursora dessa neoplasia. Relato de caso: Masculino, 69 anos, branco, natural de Campos dos Goytacazes. Apresentou-se ao hospital em 2009 com resultado de uma biópsia de quatro fragmentos irregulares de tecido da mucosa de transição esôfago-gástrica, mostrando a presença de esofagite crônica ativa e leve, com metaplasia intestinal incompleta, sem displasia. Em 2013, foi diagnosticado com hérnia de hiato e feita uma Funduplicatura de Nissen como tratamento. Em 2016, queixou-se de disfagia e, após exames para avaliar DRGE, foi realizada uma esofagogastrectomia com linfadenectomia. O monobloco analisado de esôfago mostrou mucosa pregueada e acinzentada, sem lesão, com áreas irregulares esbranquiçadas e paredes elásticas. O segmento gástrico mostrou serosa lisa, brilhante e superfície acastanhada, mucosa pregueada e parda, e sem lesão. Do tecido adiposo peri-gástrico foram coletados 11 nódulos e, das laterais, 9 nódulos. Na microscopia, foi diagnosticado adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante medindo 1,8 cm, comprometendo a mucosa e fazendo projeção nodular. Na análise, apresentou margem cirúrgica livre, mucosa esôfago-gástrica não tumoral com alterações inflamatórias mínimas, sendo isolados 10 linfonodos reacionais livres de neoplasia. A análise do material coletado na linfadenectomia mostrou linfonodos não comprometidos. Conclusão: O câncer de esôfago possui prognóstico ruim, principalmente pela demora em se fazer o diagnóstico e pela prevalência em pacientes de idade avançada. Por isso, é importante entender a relação da DRGE e do esôfago de Barret na etiologia do adenocarcinoma esofágico. Diante disso, fica evidente a necessidade de se acompanhar os indivíduos portadores dessas comorbidades, para que seja possível diagnosticar a neoplasia precocemente e iniciar o tratamento mais rápido, melhorando, então, o prognóstico desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Esôfago de Barret | Adenocarcinoma esofágico | Doença do Refluxo Gastroesofágico

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1240

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ACALÁSIA IDIOPÁTICA APÓS FUNDOPLICATURA: RELATO DO CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LÍCIA INAZAWA DA SILVA (PUCPR - CAMPUS LONDRINA), VICTÓRIA GURGEL DE CARVALHO (PUCPR - CAMPUS LONDRINA), ISABELA PAVANELLI MATOSINHOS (PUCPR - CAMPUS LONDRINA), CLÓVIS M KUWAHARA (PUCPR - CAMPUS LONDRINA)

RESUMO: 1. IntroduçãoA acalasia idiopática é uma doença sem etiologia conhecida, caracterizada por aperistalse de esôfago, relaxamento incompleto do esfíncter inferior de esôfago à deglutição com hipertonidade em repouso. Constitui uma das disfunções motoras do esôfago mais investigadas e geralmente é diagnosticada entre 30 e 60 anos. Este relato do caso apresenta uma evolução atípica da doença, devido a paciente ser diagnosticada com acalasia idiopática de desenvolvimento posteriormente à fundoplicatura.2. Relato do casoPaciente S.G.C., 27 anos, feminino, branca, professora, natural e procedente de Londrina, relatou em primeira consulta queixa de disfagia há 1 ano. Referia que há 7 anos apresentava pirose semanalmente. Negava dor, emagrecimento e familiares com doenças gastrintestinais. Realizou tratamentos com inibidores de bomba de prótons e endoscopias, as quais indicaram esofagite erosiva leve e hérnia hiatal pequena.Há 5 anos, optou-se por fundoplicatura, resolvendo os sintomas por 2 anos. Porém, passou a ter disfagia para alimentos sólidos, episódios de vômitos pós-alimentares e sialorreia.Foi submetida à manometria de esôfago, a qual demonstrou aperistalse de corpo gástrico com hipotonia de esfíncter inferior de esôfago e relaxamento incompleto. Foram realizadas radiografia contrastada de esôfago, que evidenciou retardo no esvaziamento esofágico, sem dilatação; sorologia para doença de Chagas e investigação para colagenoses, ambas com resultado negativo. Optou-se por realizar dilatação endoscópica do cárdia, mas a queixa de disfagia retornou após 3 meses.A paciente foi submetida à reversão da cirurgia de hérnia hiatal, mas os sintomas persistiram. Com isso, foram escolhidos procinéticos, estabilizando os episódios de vômitos, e dieta fracionada controlando a regurgitação. Houve melhora na qualidade de vida da paciente e estabilização do quadro.3. ConclusãoA acalasia idiopática é uma doença de cura improvável e de controle possível. Deve ser investigada sempre em casos de disfagia para diagnóstico precoce. O estudo manométrico deve ser feito previamente ao tratamento cirúrgico para Doença do Refluxo Gastroesofágico para afastar alterações de motilidade esofágica associadas.

PALAVRAS-CHAVES: Acalasia idiopática | Fundoplicatura | Hipotonia

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1352

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PLUMMER-VISON: UMA REVISÃO SOBRE ESTA DOENÇA RARA, AINDA PRESENTE NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR (UNIVASF), LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA (UNIVASF), HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES (UNIVASF), SANDRA LUCIA LODI PERES (UNIVASF), THIAGO JARDIM PEREIRA (UNIVASF), ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO (UNIVASF), BRENO CARVALHO CAVALCANTE (UNIVASF)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Síndrome de Paterson-Brown-Kelly ou Plummer-Vison (PV), consiste em uma tríade de disfagia, anemia e membranas esofágicas. Descrita inicialmente em 1912, comum durante o século 20, em população caucasóide. Raras nos dias atuais. OBJETIVO: Apresentar um novo caso de PV e fazer uma revisão sistemática do assunto. MÉTODO: Nós realizamos uma revisão sistemática no PubMed database, selecionamos os artigos pelo MeSH terms Plummer-Vison Syndrome e Patterson-Kelly Syndrome, encontrando 230 artigos. Incluímos nesta revisão, todos em português ou inglês nos últimos 10 anos, 35 publicações. Adicionalmente reportamos um novo caso. RESULTADOS: PV é uma doença rara, etiologia desconhecida com fisiopatologia ligada a anemia ferropriva. Afetando principalmente mulheres de meia-idade. O desafio esta na suspeição diagnóstica e definição da melhor opção terapêutica, uma vez que existe apenas uma literatura limitada sobre o tema. A maioria dos estudos avaliados recomenda a suplementação com ferro oral e controle de possível causa para a anemia. A dilatação endoscópica para os raros casos em crianças ou em refratariedade ao tratamento da anemia. Uma vez que a membranas esofágicas não parecem ser responsáveis isoladamente pelo quadro de disfagia que muitas vezes desaparecem após a suplementação. Reportamos o caso em mulher de meia-idade, com disfagia crônica, intermitente apresentando anemia severa com necessidade de múltiplas transfusões. Nos exames laboratoriais, apresentava anemia microcítica e hipocrômica com ferritina abaixo do valor padronizado. Estenose membranosa cervical no esofagograma. Estabelecendo diagnóstico de PV. Procedeu-se uma endoscopia digestiva alta (EDA) com dilatação esofágica com o próprio aparelho, restante do exame normal. Evoluiu com boa aceitação da dieta oral, recebendo alta hospitalar em uso de suplementação de ferro. Encontra-se sintomática e com resolução da anemia. CONCLUSÃO: Recomendamos suplementação oral e dilatação endoscópica para todos os pacientes, visto possibilitar alívio imediato dos sintomas e principalmente completar o exame de rastreamento para neoplasias gástricas ou esofágicas. Recomendamos também seguimento nos assintomáticos a cada dois anos, com EDA. O prognóstico geralmente é bom, com baixa recorrência da doença. Porém, estudos multicentricos com grupo controle são necessários para definição da melhor opção terapeutica e condução dos casos. BIBLIOGRAFIA: Bakshi S. S. 2016. Berthe A., et al. 2014. Goel A., et al. 2016.

PALAVRAS-CHAVES: PATERSON-KELLY|PLUMMER-VISON|ENDOSCOPIA

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1357

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE ESÔFAGO: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE VALERIO DE MESQUITA (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), HERMANO AUGUSTO DE MEDEIROS JÚNIOR (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), LEANDRO DE SOUZA LEHFELD (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), TATIANA PASCHOALATO (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), GUSTAVO DA SILVEIRA TRINDADE (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), MURILO RODRIGUES DO CARMO (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), MURILO BARCELOS DE SOUZA (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), BRUNO FERNANDO BINOTTO (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), CIRO EDUARDO FALCONE (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O tumor de células granulares foi descrito pela primeira vez em 1926 por Abrikossoff. Pode surgir em qualquer órgão, sendo a língua, a pele e a glândula mamária os locais mais frequentemente atingidos. O envolvimento do tubo digestivo ocorre em cerca de 5% dos casos. Destes, um terço localizam-se no esôfago. Este relato tem como objetivo apresentar caso de tumor de células granulares de esôfago. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 41 anos, raça branca, submetido a endoscopia digestiva alta por queixas dispépticas. Observou-se uma lesão elevada com 8 mm de diâmetro no terço inferior do esôfago, sendo realizada polipectomia. A histologia foi compatível com tumor de células granulares. Realizado exame imuno-histoquímico que confirmou o diagnóstico. A endoscopia de controle, realizada após 6 meses, não mostrou evidência de recidiva tumoral. Os tumores granulares com localização esofágica afetam predominantemente doentes do sexo masculino, com um pico de incidência entre a quarta e a sexta décadas de vida. Na sua maioria, são achados endoscópicos. O aspecto endoscópico habitual é o de um pólipó sésil, com dimensão inferior a 2 cm, de consistência dura e coloração amarelada, recoberto por mucosa normal e situado no terço distal do esôfago. Histologicamente, são formados por grupos de células ovoides ou poligonais, com citoplasma eosinofílico, delimitados por septos de tecido conjuntivo, localizados na camada mucosa e submucosa. No estudo imuno-histoquímico, a proteína S-100 é o marcador mais característico, embora não específico. A maioria destes tumores é benigna, verificando-se um comportamento maligno em apenas 1-3% dos doentes. Não existem consensos quanto ao tratamento. A excisão, endoscópica ou cirúrgica, é considerada a terapêutica de primeira linha. A opção pelo tratamento endoscópico deverá ser reservada para tumores até dois centímetros e ausência de invasão da muscularis própria, associando-se, contudo, a um risco de recorrência de 5-10%. Alguns autores sugerem que lesões de menores dimensões e assintomáticas podem ser vigiadas por endoscopia. Face à sua raridade, não está estabelecida a periodicidade de vigilância após a ressecção destes tumores. CONCLUSÃO: Os tumores de células granulares de esôfago devem ser acompanhados e por ser patologia incomum tal seguimento ainda não possui consenso.

PALAVRAS-CHAVES: ESÔFAGO|CÉLULAS GRANULARES|TUMOR

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1358

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PLUMMER-VISON: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR (UNIVASF), LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA (UNIVASF), HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES (UNIVASF), SANDRA LUCIA LODI PERES (UNIVASF), THIAGO JARDIM PEREIRA (UNIVASF), ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO (UNIVASF), BRENO CARVALHO CAVALCANTE (UNIVASF)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Paterson-Brown-Kelly ou Plummer-Vison (PV), consiste em uma tríade de disfagia, anemia e membranas esofágicas. Descrita inicialmente em 1912, comum durante o século 20, em população caucasóide. Raras nos dias atuais. OBJETIVO: Apresentar um novo caso de PV e fazer uma revisão sistemática do assunto. MÉTODO: Nós realizamos uma revisão sistemática no PubMed database, selecionamos os artigos pelo MeSH terms Plummer-Vison Syndrome e Patterson-Kelly Syndrome, encontrando 230 artigos. Incluímos nesta revisão, todos em português ou inglês nos últimos 10 anos, 35 publicações. Adicionalmente reportamos um novo caso. RESULTADOS: PV é uma doença rara, etiologia desconhecida com fisiopatologia ligada a anemia ferropriva. Afetando principalmente mulheres de meia-idade. O desafio está na suspeição diagnóstica e definição da melhor opção terapêutica, uma vez que existe apenas uma literatura limitada sobre o tema. A maioria dos estudos avaliados recomenda a suplementação com ferro oral e controle de possível causa para a anemia. A dilatação endoscópica para os raros casos em crianças ou em refratariedade ao tratamento da anemia. Uma vez que as membranas esofágicas não parecem ser responsáveis isoladamente pelo quadro de disfagia que muitas vezes desaparecem após a suplementação. Reportamos o caso em mulher de meia-idade, com disfagia crônica, intermitente apresentando anemia severa com necessidade de múltiplas transfusões. Nos exames laboratoriais, apresentava anemia microcítica e hipocrômica com ferritina abaixo do valor padronizado. Estenose membranosa cervical no esofagograma. Estabelecendo diagnóstico de PV. Procedeu-se uma endoscopia digestiva alta (EDA) com dilatação esofágica com o próprio aparelho, restante do exame normal. Evoluiu com boa aceitação da dieta oral, recebendo alta hospitalar em uso de suplementação de ferro. Encontra-se sintomática e com resolução da anemia. CONCLUSÃO: Recomendamos suplementação oral e dilatação endoscópica para todos os pacientes, visto possibilitar alívio imediato dos sintomas e principalmente completar o exame de rastreamento para neoplasias gástricas ou esofágicas. Recomendamos também seguimento nos assintomáticos a cada dois anos, com EDA. O prognóstico geralmente é bom, com baixa recorrência da doença. Porém, estudos multicêntricos com grupo controle são necessários para definição da melhor opção terapêutica e condução dos casos.

PALAVRAS-CHAVES: PATERSON-KELLY|PLUMMER-VISON|ENDOSCOPIA

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1366

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cardiomiectomia de Heller Videolaparoscópica sem Confeção da Válvula Anti-Refluxo no Tratamento da Acalásia.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MADALENA MARIA SILVA COUTINHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GABRIEL HENRIQUE CAVALCANTE NOGUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EDUARDO CÉSAR DINIZ MACÊDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), THOMAS JEFFERSON CARDOSO DO NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MARIA DAIANA DE SOUZA NUNES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), KAROLINE GONZAGA DA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LESSANDRA MUNIZ DIÓGENES DE LEMOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: OBJETIVO Apresentar a casuística do Serviço de Cirurgia Digestiva do HUWC dos pacientes submetidos à esofagocardiomiectomia de Heller videolaparoscópica sem confecção de válvula anti-refluxo, entre os anos de 2010 a 2016. MÉTODO Análise dos prontuários de 46 pacientes submetidos à operação de Heller por vídeo sem confecção de válvula anti-refluxo entre os anos de 2010 e 2016. Foram avaliados os seguintes parâmetros: fator epidemiológico, sintomatologia, classificação do megaesôfago, tratamento cirúrgico realizado, extensão da miectomia, duração da cirurgia, complicações transoperatórias, tempo de permanência hospitalar, ganho de peso, taxa de recidiva e RGE pós-operatório. RESULTADOS Dos 52 pacientes operados entre 2010 e 2016, quatro foram excluídos do estudo porque foram submetidos concomitantemente a um procedimento anti-refluxo na cirurgia, um paciente faleceu no primeiro ano pós-operatório por complicações cardíacas e outro perdemos o seguimento ambulatorial, restando 46 pacientes para estudo. Dos 46 pacientes, 25 eram do sexo feminino (54%) e 21 do sexo masculino (45%). Quanto à etiologia, 12 eram por doença de Chagas (26%) e 34 idiopáticos (74%). Os principais sintomas foram a disfagia progressiva, perda de peso, regurgitação e tosse. Quanto à classificação do megaesôfago, um era Grau I (2%), 9 eram Grau II (19%), 19 eram Grau III (42%), 6 eram Grau IV (13%), e 11 não foram classificados (24%). O tratamento cirúrgico realizado foi a esofagocardiomiectomia de Heller por vídeo sem confecção de válvula anti-refluxo, com a extensão da miectomia variando entre 6 a 9cm. As complicações transoperatórias foram duas lesões gástricas e uma duodenal (6,5%), que foram tratados com rafia primária. O tempo médio de cirurgia foi de 90 minutos e a média de internação hospitalar foi de 3 dias. Foram operados, em média, 8 pacientes por ano. Em todos observou-se uma resolução imediata dos sintomas, com um ganho ponderal de 5 a 20kg nos primeiros 2 anos da cirurgia. 44 pacientes (95%) obtiveram bom resultado no que diz respeito à melhora dos sintomas e 2 persistiram com alguma forma de disfagia (5%). 7 pacientes (15%) apresentavam alguma forma de refluxo gastroesofágico pós-operatório, seja ele clínico ou endoscópico. CONCLUSÃO A esofagocardiomiectomia de Heller isolada além de proporcionar as vantagens próprias da laparoscopia, é uma técnica extremamente eficiente no tratamento da acalásia. O RGE e a recidiva são as complicações mais frequentes.

PALAVRAS-CHAVES: Esfagocardiomiectomia | Heller | Acalásia

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1436

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reconstrução do trânsito digestivo após lesão esofagogástrica por cáustico: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO SILVA VIEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), HENRIQUE BELETÁBLE FONSECA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), SILLAS MOURÃO PINTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), ANTONIO SERGIO ALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), JOSE LUIZ CAMPELLO DE MELLO VIANNA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), PABLO NELSON DO VALLE HUBNER (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), THIAGO DE ALMEIDA FURTADO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), DIEGO PAIM CARVALHO GARCIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS)

RESUMO: INTRODUÇÃOA ingestão de substâncias corrosivas é um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Crianças representam 80% das vítimas por ingestão acidental. Em adultos, a ingestão se faz como tentativas suicidas. Álcalis são mais agressivos e com complicações mais graves. Raio-X de tórax e EDA devem ser solicitados precocemente. O risco de desenvolvimento de câncer de esôfago é mil vezes superior à população não exposta. A abordagem inicial consiste em medidas clínicas e jejunostomia. O tratamento tardio pode ser realizado com dilatação endoscópica e reestabelecimento do trânsito intestinal.RELATO DO CASOD.M.C.P., 29 anos, comparece por estenose cáustica há 7 meses, após tentativa de suicídio. Em uso de gastrostomia. EDA (20/04/16): estenose parcial à 12 cm da linha labial e estenose importante à 18 cm da linha labial, com intensa retração cicatricial, não permitindo a passagem do aparelho. REED (08/08/16): estenose do segmento inferior do terço proximal do esôfago, sem passagem de contraste através da área de estenose.Admitida em 02/11/16 para acompanhamento nutricional e pré-operatório devido impossibilidade de dilatação via endoscópica. Submetida a esôfago-colonplastia e jejunostomia em 10/11. Encaminhada ao CTI. Apresentou taquicardia, edema e enfisema subcutâneo em incisão cervical. Retirados pontos de sutura, com saída de secreção purulenta. Iniciada dieta líquida por jejunostomia em 13/11. No 5º DPO, realizada toracocentese (saída de 1L de líquido amarelo citrino) após evidências de derrame pleural importante à direita. Alta para enfermaria, mantendo saída de secreção hialina por incisão cervical ? em diminuição. Nova toracocentese em 18/11, com saída de 150 mL de líquido amarelo citrino. Administrado azul de metileno via oral no 16º DPO, sem evidências de extravasamento. Iniciada dieta via oral líquida, tolerando progressão da dieta após.Alta hospitalar no 23º DPO. Retornou queixando alterações em incisão cervical. Negou odinofagia. Administrado novamente azul de metileno, sem evidências de extravasamento. Prescrito antibioticoterapia e solicitada nova EDA.CONCLUSÃOAcidentes com substâncias cáusticas são crescentes nos países em desenvolvimento. A EDA precoce é considerada essencial no manejo do paciente. A principal sequela tardia é a estenose, que pode ser tratada por dilatação endoscópica ou reestabelecimento do trato gastrointestinal com segmento colônico. O risco de desenvolvimento de câncer esofágico é elevado.

PALAVRAS-CHAVES: Lesão cáustica | Esôfago-colonplastia | Reconstrução do trato gastrointestinal

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1494

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: ESOFAGECTOMIA TRANSHIATAL COM CONFECÇÃO DE TUBO GÁSTRICO, EXCLUSÃO PILÓRICA E GASTROENTEROANASTOMOSE EM Y DE ROUX, EM UM CASO DE ESTENOSE CÁUSTICA DE ESÔFAGO E PILORO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR (UNIVASF), LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA (UNIVASF), THIAGO JARDIM PEREIRA (UNIVASF), SANDRA LUCIA LODI PERES (UNIVASF), HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES (UNIVASF), ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO (UNIVASF), BRENO CARVALHO CAVALCANTE (UNIVASF)

RESUMO: INTRODUÇÃO:A ingestão de cáusticos permanece um importante agravo de saúde pública principalmente na população pediátrica. Porém, vários casos em adolescentes e adultos tem sido reportados, acidentais ou por tentativas de suicídio. Dentre as propostas de tratamento para a estenose caustica estão as dilatações endoscópicas e as cirúrgicas, com confecção de tubo gástrico ou cólon transverso. neste relato de caso reportamos a opção por tubo gástrico mesmo em um caso associado de estenose esofágica e pilórica, optando por associar uma gastroenteroanastomose em Y de Roux na porção inferior do tubo gástrico.RELATO DE CASO:Paciente do sexo masculino, 37 anos, branco, história de prévia de uso de maconha evoluindo com esquizofrenia paranoide há cinco anos da admissão. Vem ao ambulatório com história de disfagia progressiva atualmente para líquidos, incapaz de deglutir, pós ingesta de cáustico 28 dias antes. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou oclusão completa sem possibilidade de dilatação ou passagem de sonda nasoenteral. Iniciado suporte nutricional parenteral e optado por abordagem cirúrgica com esofagectomia em comum acordo com familiares. Nos exames pré-operatórios apresentava também distensão importante de estomago na tomografia computadorizada de abdome, e estenose importante sem passagem de contraste no esofagograma. No intra operatório foi evidenciado estenose importante de piloro com distensão gástrica. Optado por esofagectomia transhiatal com confecção de tubo gástrico e anastomose cervical associado a exclusão pilórica e gastroenteroanastomose em Y de Roux. Paciente evoluiu com fistula cervical de baixo débito, com resolução espontânea, abscesso retroperitoneal em pós-operatório tardio, tratado com drenagem percutânea e antibioticoterapia. Recebendo alta com dieta oral livre. complicou em pós-operatório tardio com estenose de anastomose cervical, atualmente em terapia de dilatação via endoscopia. Aporte calórico via oral total.CONCLUSÃO:A cirurgia proposta pode ser opção nesses casos de impossibilidade de dilatação e associação com estenose de piloro, dada as desvantagens de uma possível esofagogastrectomia com confecção de tubo de cólon trasnverso e anastomose colônica. As complicações apresentadas pelo paciente foram as mesmas esperadas de qualquer outra esofagectomia.

PALAVRAS-CHAVES: ESOFAGECTOMIA TRANSHIATAL|ESTENOSE CÁUSTICA|ESTENOSE PILÓRICA

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1527

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: As Técnicas endoscópicas são eficazes no tratamento do megaesôfago chagásico?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL MIRANDA DE OLIVEIRA (HOSPITAL VILA DA SERRA), FERNANDA PINHEIRO MANHÃES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), IURI FERRARI DEL FAVERO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), VITOR ANTONACCI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), MATTEUS MURTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), ANNA TERESA MOREIRA NEVES (HOSPITAL VILA DA SERRA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A acalasia caracteriza-se pela destruição dos plexos neuronais do esôfago causando o não relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) na deglutição. A doença de chagas, uma das causas de acalasia, complica-se com megaesôfago chagásico que com frequência necessita de intervenção do cirurgião. Possui extenso leque de tratamento, desde medidas clínicas até cirúrgicas¹. A melhor opção de tratamento ainda é motivo de controvérsias, mas vem crescendo as opções de tratamento endoscópicos, com menor morbimortalidade, resguardando o paciente de uma cirurgia propriamente dita. OBJETIVOS: Abordagem das técnicas endoscópicas no tratamento do megaesôfago chagásico. MÉTODO: Pesquisa nas bases de artigos Lilacs e Pubmed, com as palavras chaves em inglês achalasia treatment, endoscopic dilatation, per-oral endoscopic myotomy. Seleção de artigos publicados nos últimos 3 anos. RESULTADOS: Resultados positivos foram obtidos com diversas técnicas, em especial na acalasia grau II e III de Rezende². A Dilatação por balão pneumático objetiva romper as fibras do EEI após insuflação do balão. Com possibilidade de dilatações subsequentes produz alívio dos sintomas em especial no primeiro ano em até 90% dos casos. Em 2% dos casos pode ocorrer perfuração esofágica e em uma minoria ocorre a DRGE. A injeção de toxina botulínica, diminui a pressão do EEI inibindo a acetilcolina, possui utilidade em pacientes de alto risco cirúrgico, aliviando a disfagia com sucesso temporário, média de 6 meses. Com papel ainda incerto na acalasia, o Stent esofágico é colocado ao nível do EEI, produz uma pressão simétrica por período prolongado. Possui uma taxa de remissão alta (100 a 83%) em 05 a 10 anos³. A técnica de miotomia endoscópica per-oral consiste na confecção de um túnel submucoso e posterior miotomia das fibras musculares circulares do EEI; ainda pouco difundida demonstra bons resultados com sucesso próximo aos 80% em 12 meses². CONCLUSÃO: As diversas técnicas de abordagem endoscópica na acalasia têm se demonstrado eficazes e a escolha deve ser individualizada de acordo com o paciente e experiência da equipe. BIBLIOGRAFIA:1) Schlottmann, F. et.al., Multidisciplinary Approach to Esophageal Achalasia, Journ. L. Endoscopic e Adv. Surgical Techniques (2017)2) Familiari, P. et. al., Achalasia: Current treatment options, Rev. Gastro. Hepatol. Vol. 9 (2015)3)Coppola, F. et. al., Temporary Endoscopic Metallic Stent for Idiopathic Esophageal Achalasia, Surgic. Innovation Vol. 21(1) (2014)

PALAVRAS-CHAVES: Tratamento da Acalasia | Dilatação endoscópica | Megaesôfago chagásico

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1536

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA POS QUEIMADURA POR BATERIA ELETRÔNICA: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), LEONARDO COSTA CARTAXO (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL), HENRIQUE JOSÉ MOTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE), ANA BEATRIZ RODRIGUEZ DA MOTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE), GABRIELA LIMA NÓBREGA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MAYARA RAYSSA DANTAS BORGES (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL), JULIANA BEATRIZ DE OLIVEIRA FERREIRA (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL), MARINA MAYARA BATISTA DO REGO (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL)

RESUMO: INTRODUCAO: A ingestão de corpo estranho na classe infantil, são quadros corriqueiros e tem prevalência entre o primeiro ao terceiro ano de vida. Sendo que a maioria dessas são assintomáticas ou apresentam sintomas transitórios no momento da ingestão. As baterias eletrônicas representam aproximadamente 2% dos corpos estranhos esofágicos pediátricos e as quais têm maior risco de perfuração. Apresenta alta morbidade e mortalidade, podendo evoluir em esofagite erosiva, fístula traqueoesofágica (TEF) ou estenoses esofágicas, se forem deixadas no local por muito tempo. A interrupção luminal completa com perfuração pode ocorrer dentro de 5 h de exposição com relatos de perfuração em todas as baterias em forma discoide mantidas acima de 12 h. As formas de apresentações da lesão, após a absorção de substâncias tóxicas, podem ser por descarga elétrica, necrose de pressão e vazamento de conteúdo da bateria. A fístula traqueoesofágica é rara, porém pode causar potenciais danos e exige retirada em caráter de urgência.RELATO DE CASO: Paciente FAMA, 1 ano e 4 meses, ingeriu bateria eletrônica cilíndrica, veio ao nosocômio com queixa de recusa alimentar e irritabilidade. Realizado endoscopia digestiva alta (EDA) em que foi observado necrose em região do terço médio do esôfago com extensão aproximada de 1,5 cm. Iniciou-se alimentação líquida-pastosa conforme aceitação. Após internação, evoluiu com febre, vômitos, sialorreia e dificuldades para se alimentar, realizando nova EDA que demonstrou fístula traqueo ? esofagiana. Paciente encontra-se com sonda naso enteral (SNE) e nutrição paraenteral total (NPT) em unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica e realizou nova EDA que evidenciou melhora do aspecto da fístula, em que se encontra no momento em regressão.CONCLUSAO: o diagnostico definitivo pode ser firmado através da visualização direta do trajeto fistuloso por meio de: 1)esofagoscopia, 2)visualização por método de imagem, 3)cirurgia ou 4)autopsia. O tratamento conservador com o descanso esofágico com precauções de refluxo, sem ingestão oral, e uma dieta fornecida por gastrostomia, nasogástrica, ou gastro-jejunal, porém, em média, delonga entre 28 a 77 dias para fechar sem a intervenção cirúrgica. A cirurgia indicada assim que o status do paciente permitir, com o escopo de interromper a comunicação entre o tubo digestivo e a arvore respiratória. Entretanto, é de suma importância a retirada precoce de todo o material ingerido, afim de evitar tais complicações.

PALAVRAS-CHAVES: FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA|QUEIMADURA|BATERIA ELETRÔNICA

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1554

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RECANALIZAÇÃO DO PILORO APÓS QUEIMADURA QUÍMICA DE ESÔFAGO: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAYARA RAYSSA DANTAS BORGES (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL), FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), GABRIELA LIMA NÓBREGA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ANA BEATRIZ RODRIGUEZ DA MOTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE), JULIANA BEATRIZ DE OLIVEIRA FERREIRA (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL), MARINA MAYARA BATISTA DO REGO (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL), SILVIO CESAR DE ALCANTARA VELHO BARRETO BRANDÃO (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL), HENRIQUE JOSÉ MOTA (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL)

RESUMO: INTRODUCAO: A ingestão de ácidos geralmente produz uma necrose de coagulação superficial que leva a trombose dos vasos sanguíneos da mucosa subjacente e consolida o tecido conjuntivo, formando assim uma escara protetora, culminando em uma lesão extensa e podendo causar perfuração esofágica ou gástrica após 24 a 48 horas. O estômago é o sitio de maior acometimento nestes tipos de lesões corrosivas, pois os ácidos irão induzir espasmo da musculatura pilórica, prolongando assim o tempo de contato com a parede do estômago e produzindo uma variedade de deformidades gástricas como estenose pré - pilórica, estenose antral e ainda contrações levando a capacidade estomacal reduzida.RELATO DE CASO: E.M.F., 51 anos, vítima de intoxicação exógena, ingeriu ácido muriático, resultando em necrose esofagogastroduodenal evidenciada por endoscopia digestiva alta (EDA). Após necrose, verificou-se que a paciente evoluiu com fístula em região do piloro, com presença de lesão em epiglote e úlceras confluentes abaixo do esfíncter esofágico, ambos observados em esofagoscopia rígida. Foi submetida a gastrostomia distal descompressiva por Gstonn e jejunostomia à Witzel, evoluindo com melhora do quadro disfágico e aceitação de dieta por jejunostomia.CONCLUSAO: A recanalização espontânea do piloro, sem a aplicação de medidas cirúrgicas, apenas com as medidas conservadoras, foram a opção para a paciente do caso clínico. Entretanto, a conduta ser individualizada, pois depende das propriedades corrosivas da substância ingerida, quantidade, concentração e forma física (sólida ou líquida) do agente e a duração do contato com a mucosa. O prognóstico é variável e depende do grau de lesão esofágica e da condição médica subjacente do doente. A paciente do caso, recebeu alta hospitalar e atualmente está em acompanhamento ambulatorial sem intercorrências.

PALAVRAS-CHAVES: RECANALIZAÇÃO DO PILORO | ÁCIDO MURIÁTICO | QUEIMADURA QUÍMICA DE ESÔFAGO

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1659

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Comparação entre a esofagectomia x esofagocoloplastia no tratamento cirúrgico da estenose cáustica de esôfago

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PABLO SILVA DOS ANJOS (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), LUIZ CARLOS TEIXEIRA (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), LARISSA AMARAL CARREGAL (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), MARCOS LANNA BICALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), RAFAEL ALVES CARVALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK)

RESUMO: Objetivo: comparar os resultados das técnicas de tratamento cirúrgico da estenose cáustica do esôfago (esofagectomia x esofagocoloplastia) quanto a mortalidade; apresentar o Protocolo Clínico do Serviço de Cirurgia Geral do HJK na condução desta grave patologia. Métodos: Estudo retrospectivo de 35 pacientes submetidos a esofagectomia e esofagocoloplastia no Departamento de Cirurgia do Hospital Júlia Kubitschek de janeiro de 2010 a janeiro de 2017. Foram analisados somente a princípio, variáveis relativas a complicações maiores inerentes a cada técnica cirúrgica e a mortalidade pós-operatórias. Resultados: Foram operados 35 pacientes - 15 foram submetidos a esofagocoloplastia (43,9%) e 20 foram submetidos a esofagectomia (57,1%). A mortalidade foi de 20% (3 pacientes) na esofagocoloplastia e zero na esofagectomi . Conclusão: Este estudo mostrou menor mortalidade e menor taxa de complicações pós-operatórias no subgrupo submetido a esofagectomia comparado ao subgrupo submetido a esofagocoloplastia.

PALAVRAS-CHAVES: estenose cáustica | esofagocoloplastia | esofagectomia

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1723

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Disfagia orofaríngea pós-AVC

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VALTER NILTON FELIX (FMUSP, NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), IOSHIKI YOGI (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), DANIEL SENDAY (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), FERNANDO TADEU VANNUCCI COIMBRA (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), LEANDRO SILVEIRA SARMENTO (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), LEONARDO BICARATO TURRA (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), GABRIEL PREVIERO ELIAS DA SILVA (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), MATHEUS FELIPE BELO SILVA (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: É bem conhecida a disfagia orofaríngea que sucede o acidente vascular isquêmico, mas sua evolução é variada. O objetivo do trabalho é avaliar resultados do tratamento cirúrgico dos casos que não respondem às intervenções fonoterapêuticas de reabilitação. Método: É apresentada série de dez pacientes (oito homens e duas mulheres, com média de idades de 68,3 +/- 9,6 anos) sem declínio cognitivo, mas com disfagia orofaríngea incapacitante causada por acidente vascular isquêmico que comprometeu parte da base do encéfalo, ocorrido 9,3 +/- 1,56 meses atrás, e que já haviam sido submetidos a intenso programa fonoterapêutico de reabilitação da deglutição, infrutífero. Foram submetidos a videofluoroscopia da deglutição e a eletromanometria estacionária com cateter de estado sólido Medtronic®, de três canais, com avaliação de extensão e pressão máxima do esfíncter superior do esôfago (ESE) e estudo funcional realizado a partir de deglutições secas estimuladas. Os exames foram repetidos cerca de 30 dias após miotomia faringoesfincteroesofágica, conduzida sob anestesia geral. Resultados: Não houve complicações cirúrgicas. Depois de 30 dias de pós-operatório, a sonda nasoentérica de alimentação pôde ser retirada em todos os pacientes, que já se alimentavam de pastosos e líquidos espessados. A barra faríngea e a estase, sempre notadas no pré-operatório, foram eliminadas no estudo videofluoroscópico, que seguiu demonstrando ausência de aspiração para a via respiratória. Alterações eletromanométricas foram notáveis: as contrações faríngeas mantiveram-se acima de 20mmHg, mas a pressão máxima de repouso do ESE passou de 60,1 +/- 14,8 mmHg para 12,9 +/- 4,3 mmHg. Conclusão: A miotomia faringoesfincteroesofágica mostra-se excelente opção para tratamento da disfagia orofaríngea incapacitante pós-AVC

PALAVRAS-CHAVES: Disfagia orofaríngea | Deglutição | Tratamento Cirúrgico

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1724

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia hiatal pós-operatória. Uma nova doença

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VALTER NILTON FELIX (FMUSP/NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), IOSHIKI YOGI (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), FERNANDO TADEU VANNUCCI COIMBRA (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), LEANDRO SILVEIRA SARMENTO (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), LEONARDO BICARATO TURRA (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), MATHEUS FELIPE BELO SILVA (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO), GABRIEL PREVIERO ELIAS DA SILVA (NÚCLEO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: Objetiva-se verificar características de extensas hérnias hiatais que surgem no pós-operatório do tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico. Método: Foram estudados 15 pacientes, nove homens e seis mulheres, com média de idades de 46,16 +/- 8,92 anos, obedecendo-se a todos os critérios bioéticos convencionais, submetidos a reoperação de hérnia hiatal de deslizamento extensa, de mais de 5cm de extensão, confirmada por exame endoscópico, que também apontou esofagite erosiva A em dez e B em cinco, após hiatoplastia e funduplicatura aplicadas para tratamento cirúrgico de doença do refluxo gastroesofágico há 3,45 +/- 1,34 anos. A funduplicatura estava deiscida em todos os casos. Todos queixavam-se de disfagia a sólidos, dor retrosternal à alimentação e cinco, de pirose associada, apesar dos 40mg de omeprazol diários. Foram submetidos a exame eletromanométrico do esôfago, para verificação de peristaltismo, da amplitude dos complexos de deglutição, da extensão e da pressão expiratória máxima do esfíncter inferior do esôfago (EIE), assim como para posicionamento correto do eletrodo de pHmetria, 5 cm acima da borda superior do EIE. Os exames funcionais foram repetidos cerca de noventa dias depois da operação, precedidos por exame radiológico contrastado do esôfago. O procedimento cirúrgico laparoscópico constou de redução da hérnia, refazimento da funduplicatura, ajuste do hiato esofágico e fixação da parede anterior do estômago à parede abdominal contígua. Resultados: A série não apresentou morbimortalidade. O estudo radiológico contrastado demonstrou manutenção do estômago na cavidade abdominal e funduplicatura íntegra em todos os casos aos cerca de três meses de pós-operatório. Treze dos quinze pacientes demonstraram escore de DeMeester patológico antes da reoperação. Não houve pHmetria com índice patológico no PO. Quanto ao estudo eletromotor, o peristaltismo manteve-se preservado desde o pré-operatório; tabularam-se diferenças significativas (P<0,05). Conclusão: Conclui-se por relevante implicação da alteração anatômica na fisiologia esofágica, reversíveis com a devida correção cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia hiatal | Pós-operatório | Tratamento Cirúrgico

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1744

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTÍCULO EPIFRÊNICO - TRATAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO PEREIRA PORTELA (HSJA - HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÌ), AUGUSTO CLAUDIO TINOCO (HSJA - HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÌ), PEDRO HENRIQUE ALVAREZ GENTIL (HSJA - HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÌ), VIVIANE CORREIA DOS SANTOS (HSJA - HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÌ), MARCUS VINICIUS DA MATA PAIVA (HSJA - HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÌ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O divertículo esofágico epifrênico (DEE) é uma patologia rara. Consiste numa desordem secundária à disfunção da motilidade esofageana, relacionada à variação de pressão no esôfago distal. Ocorre uma protrusão da mucosa e submucosa do terço inferior do esôfago, em geral, situado a aproximadamente entre 4 e 10 cm da cárdia. Os DEE geralmente são assintomáticos e tem prevalência aproximada de 0,6% a 4%. Quando os sinais e sintomas são exuberantes, podem ser confundidos com acalasia, hérnia de hiato e refluxo gastroesofágico, além da possibilidade de evoluir com malignização a longo prazo. RELATO DO CASO: Paciente feminina, 50 anos, negra, com queixa de ?engasgo?. O exame físico não revelou anormalidades. Assim, a disfagia constituía o sintoma predominante. Contudo, a enferma apresentava, ainda, tosse, dispneia, regurgitação e soluços. À tomografia computadorizada com uso de contraste oral, foi evidenciada imagem sacular, a nível de esôfago inferior, compatível com divertículo epifrênico, contendo dimensões de 4,8 cm x 4,1 cm. A esofagografia confirmou a presença e a localização do divertículo. Devido a intensidade dos sintomas, a paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico. Foi realizada diverticulectomia esofágica por videolaparoscopia, associada a funduplicatura a Nissen. Foi utilizado grampeador linear para secção da peça cirúrgica. Paciente apresentou boa evolução clínica, recebendo alta no d3 de pós-operatório. A biópsia revelou divertículo de aproximadamente 5,0 cm de diâmetro no grande eixo, recoberto por serosa e, envolto por atmosfera gordurosa. Havia, ainda, discreto infiltrado inflamatório crônico inespecífico da túnica muscular. Após 06 meses de seguimento, a paciente não apresentou recidiva dos sintomas. CONCLUSÃO: O tratamento cirúrgico, apesar da indicação apenas em pacientes sintomáticos, constitui um procedimento seguro e eficaz.

PALAVRAS-CHAVES: DIVERTICULO EPIFRÊNICO | DIVERTICULO ESOFAGIANO | DIVERTICULO ESOFAGOGASTRICO

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2054

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EMPREGO DA MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PERIORAL EM PACIENTE COM ACALÁSIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LORENA PASSOS SOARES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), RODRIGO COSTA CARVALHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), DANIVAL FERREIRA DE CASTRO JÚNIOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), CONJETO LUIZ DA SILVA NETO (UNIEVANGÉLICA), JOSÉ LUCAS PONTIERI MELAZO (UNIEVANGÉLICA), CAIO TULLIO VALE FRAZÃO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), GUSTAVO PIMENTEL FLORENTINO FERREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), LUIS CARLOS MARTINS BADU (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Objetivo: Analisar o emprego da miotomia endoscópica perioral (POEM) em pacientes com acalasia, pelo sucesso dessa nova técnica, suas complicações e perfil de pacientes. Métodos: Revisão sistemática de trabalhos científicos dos últimos cinco anos em indexadores como SciELO, PubMed por meio dos descritores: Perioral endoscopic myotomy; Treatment of achalasia e post-POEM evaluation. Resultados: O sucesso do tratamento variou em 82 a 100% conforme estudos feitos com base no escore de Eckhardt, pressões do Esfíncter Esofágico Inferior (EEI), obtidas pela manometria, e melhora clínica. Ocorreu grande redução no escore e queda média de 19.3 mmHg na pressão do EEI, porém, a maioria dos estudos acompanharam apenas períodos variáveis de 1 a 4 meses do pós-operatório. Em análise mais prolongada, um estudo evidenciou sucesso de 97%, 88,5% e 82,4%, com 3, 6 e 12 meses de evolução respectivamente, e valores no escore de Eckhardt de 6.9 mmHg no pré-operatório e de 1, 1.3 e 1.7, após 3, 6 e 12 meses de cirurgia respectivamente. A taxa de refluxo gastroesofágico pós-cirúrgica parece ser igual ou pouco maior comparado a técnica de Heller e Dilatação Endoscópica com Balão (DEB). Esofagite foi observada em cerca de 20 a 46% dos casos, mas foi facilmente resolvida com uso de inibidores da bomba de prótons. Enfisema subcutâneo e o pneumoperitônio são frequentes durante o procedimento, não sendo mais considerados eventos adversos. Complicações intra-operatórias foram raras nessa técnica. Todos pacientes com acalásia são elegíveis para o uso da POEM, sendo segura e eficaz mesmo após DEB ou injeção de botox. A técnica foi mais usada em pacientes adultos, mas a idade não é contraindicação, havendo relatos de sucesso em cirurgias pediátricas. Dentre as contra indicações parece ser consenso a presença de esôfago sigmoide, risco ASA>3 e cirurgias gástricas/esofágicas prévias. Quanto à escala de Rezende, não foi citado um grau específico para indicação da POEM. Conclusão: Pode-se inferir que a POEM é uma técnica promissora com poucas contraindicações e menor trauma processual. Seus resultados tem sido satisfatórios no alívio dos sintomas e nas pressões do EEI no pós-operatório precoce com raras complicações e taxa aceitável de refluxo gastroesofágico. Entretanto, mais estudos são necessários relativos à evolução tardia dos pacientes visando avaliar o índice de recidivas dos sintomas e complicações em longo prazo.

PALAVRAS-CHAVES: Acalásia | Miotomia endoscópica perioral | Pós-operatório

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2080

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: ABSCESSO ESPLÊNICO COMO COMPLICAÇÃO DA THAL-HAKAFUKU

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MICHELLE SILVA ROCHA (ESCS), RAFAEL COSTA DE LIMA (HRT), LUDMILA SOARES FRANCO (UNB)

RESUMO: O abscesso esplênico é mais frequente no sexo masculino, na faixa etária entre 35 e 45 anos. É uma patologia rara e com principais fatores de risco: septicemia (73%), o trauma (17%) e as hemoglobinopatias (12%). Os principais agentes etiológicos são: *S. aureus*, *S. viridans*, bacilos gram negativos; *K. species* e *S. enteritidis* e os fungos; *C. species*. É um evento supurativo que pode englobar o espaço subcapsular ou o parênquima esplênico, deixando o baço constantemente exposto a agentes infecciosos, entretanto, abscessos em seu parênquima são raros (MARTINS, 2005). Os sintomas mais evidentes são: febre (90%), dor abdominal (75%) e a esplenomegalia (25%). A tomografia computadorizada do abdômen é o padrão ouro para o diagnóstico, com uma sensibilidade de 96%, ela é superior à ultra sonografia (76%) e à cintilografia hepatoesplênica (75%), a radiografia do tórax pode demonstrar a presença de infiltrado e derrame pleural à esquerda, o hemograma apresenta leucocitose. O tratamento é realizado com esplenectomia e antibióticos, o tratamento com antibioticoterapia inicialmente é de amplo espectro, após o direcionamento do agente etiológico, antibioticoterapia específica deve ser aplicada. Nos dias atuais, já é possível a realização de drenagem opercutânea guiada (MARTINS, 2005).
RELATO DO CASO Paciente BCN, 44 anos, submetido à Heler Pinoti em dois mil e doze por megosôfago grau II por acalasia idiopática. Após oito meses, iniciou disfagia progressiva. Estando com disfagia para líquidos. Realizou Thal-Hatafuku em dois mil e quinze. Retornou com febre, negando dor torácica. Referia dor em HCD E, com irradiação para ombro esquerdo. Ao proceder o exame físico recebeu o diagnóstico de abscesso esplênico. Após isso realizou esplenectomia. No relato de caso apresentado, após a realização de uma cirurgia de Thal-Hatafuku para correção de acalasia o paciente evoluiu com abscesso esplênico. O relato visa relacionar as principais complicações da cirurgia de Thal-Hatafuku com abscesso esplênico.
CONCLUSÃO Conforme a literatura explicitou, e Oliveira (2014) discutiu que ainda existem poucos dados na literatura acerca de eficácia, a médio e longo prazo, da operação de Thal-Hatafuku. O abscesso esplênico relatado mostrou que esta é uma complicação rara da cirurgia de Thal-Hatafuku, necessitando mais estudos de casos, possibilitando realizar melhor tratamento nos pacientes que venham a apresentar o quadro semelhante.

PALAVRAS-CHAVES: ABSCESSO ESPLÊNICO | THAL-HAKAFUKU | COMPLICAÇÕES

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2081

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: COMPARAÇÃO ENTRE DIFERENTES TIPOS DE FUNDOPLICATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MICHELLE SILVA ROCHA (ESCS), RAFAEL COSTA DE LIMA (HRT), LUDMILA SOARES FRANCO (UNB)

RESUMO: Em casos de refluxo gástrico é recomendável a realização de uma fundoplicatura. A fundoplicatura é um procedimento no qual o fundo gástrico é suturado em torno do esôfago distal, elevando a pressão do esfíncter esofágico inferior. O exame padrão ouro para o diagnóstico é a esofagomanometria, mas outros exames como radiografia de tórax e esofagografia baritada podem sugerir o diagnóstico. A realização de uma endoscopia digestiva alta é importante para o diagnóstico diferencial com neoplasia e avaliação de estenose secundária à esofagite. Nos estágios avançados, com falha da terapia farmacológica ou sintomatologia proeminente, o tratamento é realizado com dilatação endoscópica ou cirurgia esofagomiotomia (miotomia a Heller modificada). A fundoplicatura de Nissen ou total (360°), envolve toda a circunferência do esôfago, já as fundoplicaturas parciais (180°-270°) não envolvem toda a circunferência do esôfago, são indicadas na presença de dismotilidade esofágica, comprovada por esofagomanometria, com a finalidade de evitar disfagia no pós-operatório. As fundoplicaturas anteriores são empregadas usualmente após a realização de uma miotomia de Heller modificada, e a cirurgia de Thal-Hatafuku é uma opção menos agressiva para abordar as grandes dilatações esofágicas. O objetivo desse trabalho é estudar o caso e comparar os diferentes tipos de fundoplicatura que poderiam ter sido utilizadas. **RELATO DE CASO** Paciente, HCN, 44 anos, foi submetido à cardiomiectomia à Heller com válvula à Neissen (Megaesôfago grau II - acalasia clássica idiopática), na época referindo disfagia para sólidos e vômitos pós-prandiais. Cerca de seis meses após procedimento cirúrgico apresentou disfagia progressiva. Em maio de 2015 apresentou esofagograma com megaesôfago grupo IV. A hipótese diagnóstica levantada foi de Acalasia Idiopática, Sua forma esofágica cursa com acalasia e consequente dilatação do esôfago, chamada megaesôfago. **CONCLUSÃO** Em pacientes com motilidade ineficaz não têm apresentado maior índice de disfagia quando submetidos à fundoplicatura total, e preconiza este procedimento em todos os pacientes (exceto na completa aperistalse do esôfago). No caso do paciente relatado houve evolução para disfagia. Comparando-se alguns trabalhos é possível concluir não há uma unanimidade quanto ao fato de se considerar uma técnica superior à outra, sendo a escolha baseada na experiência do profissional cirurgião quanto à sua execução.

PALAVRAS-CHAVES: FUNDOPLICATURA | DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO | DISFAGIA

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2106

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pseudodiverticulose Intramural Esofágica - Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE MAFIOLETTI PADILHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), RAMIRO COLLEONI NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MATHEUS GRECHI MARTINS GAMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), GABRIEL SOUZA CURY (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), GLAUCO NAJAS SAMMARCO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), FERNANDO A. M. HERBELLA FERNANDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: A pseudodiverticulose intramural esofágica (PIE) é uma condição benigna rara caracterizada por múltiplas pequenas invaginações saculiformes na parede esofágica que representam dilatações dos ductos das glândulas submucosas. Sua exata patogênese permanece desconhecida e tem sido associada a vários fatores de risco como alcoolismo, esofagite de refluxo e infecção esofágica. O principal sintoma clínico é a disfagia progressiva ou intermitente e estenoses esofágicas ocorrem frequentemente. A minoria dos casos relatados na literatura foram estudados com manometria esofágica. Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 45 anos, hipertensa, apresentando quadro de disfagia progressiva há 5 anos, inicialmente para sólidos e recentemente inclusive para líquidos, associada a odinofagia e perda ponderal. Endoscopia digestiva alta identificou discreta estenose esofágica segmentar no terço superior, que permitiu a progressão do aparelho com certa dificuldade. Foram identificados diversos pequenos óstios diverticulares, acima e abaixo da área de estreitamento do lúmen, além de múltiplas placas esbranquiçadas aderidas à mucosa com diagnóstico de candidíase confirmado ao estudo anatomopatológico. Foi realizada terapia antifúngica oral com fluconazol e paciente retornou após 4 semanas apresentando melhora do quadro de disfagia e ganho progressivo de peso. Repetido exame endoscópico sendo identificada estenose esofágica com calibre relativamente maior ao exame anterior, transponível ao gastroscópio e resolução da monilíase esofágica. Prosseguida investigação com manometria esofágica de alta resolução que evidenciou hipertonia do esfíncter esofágico superior sem alteração da motilidade do corpo do órgão. Conclusão: O tratamento da PIE deve ser direcionado para resolução da esofagite em casos de refluxo patológico, dilatação endoscópica das estenoses e tratamento de infecção fúngica. Os distúrbios de motilidade podem ser um fator etiopatogênico em alguns casos de PIE, com relatos de associação da patologia com espasmo esofágico difuso, esôfago em quebra-nozes e acalasia, ressaltando, portanto, a importância do estudo manométrico na investigação da doença, bem como terapia específica para os distúrbios de motilidade.

PALAVRAS-CHAVES: Dysphagia | Esophageal diseases | Esophageal manometry

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2114

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Megaesôfago Idiopático: cirurgia videolaparoscópica x cirurgia convencional ? Relato de dois casos.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO BERNABÉ LUBRAICO (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIVEIRA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), CAIO MONTEIRO PIMENTEL (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), IGOR FECURY LIMA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), VINICIUS ANTUNES MENEZES (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), CHRISTIANO MANHAES DE CARVALHO (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), MATHEUS SIGILIANO CARNEIRO (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), RENAN BRITO NOGUEIRA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ)

RESUMO: Introdução: O megaesôfago caracteriza-se pela ausência ou diminuição dos plexos nervosos da parede esofágica, causando incoordenação das contrações do corpo esofágico e hipertonia do esfíncter esofágico inferior, que resulta em estase, dilatação progressiva do órgão e diminuição da sua capacidade de contração (acalasia). A destruição dos plexos é irreversível, o que torna paliativo qualquer tratamento conservador, com apenas alívio dos sintomas. Disfagia é a principal manifestação que leva o paciente a procurar ajuda médica. O megaesôfago é classificado, segundo Mascarenhas, em grau I a IV dependendo do diâmetro transversal do seu corpo e a escolha do tipo de cirurgia depende da classificação. Caso 1: Paciente masculino, 51 anos, sem história de etilismo ou tabagismo, iniciou quadro de disfagia progressiva, evoluindo, após um ano, com plenitude pós prandial, náuseas, vômitos e ingestão apenas de alimentos líquidos e pastosos. Referiu perda ponderal de 16 kg nos últimos três meses. EDA revelou esôfago dilatado e aperistáltico, com mucosa opalescente e espessada. Esofagograma mostrou acentuada dilatação esofágica com afilamento da transição esofagogástrica, sugerindo acalasia. Pesquisa de *Trypanosoma Cruzi* negativa (ELISA). Caso 2: Paciente feminina, 47 anos, veio ao pronto socorro com queixa de disfagia para alimentos sólidos e pastosos há alguns meses, associado a náuseas e vômitos pós prandiais e saciedade precoce. Refere perda ponderal de 20 kg nos últimos três meses. Paciente em tratamento de depressão e atribuía todos os sintomas a isso. Esofagograma mostrando dilatação esofágica com estenose da transição esofagogástrica. EDA com dificuldade para passar pela transição. Sorologias para Chagas negativas. Conclusão: Os dois casos foram submetidos à cardiomiectomia a Heller, com extensão de aproximadamente 5 cm acima e 4 cm abaixo da transição esofagogástrica, seguido da confecção de válvula anti-refluxo (funduplicatura a Nissen) nos dois casos. Os pacientes tiveram boa evolução no pós-operatório, sendo que na via laparoscópica a dor no pós-operatório foi menor e a alta mais precoce (4o PO x 6o PO na via convencional). A via laparoscópica já é comprovadamente uma via de acesso segura e de excelentes resultados, diminuindo o trauma cirúrgico comparado a cirurgia convencional, mas que depende da experiência do cirurgião, e que deve ser a via de escolha sempre que possível.

PALAVRAS-CHAVES: Megaesofago | Acalasia | cardiomiectomia

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2118

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTÍCULO DE ZENKER - ABORDAGEM CIRÚRGICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARDO OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), BRUNA ILA BETHLEM TELLES (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), CLAUDIA BEATRIZ OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO), RENATO DE MEDINA COELI (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O divertículo de Zenker (DZ) ou faringoesofágico corresponde a um divertículo de pulsão que ocorre na transição entre a faringe e o esôfago, acima e posteriormente ao músculo cricofaríngeo. Nessa região de fraqueza muscular, conhecida como triângulo de Killian, ocorre a protrusão do divertículo. A descoordenação do esfíncter esofágico superior com o movimento de deglutição gera uma alta pressão intraluminal capaz de provocar herniação da mucosa e submucosa. Incide geralmente indivíduos com mais de 60 anos de idade, predominando no sexo masculino. A clínica é caracterizada principalmente por disfagia, presente em mais de 80% dos casos. Outras manifestações incluem halitose, regurgitação com aspiração, disfonia, tosse pós-prandial e emagrecimento. A investigação diagnóstica complementar se dá com a endoscopia digestiva alta e a esofagografia. O tratamento do divertículo de Zenker pode ser feito pela abordagem cirúrgica ou endoscópica. A abordagem endoscópica oferece as vantagens de menor taxa de complicações, menor tempo de permanência hospitalar e início precoce da dieta oral. No entanto, apresenta elevado índice de recidivas, aproximando-se de 20%. O tratamento cirúrgico consiste fundamentalmente na miotomia do músculo cricofaríngeo e diverticulectomia ou diverticulopexia, dependendo do tamanho do mesmo. **RELATO DO CASO:** A.E.R.O., 54 anos, sexo feminino, apresentava disfagia alta, halitose e pirose. Não havia relato de emagrecimento significativo. Ao exame físico, bom estado geral, com a presença apenas de crepitação à palpação cervical lateral esquerda. Na primeira consulta, trouxe exame de endoscopia digestiva alta identificando a presença de divertículo faringoesofágico. Solicitados exames pré-operatórios e esofagografia, que confirmou o diagnóstico. Paciente foi submetida ao tratamento cirúrgico através de cervicotomia esquerda; dissecação do divertículo; miotomia do músculo cricofaríngeo e diverticulectomia junto à base com uso de grampeador linear e drenagem da loja cervical. Obteve alta hospitalar no segundo dia pós-operatório com dieta líquida via oral. **CONCLUSÃO:** O tratamento cirúrgico é o mais adequado para pacientes jovens, tendo em vista seu baixo índice de recidivas. Apesar da permanência hospitalar pouco mais longa, a reintrodução da dieta oral é similar ao tratamento endoscópico. O procedimento endoscópico configura-se uma boa indicação para pacientes idosos, com comorbidades e elevado risco cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo de Zenker | Divertículo de pulsão | Miotomia do músculo cricofaríngeo

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2232

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfuração esofágica: Tratamento com endoprótese revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALINE TIEMI KANO SILVA (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), RENATO DE MEDINA COELI (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), TULIO MEDINA GUERRA PEREIRA CALDAS (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), FERNANDA MARSICO DO COUTO TEIXEIRA (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), MATHEUS SILVA DE SOUZA BERÇOT (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), LEANDRO ADAMI VASQUES (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), AFRA ROANA SIQUEIRA DE CASTRO (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES)

RESUMO: Objetivo: A perfuração esofágica espontânea, iatrogênica ou traumática é uma condição clínica de difícil manejo. A abordagem cirúrgica é tradicionalmente o tratamento de escolha, no entanto, possui elevado índice de morbidade e mortalidade. A colocação de endoprótese é uma opção viável em pacientes com risco cirúrgico elevado. O presente trabalho faz uma revisão na literatura do tratamento conservador na condição clínica apresentada. Método: A revisão de literatura foi realizada através da internet, usando as plataformas SCIELO e PUBMED com as seguintes palavras-chave: perfuração de esôfago, tratamento cirúrgico e endoscópico, foram avaliados 15 artigos, a maioria com relato de caso do uso de um dos tipos de tratamento (cirúrgico x endoprótese) Resultados: As estratégias de tratamento conservador incluem o uso de endoprótese e endoclipse. A endoprótese é uma opção segura para o tratamento da perfuração de esôfago, com indicações precisas para usá-la. Pois, deve-se levar em consideração a localização da lesão, a extensão e qual tratamento definitivo para causa da lesão. Considerando a raridade da patologia, há pouca discussão e evidência clínica no melhor tratamento a ser empregado. Portanto, o tratamento de escolha ainda é controverso na maioria dos serviços de emergências. A melhor escolha deve considerar tempo, extensão, localização, diagnóstico definitivo e, sobretudo, suas complicações clínicas. Conclusões: A morbidade e mortalidade da perfuração esofágica está relacionada diretamente com a extensão da resposta inflamatória dos tecidos e órgãos periesofágicos como mediastino, espaço pleural e cervical com possível infecção dessas estruturas. A endoprótese é um método possível para o tratamento da perfuração esofágica até mesmo quando diagnosticado tardiamente. Esses stents promovem oclusão rápida, promovendo alimentação via oral precoce, reduzindo o tempo de internação e evitando possível morbidade do tratamento cirúrgico. Bibliografia: Perforation of esophagus and subsequent mediastinitis following mussel shell ingestion; Esophageal Rupture as a Primary Manifestation in Eosinophilic Esophagitis; Cervical esophagotomy for foreign body extraction e Case report and comprehensive review of the literature

PALAVRAS-CHAVES: perfuração esofágica | endoprótese | tratamento conservador

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2346

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CIRURGIA DE SERRÁ-DÓRIA COM RETIFICAÇÃO DO ESOFAGO EM UM PACIENTE COM MEGAESOFAGO AVANÇADO POR DOENÇA DE CHAGAS: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAZIR ELIAS CHALELA AYUB (FAMERP), MABEL CRISTHINA RODRIGUES DA SILVEIRA (FAMERP), EUMILDO DE CAMPOS JUNIOR (FAMERP), ALDENIS ALBANEZE BORIM (FAMERP)

RESUMO: INTRODUÇÃO No Brasil estima-se que cerca de 10 milhões de pessoas sejam acometidas pela doença de Chagas com impacto considerável na qualidade de vida. O agente etiológico *T. cruzi* causa destruição dos plexos nervosos da parede esofágica, gerando um quadro de acalasia e megaesôfago, sendo o sintoma mais comum a disfagia esofageana de caráter progressivo. A classificação do megaesôfago é radiológica e irá determinar o tratamento. Para os casos de megaesôfago não avançado, a cardiomiectomia a Heller é a cirurgia de escolha. Nos casos avançados opta-se pela esofagectomia, mucosectomia ou cirurgia de Serra Doria. RELATO DE CASO Paciente feminina, 58 anos, natural de Porteirinha-MG e procedente de Guapiaçu-SP, com queixa de disfagia esofagiana progressiva para sólidos e esporadicamente a líquidos, de início há cerca de 20 anos, por vezes associada a regurgitação e empachamento pós-prandial. Há um mês com dor torácica ventilatório-dependente a direita e perda ponderal de 6kg?s em 4 meses. Apresentava histórico pessoal e familiar de doença de chagas com sorologia positiva para doença. Em investigação, diagnosticado megaesôfago avançado grau IV, Endoscopia Digestiva Alta com cromoscopia sem áreas de iodo negativo, passado sonda nasoenteral para alimentação e preparo nutricional pré-operatório. Complementado com investigação cardiológica, sem alterações significativas. Indicado tratamento cirurgico. No intra-operatório foi realizado liberação do esôfago com isolamento, retificação e fixação do mesmo, que se encontrava curvado sobre hemitorax direito. Feito anastomose do esôfago distal com fundo gástrico, associado a antrectomia com reconstrução em Y de Roux (Cirurgia de Serra-Doria) No pós-operatório imediato, a paciente foi encaminhada para UTI, onde ficou monitorizada e evoluiu bem clinicamente, recebendo alta hospitalar no 9º dia pós-operatório (PO) com boa aceitação da dieta via oral, evacuação presente. No 36ºPO, paciente permanecia assintomática, realizou seriografia de controle evidenciando um bom esvaziamento gástrico, sem acúmulo importante do contraste no esôfago, com o mesmo retificado. A paciente permanece assintomática, em seguimento ambulatorial. CONCLUSÃO Entre as opções cirúrgicas, podemos citar a cirurgia de Serra-Doria, que em casos de megaesôfago avançado pode ser considerada uma boa escolha de tratamento, mesmo em casos em que se pode observar uma tortuosidade importante do esôfago, como relatado neste caso.

PALAVRAS-CHAVES: SERRA-DORIA | MEGAESOFAGO | CHAGAS

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2387

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cistos Esofágicos como Diagnóstico Diferencial de Dispepsias: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS MEDINA AREOSA (UFAM), GERSON SUGUIYAMA NAKAJIMA (UFAM), FERNANDO CESAR FACANHA FONSECA (UFAM), ADRIANO PESSOA PICANÇO JR (UFAM), MATHEUS COIMBRA BARROSO (UFAM), JOSE EDUARDO PEREIRA MARTINS DA SILVA (UFAM), JORDI GOMES MARINHO (UFAM), HANIEL BENIGNO MONTEIRO LAMEGO DE OLIVEIRA (UFAM)

RESUMO: Introdução Cistos esofágicos são as segundas lesões benignas esofagianas em incidência, podem ser adquiridos ou congênitos. Ocorrem pela duplicação da camada muscular da mucosa, não acompanhada do epitélio. A síndrome dispéptica é a queixa mais frequente ainda que muitos sejam assintomáticos. A ecoendoscopia é o padrão ouro diagnóstico e a TC outra alternativa, sua terapêutica é reservada para os casos sintomáticos existindo opções cirúrgica e endoscópica. Relato de Caso Paciente feminino, 68 anos queixando-se de epigastralgia, plenitude pós-prandial, eructações e flatulência, sem sinais de alarme, submetida à EDA que evidenciou lesões de aspecto varicoso, tortuoso, recobertas por mucosa de aspecto normal em segmento inferior do esôfago, à ecoendoscopia múltiplas lesões anecóicas, de limites regulares com Doppler negativo, atingindo a camada muscular, medindo a maior 1,2 x 0,4 cm. Optando-se pela conduta expectante, permanece em seguimento ambulatorial regular. Conclusão Os cistos esofágicos ocorrem por defeito no desenvolvimento no período embrionário, sendo mais comumente diagnosticada na primeira infância. Sua incidência é incerta uma vez que muitos pacientes são assintomáticos ou suas queixas são atribuídas à outras doenças. O quadro clínico depende da topografia e tamanho dos cistos, mais frequentemente queixas respiratórias ou dispépticas como no presente relato. A popularização da ecoendoscopia possibilitou mais diagnósticos, o que nos leva a crer que esta doença é mais comum do que se acredita. Seu curso benigno permite na maioria das vezes o tratamento expectante, quando a intervenção é necessária a terapia endoscópica é preferencial, no caso de inviabilidade desta procede-se a cirurgia.

PALAVRAS-CHAVES: Cistos esofágicos | dispepsia | ecoendoscopia

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2429

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE ESTENOSE BENIGNA DO ESÔFAGO - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DAVI BRAGA DE CARVALHO (FACID), RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO (FACID), ISADORA MARIA MATIAS BATISTA (NOVAFAPI), JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO (FACID), LEONARDO FORTES GOMES (FACID), DÉBORA SARA NEVES LIMA (BOVAFAPI), MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO (NOVAFAPI), RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO (NOVAFAPI)

RESUMO: Introdução: A etiologia mais comum de estenose benigna do esôfago é a estenose péptica. Sua fisiopatologia relaciona-se, na fase inicial, com o estreitamento da luz esofágica e, posteriormente, com deposição local de colágeno e formação de tecido fibrótico. 60-70% dos casos de estenose péptica decorrem de complicação da Doença do Refluxo Gastroesofágico. O tratamento de dilatação esofágica endoscópica com sonda de Savary-Gilliard tem se mostrado eficaz, sendo necessárias poucas sessões para remissão dos sintomas e baixa recorrência. Caso: Paciente sexo feminino, 82 anos, parda, com antecedentes de Doença de Alzheimer. Acamada há 1 ano, com internação por broncopneumonia e gastrostomia cirúrgica realizada há 1 ano. Nega etilismo, tabagismo, HAS, DM, uso de antiinflamatórios e AF Neoplasias. Apresenta desnutrição com peso de 41,2 Kg e IMC = 19,46 Kg/m. Relatou constipação, dor abdominal, regurgitações e náuseas, associados a perda ponderal desde que realizou a gastrostomia. Procurou o PS, por perda da sonda de gastrostomia e perda de 4,5kg/3m. Foi feita uma EDA que apontou estenose esofágica a 30 cm da ADS, com orifício puntiforme, intransponível ao gastroscópio e a SNE, e estase salivar importante que levava a quadros de broncoaspiração. A biópsia revelou esofagite crônica inespecífica com ausência de malignidade. A Tomografia de tórax mostrou espessamento parietal de esôfago distal, medindo cerca de 2 cm, associada a estasia importante a montante com acúmulo de material de estase. Optou-se por uma dilatação endoscópica com sondas de Savary ? Gilliard, e o procedimento transcorreu sem intercorrências. A paciente evoluiu satisfatoriamente, tendo alta hospitalar com prescrição de inibidor de bomba de prótons e procinéticos. A avaliação nutricional indicou necessidade de dieta enteral hipercalórica; a fonoaudiológica orientou manter dieta por sonda de gastrostomia, e em programa de reeducação alimentar. Segue em acompanhamento com a geriatra, e realizou duas novas sessões de dilatação endoscópica, mantendo a perviedade esofágica. Considerações finais: Nas estenoses pépticas do esôfago, a terapêutica com dilatação endoscópica com sondas de Savary?Gilliard é um procedimento eficaz, de baixo custo, fácil manuseio, e baixo índice de complicações.

PALAVRAS-CHAVES: ESOFAGO|ESTENOSE|ENDOSCOPIA

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2467

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE LEIOMIOMA ESOFÁGICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA SILVA CAMPOS (ESCOLA BAIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), PAULA ARAÚJO AUAD (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS), MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (UNIFACS), JOHN THIERRY MARQUES DE JESUS (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS), WAGNER LUIZ LORA FILHO (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS), CARLA VIEIRA STRAUCH (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS), MARCUS DE ALMEIDA CORREIA LIMA (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS)

RESUMO: Introdução: Os tumores benignos do esôfago são raros. Dentre eles, o leiomioma é o mais comumente encontrado, apresentando incidência de 1:1000.000 habitantes. Acometem mais homens que mulheres, numa proporção de 2:1, com idades variando de 30 a 50 anos. O seguimento inferior costuma ser o mais afetado, sendo a porção intramural a mais acometida. A maioria possui crescimento intramural (97%) enquanto o restante possui aspecto poliploide (3%). Os pacientes costumam ser assintomáticos e, dentre os sintomáticos, a disfagia é o sintoma mais comum. A estratégia de tratamento para leiomiomas esofágicos é a ressecção cirúrgica nos casos de tumores sintomáticos ou maiores que 5cm. Objetivo: Relatar um caso de tumor benigno de esôfago tratado por videolaparoscopia. Relato de caso: Paciente de 33 anos, sexo masculino, com queixa de disfagia há seis meses. Após investigação clínica, o mesmo foi submetido a exames complementares como endoscopia digestiva alta (EDA), estudo radiológico do esôfago, estômago e duodeno (EREED) e tomografia computadorizada (TC) de tórax. Na EDA foi observada lesão submucosa, maior que 5cm, em esôfago distal, a cerca de 35cm da arcada dentária superior (ADS). A TC de tórax evidenciou espessamento parietal concêntrico e irregular do esôfago distal com redução do diâmetro luminal. O EREED mostrou alterações de preenchimento do 1/3 distal compatível com tumor, tendo sido indicado o tratamento cirúrgico. Foi realizada uma esofagectomia distal com anastomose primária por laparoscopia. O paciente evoluiu sem intercorrências, tendo recebido alta hospitalar no 7º dia pós-operatório. O exame anatomo-patológico evidenciou leiomioma esofágico. Paciente retornou 15 dias após a operação referindo apenas refluxo gastro esofágico, encontrando-se em uso de pantozol e motilium. Conclusão: O leiomioma esofágico é uma apresentação rara dos tumores de esôfago. Sua descrição na literatura é infrequente, com métodos operatórios pouco discutidos. A ressecção esofágica laparoscópica, apesar de tecnicamente mais complexa, é uma excelente opção como tratamento desse tipo de paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Leiomioma esofágico | Tratamento | Videolaparoscopia

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2482

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Boerhaave - Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE BRANDÃO MARTHON (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (IAMSPE)), BRUNO SUFFREDINI FIGUEIREDO (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (IAMSPE)), LUÍS ROBERTO MANZIONE NADAL (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (IAMSPE)), PRISCILA TELES ARCANJO NEVES (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (IAMSPE))

RESUMO: Introdução: A síndrome foi primeiramente descrita por Herman Boerhaave, em 1724 e, consiste em uma ruptura espontânea longitudinal e transmural do esôfago. De todas as rupturas do trato gastrointestinal é a que apresenta a maior mortalidade. Relato: Relato de caso de um paciente, sexo masculino, 62 anos, avaliado no pronto socorro do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE - SP), com quadro de dor epigástrica, súbita, há 03 horas da admissão e com história de vômitos persistentes há 03 dias. Evoluiu com persistência da dor, mesmo após analgésicos, com piora progressiva, associado ao surgimento de enfisema subcutâneo da região cervical, torácica e instabilidade hemodinâmica. Após ressuscitação volêmica eficaz, realizada tomografia computadorizada evidenciando principalmente importante pneumomediastino no compartimento anterior. Foi submetido a laparotomia exploradora, com achado de perfuração esofágica e sendo necessária realização de toracotomia esquerda associado com esofagectomia subtotal, esofagostomia terminal e gastrostomia. Reinternado posteriormente para realizar reconstrução do trânsito com transposição colônica. Conclusão: A síndrome de Boerhaave agrega alta morbimortalidade e seu tratamento continua sendo um desafio aos cirurgiões.

PALAVRAS-CHAVES: Perfuração esofágica | Esofagectomia | Esôfago

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2485

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DO DIVERTÍCULO DE ZENKER - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO (UNINOVAFAPI), DÉBORA SARA NEVES LIMA (UNINOVAFAPI), RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO (FACID), MARIA CLARA CHAVES MONTEIRO (UNINOVAFAPI), DAVI BRAGA DE CARVALHO (FACID), RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO (UNINOVAFAPI), ISADORA MARIA MATIAS BATISTA (UNINOVAFAPI), LEONARDO FORTES GOMES (FACID), JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO (FACID), ALESSANDRA MARIA CERQUEIRA DE SOUSA (UESPI), PAULO AFONSO DE OLIVEIRA RIBEIRO (FACID)

RESUMO: Introdução: O divertículo de Zenker, ou divertículo faringoesofágico, é uma herniação localizada na transição faringoesofágica, de tamanho variável, formado exclusivamente pela mucosa do esôfago. É uma afecção benigna, rara, representando 1,8% dos pacientes com disfagia, acometendo mais frequentemente homens, acima de cinquenta anos, com prevalência mais significativa entre a sexta e a oitava décadas de vida. A sua localização na parede posteroinferior da mucosa faríngea, acima do esfíncter esofágico superior, sobre uma região situada entre fibras oblíquas do músculo constritor inferior da faringe e fibras transversas do músculo cricofaríngeo, é denominada de Triângulo de Killiam. O divertículo de Zenker não possui uma fisiopatologia bem estabelecida, no entanto, sugere-se que seja formado por elevadas pressões intraesofágicas sobre essa área vulnerável, na qual as fibras musculares encontram-se mais escassas. Um sintoma bastante comum é a regurgitação, que segrega o paciente do seu convívio social, prejudicando muito a sua qualidade de vida. Na tentativa de diminuir o impacto causado pela doença na vida destes pacientes, têm-se discutido os tratamentos efetivos minimamente invasivos, os quais possibilitam o retorno precoce desses pacientes às suas atividades habituais. Caso: Paciente, masculino, 58 anos, pardo, militar, natural de UNIÃO - PI, antecedentes pessoais de artrite reumatóide. Procurou o serviço ambulatorial com queixas de disfagia para sólidos e regurgitação, com piora nos últimos meses. A endoscopia digestiva alta diagnóstica evidenciou divertículo de Zenker, com saco diverticular medindo 2,5 cm. Optou-se pelo tratamento endoscópico, pela técnica de diverticulectomia, sob anestesia geral em centro cirúrgico. Utilizou-se cateter tipo face conectado a bisturi elétrico, realizando secção do septo diverticular. O procedimento transcorreu sem intercorrências, e o paciente teve alta hospitalar em 48 horas, com melhora significativa dos sintomas. Realizou endoscopia de controle, com aspecto satisfatório. Considerações finais: A diverticulectomia endoscópica no divertículo de Zenker foi efetiva, mostrando-se um recurso terapêutico vantajoso, devido ao menor tempo cirúrgico, menor tempo de hospitalização, baixo índice de complicações; possibilitando um retorno da alimentação via oral mais precoce, além de demandar menor tempo para recuperação.

PALAVRAS-CHAVES: diverticulectomia | tratamento endoscópico | divertículo de Zenker

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2598

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressecção de leiomioma da transição esôfago-gástrica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SUELLEN VIEIRA DA SILVA (HRS), ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA (HSL), ADRIANO PAMPLONA (HSL), NALISSON ARAÚJO (HSL), CAROLINA ERY HOSAKA DE VASCONCELOS (HSL), ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA (HRS)

RESUMO: Introdução: O leiomioma é o tumor de músculo liso mais comum do estômago e representa 80% de todos os tumores gástricos estromais. Cerca de um terço destas neoplasias localizam-se na transição esôfago-gástrica (TEG) e frequentemente são assintomáticas ou oligossintomáticas. A ressecção cirúrgica pode ser necessária quando a lesão é grande ou está aumentando rapidamente. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 37 anos, com história de nefrolitíase sintomática. Foi submetido a tomografia de abdome que identificou lesão nodular em pequena curvatura gástrica. Uma endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou lesão subepitelial em pequena curvatura gástrica, próxima à TEG, com 2,0 x 1,5 cm, endurecida, sugestiva de GIST. Eco-endoscopia realizada evidenciou lesão de 4 x 1,8 cm, compatível com tumor estromal gastro-intestinal. Foi submetido a gastrectomia parcial por videolaparoscopia e confecção de funduplicatura parcial. Apresentou excelente recuperação pós-operatória, recebendo alta no 3o dia de pós-operatório. Análise histopatológica mostrou tratar-se de leiomioma. Seis meses após a cirurgia o paciente não apresenta disfagia ou pirose. EDA realizada não mostra sinais de recidiva. Conclusão: A ressecção laparoscópica de neoplasias ao nível da transição esôfago-gástrica é factível e segura. A correta identificação da TEG e a confecção de válvula antirefluxo são recomendadas para diminuir a probabilidade de estenoses ou esofagite no pós-operatório. A diferenciação histológica pré-operatória destas lesões nem sempre é possível.

PALAVRAS-CHAVES: Leiomioma | Ressecção | Laparoscopia

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2624

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: CARCINOMA EPIDERMÓIDE BASALÓIDE DE ESÔFAGO COM METASTASE PARA O SEGUNDO PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO KOPROVSKI MENGUER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), MONICA ALEXANDRA JIMENEZ ZERPA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), SAMANTA WITZKE MASSULO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), ANTONIO CARLOS WESTON (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: Introdução: O termo carcinoma epidermóide basaloide foi proposto pela primeira vez por Wain et al para descrever uma neoplasia rara, agressiva com predileção pela hipofaringe, base da língua, laringe e depois esôfago, cavidade nasal e oral, nasofaringe, traqueia, brônquios e pulmões, e outros locais incluindo orelha externa, canal anal, vulva e pênis. Relatamos um caso raro de carcinoma epidermóide basaloide de esôfago com metástase para o segundo pododáctilo do pé direito. Relato: Paciente masculino, 50 anos, com apresentação de câncer de esôfago com metástase para o segundo dedo do pé direito, levado à esofagectomia total e amputação segundo dedo do pé direito, apresentou boa evolução pós-operatória, anatomopatológico de carcinoma epidermóide basaloide. Discussão: O carcinoma epidermóide basaloide do esôfago é um tumor extremamente raro e apenas cerca de 0,1% dos casos de carcinoma esofágico foram diagnosticados como BSCs primários. Isto devido às suas características biologicamente malignas, determinadas por um baixo grau de diferenciação, alta atividade proliferativa e alta incidência de metástases a distância. Encontramos apenas publicações de 1991 a 2008: 3 revisões; 23 relatos de casos 2 relatos de apresentações ?anedóticas? da doença; 20 artigos com enfoque anatomopatológico. Estabelecer um diagnóstico pré-operatório de carcinoma epidermóide basaloide tem sido tão difícil que somente 10% dos casos, que eram histologicamente confirmados, foram corretamente diagnosticados e outros 55% eram diagnosticados erroneamente como carcinoma epidermóide de esôfago

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma epidermóide basaloide | Câncer de esôfago | Metástase a distância

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2628

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESOFAGITE NECROTIZANTE AGUDA EM PACIENTE COM TRAUMA CERVICAL PENETRANTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUIZ ALBERTO MARQUES SANTOS FILHO (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA), STEPHANIE SANTIN (UNISA), THALES FELIPE DOS SANTOS PEREIRA (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA), ALINE NIELSEN BRAGA (UNISA), MILENA MARIA DE LIMA (UNISA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A esofagite necrotizante aguda(esôfago negro) é um distúrbio raro caracterizado por uma coloração negra da mucosa do esôfago, difusa e circunferencial que para na transição gastresofágica. Sua etiologia é multifatorial e envolve causas isquêmicas, traumáticas, infecciosas e tóxicas, além de outras sistêmicas. O diagnóstico é endoscópico e a biópsia é recomendada. O tratamento baseia-se na ressuscitação agressiva e na correção de condições clínicas subjacentes. O tratamento específico é baseado no uso de inibidor de bomba de prótons (IBP), jejum, nutrição parenteral e proteção da mucosa com sucralfatos . A mortalidade é alta e em grande parte relacionada com o estado geral de saúde do paciente.CASO CLINICO: Paciente de 27 anos, sexo masculino, hígido, encontrado desacordado com múltiplos ferimentos penetrantes em região cervical anterior após tentativa de suicídio com arma branca. Foi relatado por familiares abuso de cocaína e álcool. Admitido com choque hemorrágico grave, Glasgow 3, sem outras lesões em demais sistemas. Realizado reanimação segundo ATLS e encaminhado paciente para a UTI. Endoscopia inicial evidenciou esofagite necrotizante aguda em toda a extensão do esôfago poupando a mucosa gástrica, sem sinais de perfuração. Optado por tratamento conservador com suporte clínico, dieta enteral, IBP. Paciente apresentou melhora clínica e nova endoscopia após duas semanas evidenciou reepitelização da mucosa esofágica e estenose puntiforme a 22 cm arcada dentaria superior. Paciente realizou tratamento ambulatorial com sessões de dilatação esofágica. DISCUSSÃO: O esôfago negro foi descrito pela primeira vez na década de 90, e é mais comum em homens. Estudos sugerem que o mecanismo de dano é multifatorial, sendo a isquemia considerada principal causa. Há casos descritos em doentes com relato de abuso de álcool e entorpecentes inclusive cocaína por lesão direta e indireta da mucosa esofágica. Os autores de casos relatados sugerem a confirmação diagnóstica com a biópsia e o tratamento baseado na correção das patologias de base e o manejo específico com proteção da mucosa esofágica (IBP e sucralfatos), e suporte nutricional adequado. A antibioticoterapia e intervenção cirúrgica são reservados para quadros mais graves. A complicação mais relatada é a estenose esofágica (15%), e a mortalidade global é alta, variando de 33- 50%, sendo a maioria dos óbitos relacionados com a doença de base. A mortalidade específica é estimada em cerca de 6%.

PALAVRAS-CHAVES: ESOFAGO|ESOFAGITE NECROTIZANTE|ESOFAGO NEGRO

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2736

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Complicação precoce no tratamento operatório da doença do refluxo gastroesofágico ? Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS (QUÍRON CLINICA CIRÚRGICA AVANÇADA), CAROLINA TRANCOSO DE ALMEIDA (QUÍRON CLINICA CIRÚRGICA AVANÇADA), MAÍRA AMORIM SILVEIRA E SANTOS (QUÍRON CLINICA CIRÚRGICA AVANÇADA), RAFAEL GODOY CASTRO BARBOSA (QUÍRON CLINICA CIRÚRGICA AVANÇADA), PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA E SILVA (QUÍRON CLINICA CIRÚRGICA AVANÇADA), MARCOS GUILHERME CUNHA CRUVINEL (QUÍRON CLINICA CIRÚRGICA AVANÇADA), SIZENANDO VIEIRA STARLING (QUÍRON CLINICA CIRÚRGICA AVANÇADA)

RESUMO: Introdução: A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é a mais comum do esôfago e tem apresentações variáveis no que diz respeito às alterações anatômicas e fisiológicas. A hérnia hiatal é a afecção mais frequentemente associada a essa doença, ocorrendo em até 20% da população e na grande maioria dos casos ocorre por deslizamento, aumentando a incidência ao longo da vida. Apesar de o tratamento clínico constituir-se na primeira forma de abordagem no controle do refluxo, consensos sugerem correção cirúrgica em casos de esofagite recidivantes, complicações da DRGE ? inclusive as extraesofágicas, perspectiva de uso de inibidores da bomba de prótons por longos anos, ou hérnias de grande volume em pacientes com risco de volvo ou perfurações. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 36 anos, hipertenso, com história de DGRE de longa data com esofagite, admitido para tratamento cirúrgico eletivo de volumosa hernia hiatal. À laparoscopia, visualizada grande defeito do hiato diafragmático. Realizada redução da hérnia, hiatoplastia com posicionamento de tela dupla face e confecção de fundoplicatura Toupet-Lind. Paciente evoluiu bem, recebendo alta no 2º DPO. Apresentou no 4º DPO quadro de dispneia progressiva, dor epigástrica e distensão abdominal. Propedêutica evidenciou leucocitose e colapso de lobo inferior esquerdo pulmonar, associado a coleção líquida-gasosa em espaço pleuro-pulmonar e septações em exame tomográfico. Devido ao quadro séptico e piora hemodinâmica, foi submetido, em caráter de urgência, a tratamento cirúrgico de mediastinite. Conclusão: A mediastinite aguda é uma complicação pós-operatória grave que pode ocorrer nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até um ano, em casos em que há colocação de prótese. Apesar de pouco comum em cirurgias abdominais, tem seu risco potencialmente aumento em correções de hérnias hiatais pela manipulação de mediastino para redução do conteúdo herniário com tração de órgãos e, por vezes, lise de aderências para liberação do esôfago mediastinal. O uso de tela dupla face nessas correções constitui mais um fator de risco para as infecções de cavidade, devendo ter sua colocação ponderada e bem indicada. A monitorização cuidadosa do padrão respiratório, valorização de sinais e sintomas sugestivos da complicação, como dor, febre e tórax instável, e a disposição de exames de imagem constituem as bases para o diagnóstico precoce e adequada intervenção cirúrgica, que possibilitam melhor prognóstico ao paciente.

PALAVRAS-CHAVES: DRGE | tela dupla face | mediastinite

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2840

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NEOPLASIA DE ESÔFAGO: CARACTERÍSTICAS GERAIS E ANÁLISE DAS TAXAS DE ÓBITO E MORTALIDADE ESPECÍFICA NO BRASIL NO PERÍODO DE 2006 A 2011

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME NASCIMENTO PINHEIRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), BÁRBARA FERREIRA FERNANDES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), LAYLLA LÚCIA BORGES PINHEIRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), RAQUEL COSTA BATISTA DE QUEIROZ (CENTRO UNIVERRSITÁRIO UNIRG), ANA FLÁVIA RIBEIRO DE SOUSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), THIAGO DELMONDES FEITOSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), BRENDA SILVEIRA DIAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), CELSO ROCHA DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG)

RESUMO: Objetivos: Neoplasia de esôfago é a sexta causa de neoplasia maligna no mundo, sendo a sétima causa de morte. No Brasil, é o sexto mais frequente entre homens e o décimo terceiro entre o sexo feminino. Relacionada à idade avançada, ao tabagismo, ao etilismo, à ingestão de alimentos ricos em elementos carcinogênicos, esôfago de Barrett, lesões cáusticas no esôfago e Síndrome de Plummer-Vinson. A ausência de serosa, a grande complacência e capacidade de distensão dificultam o diagnóstico precoce, sendo os sintomas, comumente, de aparecimento tardio. Este trabalho objetivou analisar as taxas de incidência e mortalidade desta moléstia no país 2006 a 2011, tudo isso visando reunir informações e dados epidemiológicos do país de forma a facilitar a elaboração de estudos futuros. Método: Coletou-se dados do DataSUS referentes à TME (óbitos por 100.000 habitantes) segundo a região, no período de 2006 a 2011. Usou-se a base de dados bireme, scielo, pubmed/mEdLINE e sciencedirect para seleção de artigos. Resultados: Segundo o SIM do Ministério da Saúde, as taxas de óbito por câncer de esôfago no Brasil entre 2006 e 2011 foi 43651, 6797 em 2006 e 7636 em 2011. A região de maior óbito foi a Sudeste e a região de menor, a Norte. A taxa de mortalidade específica no país se elevou no período observado de 3,6 em 2006, para 4,0 em 2011. Em todas as regiões houve aumento da TME, exceto na Norte em que a taxa manteve-se 1,0. Nas regiões Sul e Nordeste houve um aumento de 0,5 na TME, o maior observado. Na região Sul, a taxa se elevou de 6,8 para 7,3 em 2011. Na região Nordeste, era 2,1 em 2006 e alcançou 2,6 em 2011. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram o menor aumento na TME, de 0,3. Naquela, a taxa cresceu de 6,8 para 7,3 e nesta, de 2,7 para 3,0. Conclusões: Percebe-se o aumento das taxas de óbito em todas as regiões que pode ter ocorrido devido a mudança de hábitos da população que aumentou o consumo de alimentos industrializados e o nível de estresse a que se submete. Bibliografia: AQUINO, José Luis Braga de et al . Avaliação das complicações da esofagectomia de resgate na terapêutica cirúrgica do câncer de esôfago avançado. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 26, n. 3, p. 173-178, set. 2013. Disponível em . Acesso em 07 Jan. 2017. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c10.def>

PALAVRAS-CHAVES: Esôfago | Neoplasia | Câncer de esôfago

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2869

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Divertículo epifrênico de esôfago - Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL COSTANTINO STORK OTTAVIANO (GASTROCLINC), GABRIEL PORTO DE BARROS G. RIGO LIMA (GASTROCLINIC), TIAGO VIANA GUSMÃO (GASTROCLINIC), VITOR MAYER DE MOURA (GASTROCLINIC), RAFAEL ASSIS QUEIROZ (GASTROCLINIC)

RESUMO: Divertículos de esôfago são protusões das estruturas da parede do órgão. São classificados quanto a sua estrutura e quanto sua gênese. Quanto a estrutura, são classificados como verdadeiros ou falsos. Quanto sua gênese, são classificados como de pulsão ou tração. Todas as porções do esôfago podem ser acometidas: divertículos de esôfago proximal, divertículos de esôfago médio e divertículos de esôfago distal (epifrênico). Neste trabalho relatamos um caso de divertículo epifrênico sendo indicado o tratamento videolaparoscópico. Relato de Caso: EPN, masculino, 68 anos, branco e procedente de sp. Procura ambulatório devido disfagia progressiva, halitose e vômitos pós-prandiais frequentes há 4 meses. Havia sintomas associados de perda ponderal importante. AP : ex-tabagista e ex etilista. Sem história epidemiológica relevantes. EF::BEG, corado, hidratado, emagrecido, halitose. Abdome plano, com ruídos hidroaéreos +, timpânico, indolor, sem visceromegalias palpáveis. Realizado exames laboratoriais e endoscopia digestiva alta. EDA evidenciou terço distal de esôfago com aumento do calibre com grande quantidade de resíduo alimentar no seu interior. Laudo sugestivo de megaesôfago e divertículo de esôfago distal ambos interrogados. Solicitado investigação complementar com EED, PHmetria, Manometria esofágica e Tomografia computadorizada de tórax e abdôme. A manometria esofágica evidenciou hipotonia de esfíncter esofágico inferior. A tomografia computadorizada de tórax e abdome demonstrou divertículo epifrênico na parede lateral direita com 4 cm. O exame de EED corroborou com a tomografia. Com a hipótese diagnóstica para divertículo epifrênico de esôfago e na vigência de sintomatologia refratária ao tratamento clínico inicial foi indicado tratamento cirúrgico videolaparoscópico. Discussão: Os divertículos epifrênicos são em grande maioria divertículos falsos de pulsão. Quando sintomáticos o tratamento cirúrgico está indicado. sabe-se que a técnica videolaparoscópica apresenta superioridade em relação a técnica tradicional. Em nosso caso optamos pela via de acesso abdominal, pois a posição do divertículo permitia. No entanto no ato operatório evidenciou-se divertículo de esôfago médio. Concluimos que mesmo sob a realização de todos os exames o posicionamento correto do divertículo ainda é de diagnóstico intraoperatório e que a videolaparoscopia é o tratamento de escolha em divertículos de esôfago sintomáticos.

PALAVRAS-CHAVES: divertículos de esôfago | epifrênico | esôfago

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2957

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento Endoscópico de Caso Raro de Síndrome de Boerhaave

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ JIN FUJIOKA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), THALINE BANDEIRA DE SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), BRUNO GALVAO PETRINI (HOSPITAL SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LAVRAS)

RESUMO: Introdução: A Síndrome de Boerhaave(SB) ocorre em geral, após o aumento na pressão interna do esôfago precipitada durante o ato de vomitar, associada a abuso alimentar ou alcoólico prévio, e, em 77% dos casos, a uma incoordenação neuromuscular do músculo cricofaríngeo. Devido as manifestações clínicas variáveis, muitas vezes apresenta um diagnóstico tardio e sérias complicações preoces, tais como mediastinite e sepse. Objetivo: Revisar a literatura e descrever um caso clínico de SB tratado via endoscópica.Método: Paciente S.M., masculino, de 75 anos, estável, com lesões pulmonares hipodensas e bilaterais suspeitas a radiografia de torax, foi admitido para realização de broncoscopia ambulatorialmente. Durante broncoscopia diagnóstica, apresentou esforços eméticos e tosse após a introdução do broncoscópio, evoluindo com dor e distensão abdominal importantes, queda da saturação, taquicardia e enfisema subcutâneo extenso. Foi encaminhado a tomografia de torax e abdomen, que evidenciou um grande pneumoperitônio hipertensivo e pneumomediastino. Optado por cuidados intensivos onde foi feita descompressão abdominal por punção em hipocôndrio esquerdo e posterior abordagem endoscópica nas primeiras 2 horas do quadro. Durante inventário do esôfago foi observada perfuração de cerca de 2 cm de extensão, próxima a transição esôfago-gástrica, sendo realizado tratamento endoscópico por fechamento da laceração com 5 cliques metálicos, e passagem de sonda nasoentérica (SNE) pós pilórica para nutrição. Obteve alta ao fim de antibioticoterapia e de IBP em dose dupla por 10 dias. Realizado acompanhamento durante 3 meses sem necessidade de outras intervenções cirúrgicas. Resultados: O tratamento recomendado para esta condição é a toracotomia com sutura primária da lesão, quando factível, com ou sem reforço local; o debridamento mediastinal e a drenagem pleural associados a gastrostomia. Sabe-se, entretanto, que uma das vantagens do reparo endoscópico da lesão é não envolver uma grande incisão, apresenta menores chances de complicações pós operatórias e rápida recuperação. Sendo assim, o tratamento endoscópico pode ser uma boa opção terapêutica. Conclusões: Considerando que a síndrome é tida como a perfuração mais letal do trato gastrointestinal, é importante estabelecer o diagnóstico, muitas vezes negligenciado, para que o tratamento menos invasivo seja precoce, a fim de ser reduzida a elevada taxa de mortalidade pré-operatória (em torno de 35 a 40%) e pós operatória.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Boerhaave | Endoscopia | Esôfago

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2976

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PIOPERICÁRDIO POR PERFURAÇÃO ESOFÁGICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO VAZ FERREIRA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), MÁRCIO CORRÊA DE FREITAS (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), BERENICE ANTOINE FEGHALI (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), NAYRA DA SILVA FREITAS (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS)

RESUMO: Introdução: Pericardite purulenta (piopericárdio) é uma entidade rara associada a uma alta mortalidade. Usualmente a causa é não-cardíaca e a pericardite constrictiva é uma potencial grave complicação. Sua origem pode ter relação com a extensão direta (contiguidade/continuidade), disseminação hematogênica ou extensão linfática. Infecções associadas devem ser excluídas, especialmente em pacientes imunocomprometidos. O tratamento deve incluir a drenagem cirúrgica, pericardiectomia e o uso de antibióticos. Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 15 anos de idade, deu entrada no pronto-socorro com quadro de sepse associada a derrame pleural bilateral e pneumopericárdio, evidenciados através de sua avaliação clínica, laboratorial (hemograma, gasometria), e radiológica (radiografia de tórax e tomografia computadorizada de tórax). A TC realizada revelava grande hidropneumopericárdio e derrame pleural bilateral, maior a esquerda, de caráter homogêneo, sem gás de permeio, além de moderada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Na primeira hora de atendimento no setor de urgência cirúrgica, foi submetida à abordagem do quadro séptico dentro do proposto pela Surviving Sepsis Campaign. A hipótese diagnóstica aceita na admissão foi de perfuração esofágica, baseada em dados extraídos da anamnese. Indicada toracotomia exploradora, foi submetida a drenagem pericárdica, pericardiectomia e drenagem pleural. A evolução pós-operatória foi de sepse grave, tendo evoluído com falência renal associada. A paciente ficou internada em UTI durante 11 dias e não necessitou ser reabordada cirurgicamente. A investigação da etiologia até a presente data não confirmou a hipótese, visto que a endoscopia realizada quando a paciente apresentava estabilidade para investigação não mostrou achados sugestivos de perfuração. Aguarda resultado da biópsia do pericárdio. Discussão: O quadro relatado busca demonstrar rara condição, com poucos casos semelhantes descritos. A abordagem pronta do quadro séptico, associada à abordagem precoce do foco garantiu condições para o início de um cuidado intensivo notável em UTI de nossa região.

PALAVRAS-CHAVES: PIOPERICÁRDIO | PERFURAÇÃO ESOFÁGICA | SEPSE

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 3051

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Black esophagus e malignidade: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRICK CORREIA DE SOUZA ARAÚJO (HOSPITAL DAS CLINICAS - UFG), HIGOR COSTA GOMES (HOSPITAL DAS CLINICAS - UFG), NATÁLIA GOMES NAGATO (HOSPITAL DAS CLINICAS - UFG), YURI KOSSA BARBOSA (HOSPITAL DAS CLINICAS - UFG), FERNANDO CORREA AMORIM (HOSPITAL DAS CLINICAS - UFG)

RESUMO: Introdução. A necrose esofágica aguda, frequentemente referida como "black esophagus", é um evento incomum. É resultado da combinação de um insulto isquêmico com a redução do sistema de barreira da mucosa e dos mecanismos reparativos em estados físicos debilitados. Situações que podem garantir esse evento são disfunção de múltiplos órgãos, hipoperfusão, vasculopatia, sepse, cetoacidose diabética, intoxicação alcoólica, volvo gástrico, transecção traumática da aorta torácica, fenômenos tromboembólicos e malignidade. Relato do caso. Homem jovem de 38 anos, admitido no serviço para tratamento de quadro de abdome agudo perfurativo por neoplasia de reto localmente avançada. Foi submetido à ressecção de reto a R2 e confecção de colostomia, evoluindo com desabamento da colostomia e isquemia de cólon descendente 7 dias depois, sendo necessário colectomia com nova colostomia, esplenectomia e manutenção de peritoniotomia por 55 dias. Apresentou hematótese no mesmo dia da segunda abordagem, sendo observados achados endoscópicos consistentes com necrose esofágica aguda. Durante internação ocorreram trombose venosa profunda e manifestações cutâneas de hanseníase. Referia história prévia de sífilis secundária tratada. O manejo da necrose esofágica aguda foi conservador, através de repouso intestinal, nutrição parenteral, repetidas transfusões sanguíneas, antibioticoterapia de amplo espectro e supressão ácida gástrica com inibidor de bomba de prótons em dose plena. Foi mantido em repouso intestinal por 36 dias, retornando gradativamente com dieta, após evidências endoscópicas de regeneração do esôfago, evoluindo com disfagia, não mais presente em consulta ambulatorial 5 meses após o evento. Conclusão. A necrose esofágica aguda está relacionada com uma série de situações clínicas, estando várias delas presentes no paciente do referido caso, especificamente a malignidade. Observou-se também, neste caso, a anemia (com necessidade de várias hemotransfusões) e leucocitose (com uso de vasto recurso antibiótico), tipicamente observados nos exames laboratoriais. Não foi realizada biópsia, como sugerido para orientação diagnóstica, em função da importante friabilidade da mucosa esofageana, sendo o diagnóstico, neste caso, definido pelas características da lesão à endoscopia digestiva alta. A elevada mortalidade associada à necrose esofágica aguda, 32%, é usualmente relacionada com a existência de comorbidades, apesar do desfecho deste caso ter ocorrido com alta hospitalar.

PALAVRAS-CHAVES: Black esophagus | neoplasia | esôfago

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 3108

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Leiomioma Sintomático em esôfago.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO ANTONIO VERONESE LEME (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL-RO), CAROLINE NISHIMURA (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL-RO), RADDIB EDUARDO NOLETO DA NOBREGA OLIVEIRA (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL-RO), DANIELA ESTEPHANY DELGADO GUEVARA (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL-RO), MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM (COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL/SESAU), JOSÉ EDSON PUERARI BENEVIDES (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL-HRC)

RESUMO: INTRODUÇÃO leiomioma é um tumor de células de músculo liso, de origem intramural. Apesar de ser o tumor benigno de esôfago mais frequente, é bastante incomum, representando 0,5-0,8% de todos os tumores esofágicos e 5-10% de todos os leiomiomas que acometem o trato digestivo. Localiza-se mais comumente no 1/3 distal do esôfago. Seu pico de incidência ocorre entre a 3ª e 5ª décadas de vida, sendo mais prevalente no sexo masculino. RELATO DE CASO Paciente de quarenta e três anos, sexo masculino, cursou com queixa de dificuldade de ingerir sólidos e líquidos nos últimos meses. Foi, então, submetido à investigação clínica e exames complementares, como endoscopia digestiva alta (EDA), estudo radiológico do esôfago, estômago e duodeno (EREED) e tomografia de tórax (TC). A EDA evidenciou lesão submucosa em esôfago distal, a cerca de 33cm da arcada dentária superior (ADS), maior que 4cm. A tomografia de tórax apresentou espessamento parietal concêntrico e irregular do esôfago distal com redução do diâmetro luminal. O EREED mostrou alterações de preenchimento do 1/3 distal compatível com tumor, tendo sido indicado o tratamento cirúrgico. Foi realizada uma esofagectomia distal com anastomose primária por laparoscopia. O paciente evoluiu sem intercorrências, obtendo alta hospitalar no 10º dia do pós-operatório. O exame anatomopatológico confirmou leiomioma esofágico. CONCLUSÃO leiomioma esofágico é uma apresentação rara dos tumores de esôfago, sua descrição na literatura é infrequente, com métodos operatórios pouco discutidos. A ressecção esofágica laparoscópica, apesar de tecnicamente mais complexa, é uma excelente opção como tratamento desse tipo de paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Leiomioma | Tumor de Musculo Liso | Esôfago

ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 324

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Intussuscepção intestinal em paciente gestante pós cirurgia bariátrica: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARISSA RODRIGUES FREESZ (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), BRUNO RIGHI RODRIGUES DE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), VINICIUS COELHO MACHADO SILVA (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), PEDRO HENRIQUE MATOS GONÇALVES (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), ELIAKIM MASSUQUETO ANDRADE GOMES DE SOUZA (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), PAULO ROBERTO LIMA CARREIRO (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE)

RESUMO: Introdução O By-pass gástrico é hoje o procedimento bariátrico mais realizado no mundo. Intussuscepção na jejunojejunostomia constitui uma rara causa de obstrução de delgado após a realização do By-pass gástrico. O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso de obstrução intestinal por intussuscepção de alça alimentar em paciente gestante previamente submetida à cirurgia bariátrica. Relato de caso Mulher, 29 anos, 19 semanas de gestação, primigesta, compareceu ao serviço de urgência de Ginecologia e Obstetrícia com queixa de dor abdominal à direita referida como cólica intensa, com irradiação para o dorso ipsilateral. Referia histórico de gastroplastia à Fobi-Capella ou By-pass gástrico em Y-de-Roux há 2 anos. Ao exame, apresentava-se normotensa, altura uterina de 22cm, e batimentos cardíacos fetais de 135bpm. Foi encaminhada ao Hospital Unimed-BH para avaliação do serviço de Cirurgia Geral. A revisão laboratorial, incluindo funções hepática e renal, hemograma, amilase, lipase, proteína C reativa e urinálise, não mostrou alterações significativas. Ultrassonografia abdominal total revelou invaginação intestinal no hipocôndrio esquerdo com edema mural da alça externa, e colelitíase sem sinais de colecistite. Foi submetida à laparotomia exploradora de urgência, que identificou intussuscepção de alça alimentar no sentido anti-peristáltico, na proximidade ao Y de Roux. Após a redução, foi observada reperfusão satisfatória da alça, sem necessidade de enterectomia. A alça foi fixada com o objetivo de evitar recidiva. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, e recebeu alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório após realização de ultrassonografia obstétrica, que confirmou boas condições fetais. O controle ambulatorial após 1 semana de alta hospitalar foi satisfatório, com gestação ainda em curso. Conclusão Na atualidade, cerca de 84% dos pacientes que se submetem à gastroplastia são mulheres, muitas delas em idade fértil. Intussuscepção intestinal é uma complicação rara da cirurgia bariátrica por By-pass gástrico (0,1 a 0,3%), e existem poucos casos em gestantes relatados na literatura. Nos quatro casos encontrados em nossa revisão bibliográfica, foi necessária ressecção intestinal, diferente do caso apresentado neste trabalho. Por ser uma afecção rara em gestantes, ainda não existe um consenso sobre o melhor manejo dessas pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Intussuscepção intestinal | By-pass gástrico | Gestante

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 334

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Complicações pós-operatórias precoces de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de câncer gástrico em um hospital militar.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KEVIN LIMA TAVARES (HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS), ANDRÉ FAINSTEIN (HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS), MARCELLA PIMENTEL DE ALVARENGA (HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS), RICARDO SILVA GUIMARAES (HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS)

RESUMO: Objetivo: Analisar o pós-operatório precoce dos pacientes submetidos à cirurgia para tratamento de câncer gástrico. Método: Este estudo é uma análise retrospectiva, onde foram avaliados 55 pacientes com diagnóstico de Adenocarcinoma Gástrico submetidos a gastrectomias curativas no Hospital Naval Marcilio Dias (HNMD), no período de maio de 2011 a maio de 2016. Os parâmetros avaliados foram: sexo, idade, tipo de gastrectomia (total ou subtotal), estadiamento oncológico TNM e complicações. Os dados foram obtidos pelo Prontuário Médico Informatizado do HNMD e analisados pelo Microsoft Excel 2015. Resultados: Dos 55 avaliados, 33 (60%) eram do sexo masculino. A faixa etária do estudo foi de 26 a 85 anos, com idade média de 63 anos e mediana de 70 anos. Das cirurgias realizadas, 40 (72,72%) foram gastrectomia subtotal e 15 (27,28%) gastrectomia total. No estadiamento cirúrgico foram identificados 20 (36,35%) no estágio I, 17 (30,90%) no estágio II, 12 (21,80%) no estágio III e 6 (10,90%) no estágio IV. Dos pacientes analisados 22 (40%) apresentaram complicações pós-operatórias, sendo que 3 (5,45%) evoluíram para óbito. As complicações apresentadas foram pneumonia (10,90%), atelectasia (3,63%), fistula (7,20%), deiscência (3,63%), evisceração (3,63%), gastroparesia (3,63%), infecção de ferida operatória (1,80%) e infecção de trato urinário (1,80%). Conclusões: Os pacientes submetidos à cirurgia na instituição apresentaram taxa de complicação compatível com a literatura nacional, no entanto a literatura internacional ainda possui taxas melhores. Um dos possíveis fatores que contribuem para tal fato é o estadiamento avançado dos pacientes no diagnóstico inicial, sendo essa dificuldade decorrente de falhas na aplicação de protocolos de diagnóstico precoce de CG. Bibliografia: 1. Kubota T, Hiki N, Sano T, Nomura S, Nunobe S, et al. (2014) Prognostic significance of complications after curative surgery for gastric cancer. *Ann Surg Oncol* 21: 891-898. 2. Toneto MG. Estado atual do tratamento cirúrgico do adenocarcinoma gástrico avançado. *Rev AMRIGS*. 2012; 56:75-80. 3. Laporte GA, Weston AC, Paludo AO, Castria TB, Kalil AN. Análise Epidemiológica Dos Adenocarcinomas Gástricos Ressecados Em Um Serviço De Cirurgia Oncológica. *Revista AMRIGS*, v. 58, p. 121-125, 2014. 4. Jucá PC, Lourenço L, Kesley R, Mello ELR, Oliveira IM, Corrêa JHS. Comparação da sobrevivência e dos fatores prognósticos em pacientes com adenocarcinoma gástrico T2 e T3. *RevColBras Cir*. 2012; 39(5).

PALAVRAS-CHAVES: ADENOCARCINOMA GÁSTRICO | COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS | GASTRECTOMIA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 350

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem cirúrgica e diagnóstica atual do adenocarcinoma gástrico: revisão bibliográfica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA), SÉRGIO MATTOS PULS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS)

RESUMO: O câncer gástrico é, no Brasil, o quarto tumor maligno mais frequente entre homens e sexto entre mulheres, sendo o adenocarcinoma o tipo histológico mais comum. A infecção por *H. pylory*, associado a características nutricionais, ambientais e sociais são fatores de risco. Apesar de fisiopatologia bem estabelecida, pode apresentar sintomas inespecíficos, como indigestão e dor epigástrica, sendo o diagnóstico precoce essencial e o tratamento criterioso. Sendo assim, o objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever a abordagem diagnóstica e cirúrgica atual para tratamento do adenocarcinoma gástrico. Buscou-se artigos nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane utilizando como descritores Gastric Adenocarcinoma, Gastric Cancer, Gastric Neoplasia, Management, Treatment, Surgical, Tests e Diagnosis. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve-se 137 artigos do período de 2012 a 2017 e, destes, selecionaram-se 41 artigos que respondiam satisfatoriamente os objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. O padrão ouro para diagnóstico em 2017 continua sendo a endoscopia digestiva alta com sete ou mais biópsias acrescidas de citologia por escovação coletadas ao redor da cratera ulcerosa. A radiografia gastrointestinal com duplo contraste de iodo pode ser utilizada, embora seja incapaz de distinguir úlceras benignas de malignas. Esofagogastroduodenoscopia, Ultrassonografia endoscópica e Tomografia Computadorizada são exames auxiliares. A escolha efetiva do tratamento cirúrgico deve ser adaptada ao local e extensão da neoplasia. A ressecção cirúrgica agressiva é indicada na ausência de metástases. Estudos demonstraram que a gastrectomia total apresenta menor morbidade, mortalidade e desenvolvimento de síndrome de Dumping que a ressecção gástrica proximal, ambas indicadas em lesões proximais. Para distais com que possam possuir margem de ressecção negativa, a gastrectomia subtotal é indicada. A gastrectomia total é, portanto, apropriada quando não se pode obter margem de ressecção negativa. Para melhor assistência e prognósticos de pacientes com adenocarcinoma gástrico, o conhecimento diagnóstico e cirúrgico de profissionais é essencial.

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma gástrico | Diagnóstico | Tratamento

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 372

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL NO ESTÔMAGO - REVISÃO DE 12 ANOS DO SEU TRATAMENTO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNICAMP

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIOGO MARCELO FURTADO (UNICAMP), GUILHERME HUMERES ABRAHAO (UNICAMP), NELSON ADAMI ANDREOLLO (UNICAMP), LUIZ ROBERTO LOPES (UNICAMP), VALDIR TERCIONI JUNIOR (UNICAMP), JOAO DE SOUZA COELHO NETO (UNICAMP), ALOYSIO IKARO MARTINS COELHO COSTA (UNICAMP), ACHILES QUEIROZ MONTEIRO DE REZENDE (UNICAMP)

RESUMO: OBJETIVO. Revisão e descrição dos pacientes diagnosticados com GIST no estômago entre janeiro/2005 a janeiro/2017 no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC/UNICAMP).MÉTODO. Trata-se de um estudo retrospectivo de revisão de prontuários médicos no Serviço de Arquivo Médico (SAM) do HC/UNICAMP de pacientes diagnosticados com GIST no estômago no período de janeiro/2005 a janeiro/2017. Foram coletados dados: demográficos, clínicos pré-operatórios, estadiamento clínico, características anatomopatológicas da lesão, tratamento cirúrgico, tratamento adjuvante e seguimento pós-operatório. Critério de inclusão: diagnóstico anatomopatológico de tumor estromal gastrointestinal. Critérios de exclusão: perda de seguimento ou óbito com menos de 30 dias pós-operatório.RESULTADOS. Foram estudados 32 (N) pacientes com GIST no estômago. Os pacientes distribuíram-se quanto ao perfil demográfico: 50% do sexo masculino, 78,1% da cor branca, média de idade de 55,1 anos (30 a 79 anos). Os sintomas pré-operatórios foram: hemorragia digestiva alta em 53,1%, dor abdominal em 50%, distensão abdominal em 6,2% e assintomáticos em 6,2%. A localização no estômago foi: 43,7% no corpo, 40,6% no fundo, 12,5% no antro e 3,1% no cárdia. A endoscopia digestiva alta foi o principal método diagnóstico (75%). A maioria dos pacientes apresentava doença localizada no momento do diagnóstico (96,8%). Todos os pacientes com doença localizada foram submetidos a tratamento cirúrgico, sendo, na maioria, por via laparoscópica (77,4%). Dos 31 pacientes operados, 93,5% obtiveram uma ressecção R0. No estudo anatomopatológico prevaleceu: 50% das lesões menores que 5 cm, 75% com neoplasia mesenquimatosa fusocelular, 53,7% com índice mitótico menor que 5 mitoses/50 campos de maior aumento e 93,7% dos casos positivos para c-kit. Apenas dois pacientes (6,2%) receberam quimioterapia com mesilato de imatinibe. O tempo médio de seguimento pós-operatório foi 39,9 meses (3 a 139 meses), sendo observados complicações em dois pacientes (tromboembolismo pulmonar e hérnia incisional). Não foram observados óbitos nesta casuística.CONCLUSÃO. A cirurgia é o padrão-ouro no tratamento curativo do GIST no estômago. Além disso, a quimioterapia com o mesilato de imatinibe oferece uma alternativa terapêutica nas lesões metastáticas e nas recidivas tumorais

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL|CIRURGIA|MESILATO DE IMATINIBE

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 392

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFURAÇÃO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL POR CORPO ESTRANHO SIMULANDO APENDICITE AGÚDA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KARLOS JENNYSSON SOUSA SOARES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL/UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GETERSON BEZERRA MOREIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), CILEIA IVNA CARNEIRO DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), ANTONIO ROBSON GOMES XIMENES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), JOÃO VICTOR LEITÃO MELO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL)

RESUMO: Introdução: O divertículo de Meckel (DM), identificado pela primeira vez em 1598 por FabriciusHildanus, é a anomalia congênita gastrointestinal mais frequente, com uma prevalência de 1-4% na população geral. Resulta da obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico, com formação de um verdadeiro divertículo entre os 40-100 cm a montante da válvula ileo-cecal, na bordaanti-mesentérica. A ingestão de corpos estranhos é responsável por cerca de 1500 mortes/ano nos Estados Unidos.É mais comum na infância entre seis meses e seis anos. Em 98% dos casos ocorre de forma acidental.Nos adultos geralmente é secundário à ingestão alimentar (osso, bolo alimentar).A maioria dos casos de ingestão de corpos estranhos (C.E.), se resolve de modo expectante (80%),cerca de 10 a 20% necessitam de retirada endoscópica, e uma minoria, de retirada cirúrgica. O objetivo desse trabalho é descrever um caso de perfuração de Divertículo de Meckel por corpo estranho, simulando um quadro clássica de apendicite aguda. Relato de Caso: Paciente de 60 anos de idade, masculino, agricultor, vem ao pronto socorro com queixa de dor abdominal, inicialmente em região mesogástrica irradiada para fossa ilíaca direita, há 1 dia, associada a náuseas após o início da dor. Nega febre, vômitos e diarreia. Ao exame, apresentava-se em regular estado geral, afebril, eupneico, sem alterações no exame físico do tórax, abdome plano, flácido, doloroso a palpação da fossa ilíaca direita, com sinal de Blumberg presente. Foi submetido a uma tomografia computadorizada que evidenciou presença de corpo estranho no interior de alça de delgado, em fossa ilíaca direita. Submetido a laparotomia exploradora que evidenciou presença de divertículo na borda anti- mesentérica do íleo terminal, a 50cm da válvula íleo-cecal, perfurado por corpo estranho, com intenso bloqueio formado por epíplons e área de sofrimento em alça de íleo próxima ao divertículo. Paciente submetido a enterectomia de aproximadamente 20cm de íleo, com enteroanastomose primária termino-terminalmanual e a apendicectomia tática. Evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alto no 3º dia pós-operatório. Conclusão: Os sintomas produzidos pelo DM, quando complicado, geralmente levam a dúvida e confusão diagnóstica com outrascausas de abdome agudo. A evolução dos casos complicados pode ser grave, e quase sempre é necessário tratamentocirúrgico imediato, tornando importante a suspeição diagnóstica e a pronta instituição da terapêutica adequada.

PALAVRAS-CHAVES: divertículo de meckel | ingestão de corpo estranho | perfuração intestinal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 404

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de obstrução gástrica por bezoar atípico - Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARDO LUIZ CAMPANÁRIO PRECHT (UFF), LEONARDO VASCONCELLOS DE ARAUJO (CLÍNICA SÃO VICENTE), JOSÉ ANTONIO FLORES DA CUNHA (CLÍNICA SÃO VICENTE), MARIA ELIZABETH C. CASTRO (CLÍNICA SÃO VICENTE), ARTHUR OSWALDO DE ABREU VIANNA (CLÍNICA SÃO VICENTE)

RESUMO: Introdução Bezoar é definido como um agregado de materiais não digeridos. Podem ser classificados em 4 tipos: fitobezoar (composto por fibras, cascas ou sementes), lactobezoar (formado por proteínas do leite), farmacobezoar (medicamentos) e tricobezoar (fios de cabelo e partículas de comida)¹. Uma história clínica compatível e exame físico com achados de distensão abdominal, vômitos, massa palpável, halitose (devido ao material acumulado no estômago) auxiliam o diagnóstico mas não são conclusivos². O método diagnóstico padrão-ouro é a endoscopia digestiva alta (EDA), que permite não só a visualização do bezoar mas também possui finalidades terapêuticas, permitindo a remoção do material³. Relato de caso ES, 62 anos, feminina com história de cirurgia prévia para hérnia de hiato em 2008 e 2014 (funduplicatura e reabordagem por recidiva), sem outras comorbidades é admitida pela emergência com relato de cólica epigástrica de forte intensidade, associada a náusea e vômitos iniciados após almoço. Instalada sonda nasogástrica (SNG) na sala de emergência, com saída de 300 ml de líquido não biliar e resíduos alimentares sendo deixada em sifonagem com alívio parcial dos sintomas. Paciente se encontrava em bom estado geral, sem irritação peritoneal. Diante do quadro foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome, que evidenciou imagem nodular heterogênea medindo 9,6cm no maior diâmetro em região antropilórica do estômago, determinando obstrução da luz em correspondência, com gastrectasia e nível líquido em seu interior. Paciente foi internada em unidade fechada, sendo realizada no dia seguinte endoscopia digestiva alta que evidenciou bezoar (casca de coco) ao nível do piloro. O material foi retirado por via endoscópica, com auxílio de basket. A paciente evoluiu satisfatoriamente após o exame, com resolução das náuseas e vômitos, aceitação da dieta e alta hospitalar após 1 dia. Conclusão A associação de uma história típica (pós alimentar), um exame físico compatível e uma TC de abdome que excluiu diagnósticos alternativos passíveis de cirurgia (bridas, neoplasias) sugeriu a hipótese diagnóstica de bezoar. A EDA, como já mencionado, confirmou o diagnóstico e possibilitou a resolução de quadro de obstrução gástrica, tendo a paciente evoluído sem intercorrências após o procedimento.

PALAVRAS-CHAVES: Bezoar | Obstrução intestinal | Endoscopia digestiva

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 420

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: ÚLCERA GÁSTRICA PERFURADA EM TOPOGRAFIA DE ANTRO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAÍS CHAVES PINHEIRO (UNIUBE), ANAILA SOUZA SANSONI (UNIUBE), BÁRBARA MIORIM FONSECA (UNIUBE), BIA MARTINS MARGON VAZ (UNIUBE), MARCELA HERCOS FATURETO (UNIUBE), CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO (UNIUBE), GABRIELE CASTRO MARCAL (UNIUBE), RICARDO PASTORE (UNIUBE)

RESUMO: RELATO DE CASO: ÚLCERA GÁSTRICA PERFURADA EM TOPOGRAFIA DE ANTRO ANAILA SOUZA SANSONI, BÁRBARA MIORIM FONSECA, BIA MARTINS MARGON VAZ, MARCELA HERCOS FATURETO, THAÍS CHAVES PINHEIRO, CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO, GABRIELE CASTRO MARCAL, RICARDO PASTORE Universidade de Uberaba ? MG, Brasil Introdução: Relato de caso de úlcera gástrica perfurada em topografia de antro, com diagnóstico inicial de apendicite, devido a quadro clínico atípico. Relato de Caso: Homem de 56 anos, com história de dor mesogástrica por 10 dias, difusa e de moderada intensidade, que em 4 dias progrediu para forte intensidade e migrou para fossa ilíaca direita (FID), com piora da mesma ao movimentar-se. Relatou febre não aferida, hiporexia e perda ponderal de cerca de 5 kg nos últimos meses. Negou outras queixas. Negou doenças pré-existentes e medicamentos em uso. Era tabagista 38 anos/maço e ex-etilista. Nada digno de nota em antecedentes pessoais e familiares. Sem exames complementares prévios. Foi admitido com tosse, murmúrio vesicular diminuído em base direita, abdome escavado, palpação dolorosa em FID, com descompressão brusca positiva à direita e sinal de Rovsing positivo. Tinha sinais vitais dentro da normalidade. A hipótese diagnóstica principal foi apendicite, e foi interrogado neoplasia intestinal e diverticulite como diferenciais. Resultados laboratoriais pré-operatórios: proteína C reativa 199,6, hemoglobina de 11,3 e leucograma 8.230 (0/73/4/0/20/3). A radiografia de tórax e a tomografia de abdome evidenciaram um pneumoperitônio. O paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora, em que foi constatada úlcera gástrica antral perfurada. Realizou-se biópsia de bordos, enviado a anatomopatológico, com rafia da mesma. O pós-operatório não teve intercorrências. O resultado do anatomopatológico foi de achados morfológicos compatíveis com a hipótese clínica de borda de lesão ulcerada. Conclusão: Conclui-se que os exames de imagem foram imprescindíveis para definição e conduta do caso, diante de clínica atípica, destacando a trivialidade da radiografia de tórax, não disponível em serviço facultativo, prorrogando o correto desfecho.

PALAVRAS-CHAVES: PNEUMOPERITONIO | ÚLCERA GÁSTRICA | DOR ABDOMINAL

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 440

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR EM ATLETA FISCULTURISTA ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FREDERICO KLANN VICTORINO (UNIVALI), ANA PAULA MICHELS COSTA (UNIVALI), KELLY VIVIANE UEDA (UNIVALI), CLAUDIA THEIS (UNIVALI), STEPHANIE THEISEN KONZEN (UNIVALI), JOEL ANTONIO BERNHARDT (UNIVALI), LUIZ HENRIQUE YOSHINO (UNIVALI)

RESUMO: Introdução: A síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS) é uma condição rara caracterizada pela compressão do duodeno através da aorta e artéria mesentérica superior (AMS), gerando suboclusão intestinal. É comumente descrita em adolescentes, sendo rara em adultos. Seu aparecimento está relacionado a dietas muito rigorosas e distúrbios alimentares, incluindo pacientes HIV positivos em fase avançada, grande perda ponderal relacionado ao câncer e cirurgia bariátrica, além de possível predisposição genética. Entre suas características para diagnóstico o paciente apresenta história recente de perda de peso, dor abdominal, náuseas e empachamento. Relato de Caso: Paciente masculino, 27 anos, leucodermo, atleta fisiculturista. Relata história de empachamento há 3 anos, de baixa intensidade mas progressiva, não relacionado a alimentos, que melhorava à noite em posição fetal. Negava dor, azia ou pirose. Há 1 ano iniciou preparação para campeonato de fisiculturismo com dieta restrita e uso de suplementos para perda de massa gorda corporal e intensificação da prática de musculação. Apresentou agravamento do sintoma de empachamento, cursando com inapetência, episódios semanais de vômitos com restos alimentares em período noturno, além de náuseas ao se alimentar e distensão abdominal. Hábitos intestinais com aspecto e volume normais. Refere piora do quadro há 5 meses, alterando dieta para alimentos pastosos, restrição de bebidas gaseificadas e alimentos ácidos. Iniciou acompanhamento com gastroenterologista e em Endoscopia Digestiva Alta apresentou hérnia hiatal e lesões esofágicas ulceradas por doença do refluxo gastroesofágico, sendo encaminhado para cirurgia geral. Em Tomografia Computadorizada foi evidenciado redução do ângulo entre aorta e a AMS, estimado em 22°, além de redução da distância entre essas artérias, estimada em 5mm (valor de referência: 28° à 65° e 10 à 34mm respectivamente); também foi evidenciado redução do calibre do duodeno nessa topografia, com diagnóstico de Síndrome da Artéria Mesentérica Superior. Realizada duodenojejunoanastomose laparoscópica, sem intercorrências pós-operatórias e melhora do quadro. Conclusão: É necessário enfatizar que a SAMS, embora rara, deve ser considerada como diagnóstico diferencial em casos de pacientes com refluxo atípico, de rápida evolução, com história recente de perda de peso e sintoma de empachamento. Sua abordagem via laparoscópica também pode ser considerada segura e resolutive.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome da Artéria Mesentérica Superior | Duodenojejunoanastomose | Laparoscopia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 449

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cisto mesentérico quiloso: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ FAINSTEIN (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), JOÃO LUCAS BODEVAN (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), KEVIN LIMA TAVARES (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), RICARDO SILVA GUIMARAES (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), GLAUCO VASCONCELLOS DA SILVA RAMOS (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS)

RESUMO: Introdução: O cisto mesentérico (CM) é uma rara entidade, apresentando incidência aproximada de 1/100.000 admissões hospitalares, podendo acometer o mesentério desde o duodeno ao reto. Ainda de etiologia incerta, acredita-se que desordens embriológicas e linfáticas, trauma abdominal e outras condições possam estar relacionadas com a formação cística. A sua topografia mais comum, destina-se ao intestino delgado, seguida do mesocólon e reto. O CM quiloso é ainda mais raro, sendo encontrado apenas em aproximadamente 7,3% dos casos. Relato de Caso: paciente feminina, 29 anos, sem comorbidades, é atendida no ambulatório de Cirurgia Geral, referindo náuseas e dor em andar inferior do abdômen com 7 dias de evolução, de moderada intensidade e piora progressiva, sem irradiações. Não relata sintomas urinários, alterações dos hábitos intestinais, exteriorização de sangramento, trauma local, desordens menstruais ou demais sintomas. Ao exame nota-se dor a palpação em hipogástro, sem massas ou visceromegalias. A mesma portava ultrassonografia (USG) abdominal em mãos, evidenciando formação ovalada, cístico-sólida, medindo 39x36x31mm, em topografia infra-umbilical. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdômen revelou imagem de aspecto cístico, com paredes algo espessadas, contornos regulares e limites bem definidos, medindo 45x44x40mm, próximo aos vasos ilíacos à esquerda. Procedeu-se a laparoscopia diagnóstica, identificando a tumoração mesentérica junto ao intestino delgado, sendo então ressecada com 10cm de íleo. A peça foi retirada após minilaparotomia e enviada à anatomopatologia. A histopatologia diagnosticou lesão compatível com CM quiloso. Conclusão: o CM quiloso é uma rara condição, em sua maioria assintomática e que deve ser considerada como diagnóstico diferencial em vigência de tumor cístico intra-abdominal. A conduta terapêutica de primeira linha é a remoção cirúrgica da lesão, via laparotômica ou laparoscópica, cuidadosamente estudada e planejada previamente ao procedimento. Referências: 1- Sudiono D et al. Acute abdominal pain caused by an infected mesenteric cyst in a 24-year-old female. Case Reports in Radiology 2016. 2- Lee D, et al. Chylous mesenteric cyst: a diagnostic dilemma. Asian J of Surgery. 2016. 3- Kumar W et al. Mesenteric cyst in sigmoid mesocolon ? a rare location and its laparoscopic excision. Medical Journal Armed Forces India. 2015. 4- Dioscoridi L. et al. Chylous mesenteric cysts: a rare surgical challenge. Journal of Surgical Case Reports. 2014

PALAVRAS-CHAVES: Cisto Mesentérico | Cisto Mesentérico Quiloso | mesentério

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 450

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: obstrução gástrica por calculo biliar (Síndrome de Bouveret)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KEVIN LIMA TAVARES (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), ANDRÉ FAINSTEIN (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), JOÃO LUCAS BODEVAN (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS), RICARDO SILVA GUIMARAES (HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS)

RESUMO: Introdução: A Síndrome Bouveret (SB) é um quadro clínico raro de obstrução gástrica ou duodenal decorrente de um calculo biliar proveniente de uma fistula biliodigestiva^{1,2}. Acomete principalmente em mulheres acima de 60 anos com história de colelitíase. Na maioria dos pacientes os sintomas são inespecíficos, sendo um terço dos acometidos assintomáticos¹. A propedêutica é composta por exames laboratoriais e radiológicos como colangiorressonância, ultrassonografia abdominal (USG), tomografia computadorizada (TC) com contraste e endoscopia digestiva alta^{2,3}. O tratamento com melhor prognóstico consiste de abordagem cirúrgica em dois tempos. Relato de Caso: paciente feminina, 69 anos, natural do Rio de Janeiro, hipertensa e portadora de colelitíase. Em atendimento de emergência, relatava quadro de dor continua em hipocôndrio direito há seis dias, com irradiação para dorso, acompanhada de vômitos. Nega febre, icterícia e demais sintomas. Apresentava abdome doloroso a palpação em epigastro e sinal de Murphy negativo. Exames laboratoriais com leucocitose sem desvio e PCR elevada. A TC de abdome mostrava imagem sugestiva de aerobilia e vesícula biliar com parede espessada, além de distensão gástrica importante. Optou-se por realizar uma laparotomia exploradora, procedendo a gastrotomia e retirada de calculo biliar em piloro medindo cerca de quatro centímetros. Não ocorreram intercorrências na cirurgia, sendo revisado o inventário cirúrgico e não visualizado sofrimento de alças intestinais ou demais alterações. Obteve alta hospitalar no sexto dia de pós-operatório, sendo orientado retorno ambulatorial para seguimento e programação de segundo tempo cirúrgico. Conclusão: A SB apesar de rara incidência apresenta prognóstico com alta mortalidade. O relato acima descrito obteve bom prognóstico com tempo cirúrgico dividido em dois tempos, colaborando com a literatura que cita maior sobrevida com emprego desta terapêutica⁴. Referências: 1) Ribeiro et al . Síndrome de Bouveret como forma de apresentação de doença de Crohn: relato de uma associação rara. J Port Gastrenterol. 2013 2) Campelo M et al. Íleo biliar: um relato de caso. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, jan.-mar. 2015. 3) Gijón-de-la-Santa L et al. Bouveret`s syndrome: evaluation with multidetector CT. Rev. esp. enferm. dig. 2014 4) Reynoso DI et al. Síndrome de bouveret en un paciente de alto riesgo. Diagnóstico y tratamiento. 2013

PALAVRAS-CHAVES: obstrução gástrica | síndrome de bouveret | fistula biliodigestiva

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 453

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O diagnóstico e tratamento do linfoma gástrico primário: ressecção ou radioterapia associada à quimioterapia?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA), SÉRGIO MATTOS PULS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS), ANA AMÉLIA LOPES PULS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS), JOÃO PEDRO YNAYAMA (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA)

RESUMO: Responsável por 15% de todas as neoplasias gástricas, o linfoma gástrico primário (LGP) apresenta sintomas inespecíficos, tais como dor epigástrica, saciedade precoce e fadiga. Apesar de incomum, necessita ser levado em consideração na avaliação clínica de pacientes com esse quadro em vista de sua natureza maligna. Desse modo, o objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever a abordagem diagnóstica e terapêutica atual do LGP. Buscou-se artigos nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane utilizando como descritores Primary gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma, gastrointestinal lymphomas, gastric lymphoma, Diagnosis, Treatment, Management, Surgery e Surgical. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve-se 43 artigos do período de janeiro de 2012 a janeiro de 2017 e, destes, selecionaram-se 20 textos que respondiam satisfatoriamente os objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) permite a coleta da biópsia submetida ao exame anátomo-patológico, o qual tem classificação controversa, podendo-se adotar os seguintes sistemas de estadiamento: Real, Working, Lukes-Collins, Klel e Rappaport. A ultrassonografia endoscópica pode avaliar a extensão do linfoma, enquanto que a tomografia computadorizada e biópsias de medula óssea e linfonodos aumentados são essenciais para avaliar a disseminação da doença. O tratamento cirúrgico é controverso. A quimioterapia associada à radioterapia tem sido preferida pela maioria dos centros em detrimento da ressecção do linfoma, uma vez que estudos prospectivos não randomizados demonstraram taxa de sobrevida livre de cinco anos similar em pacientes operados e em submetidos ao tratamento quimio e radioterápico. Além disso, o estadiamento tardio não é passível de cura cirúrgica, devendo ser encaminhado à quimioterapia. Já foi comprovada a eficácia do tratamento de linfomas de MALT (de baixa extensão sem comprometimento nodal) apenas com a erradicação de *H. pylori*, embora o acompanhamento deva ser cuidadoso. A literatura mostra que a biópsia por EDA é o método diagnóstico de escolha para o LGP e que a quimioterapia associada a radioterapia tem prognóstico de vida similar à ressecção.

PALAVRAS-CHAVES: Linfoma Gástrico | Diagnóstico | Tratamento

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 454

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E EXPRESSÃO DE HER2 EM PACIENTES COM CÂNCER GÁSTRICO ATENDIDOS EM MANAUS-AM

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TICIANE DA COSTA MARTINS (UFAM), FLAVIO LUIS SCHNEIDER JUNIOR (UFAM), VICTOR CHAVES CALDAS (UFAM), LUCIANA BOTINELLY MENDONÇA FUJIMOTO (UFAM)

RESUMO: Introdução: O câncer gástrico é considerado a segunda causa de morbimortalidade por câncer no mundo e a quarta causa mais comum de tumores malignos diagnosticados anualmente. Na região Norte do Brasil, o câncer de estômago possui incidência superior quando comparada às outras regiões do país. Vários estudos sobre a proteína HER2 visam melhorar a sobrevida dos pacientes com câncer gástrico, principalmente nas formas avançadas, pois esta proteína atua como proto-oncogene e sua superexpressão está relacionada à transformação maligna. Afirma-se assim a importância da realização de estudos sobre a expressão do HER2, devido aos índices de incidência regionais superarem os índices nacionais de câncer gástrico anualmente. Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico e expressão de HER2 em pacientes com adenocarcinoma gástrico na cidade de Manaus Método: Os pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, tiveram sua peça operatória ou peça endoscópica processada para avaliação histológica, e seleção tecidual para pesquisa de HER2. A pesquisa de HER2 foi realizada por imunistoquímica (IHQ) e por hibridização in situ. Resultados: De abril a setembro de 2016, foram incluídos neste trabalho, 27 pacientes, sendo 20 do sexo masculino e 7 do sexo feminino; a média de idade é de 59,81 anos. Perda ponderal, plenitude pós-prandial e dispepsia foram os sintomas mais frequentemente referidos. Ao exame endoscópico, 66% dos tumores são localizados no antro e 29%, no corpo/fundo, e 48,15% apresentavam lesão Borrmann 3 e 25,92%, lesão Borrmann 4. Dos 27 pacientes, oito já apresentavam lesões metastáticas ao exame tomográfico, e apenas 11 evidenciaram lesões restritas ao estômago. A expressão do HER2 foi analisada por IHQ em 13 pacientes, obtendo resultado negativo em 92,31%. O único resultado inconclusivo foi submetido a análise por SISH, resultando também em inconclusivo. Conclusão: Os dados demonstram que nos 27 pacientes, o câncer gástrico foi mais frequente em homens, com média superior a 65 anos, apresentando sintomas dispépticos. As peças operatórias apresentaram lesões extensas, predominantemente antrais, com apresentação tipo Borrmann 3, tipo histológico difuso de Lauren. Nenhum dos casos testados para a expressão de HER-2 foi positivo até o momento. Referências: TARAZONA, N. et al. Personalised Treatment in Gastric Cancer. Curr Onc Rep, v. 18, n. 7, p. 1-10, 2016. YU, D. et al. Oncogenic HER2 fusions in gastric cancer. Jour Trans Med, v. 13, n. 1, p. 116, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: CÂNCER GÁSTRICO|HER2|PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 495

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Obstrução intestinal devida ao Fitobezoar (caroço de manga)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI (CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), MARILIA COLTURATO CLETO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS)

RESUMO: Obstrução intestinal devida ao Fitobezoar (caroço de manga)Uma das mais comuns emergências cirúrgicas é a obstrução intestinal. Incomumente são causadas, principalmente, por fitobezoar como laranjas, cocos e tomates cerejas. A gravidade da obstrução consiste na formação de aderências, tumores, distúrbios inflamatórios, volvos e hérnias. Nesses casos também deve ser avaliado a presença de doenças que afetam o trato gastrointestinal como a síndrome de Guillain - Barre, distrofia miotônica bem como a presença de doenças psiquiátricas devido a possível ingestão, também, de pêlos e medicamentos. Relatamos um caso de paciente do sexo masculino, institucionalizado, com queixa de distensão abdominal e vômitos há 5 dias pós ingestão de caroço de mangaAo exame abdome distendido , ruídos diminuídos ,doloroso difusamente descompressão brusca presenteNa tomografia grande distensão de delgado com imagem intraluminal em delgado causando obstruçãoIndicado laparotomia com a presença de área isquêmica a 50 cm do íleo terminal com presença de caroço de manga causando obstrução feito enterectomiaO diagnostico é feito usualmente com a historia de ingestão acidental ou não desses fitobezoares juntamente com quadro obstrutivo ainda os exames de imagem podem determinar a localização de obstrução .Vários tratamentos cirúrgicos, endoscópicos e farmacológicos têm sido propostos com resultados diferentes e devem ser escolhidos de acordo com cada caso sendo a intervenção cirúrgica a mais frequente escolha, desse modo a laparotomia é o padrão ouro. Mas uma alternativa que deve ser considerada é a laparoscopia sendo vantajosa para alguns casos.O diagnostico precoce juntamente com a cirurgia além de resolver a obstrução evita isquemia e perfuração de alça

PALAVRAS-CHAVES: fitobezoar |obstrucao |laparotomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 501

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DOENÇA DIVERTICULAR INTESTINAL: DIVERTICULITE DE DELGADO COMPLICADA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISADORA OLENSKI GILLI (FACULDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS), IVANA LUNEZO GUIMARÃES DE OLIVEIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS), SILVIO BATISTA GARCIA SIMÕES (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS), MÁRIO CÉLIO DE MORAES (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS), MARCUS VINICIUS RONCADA PERES (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: A Doença diverticular intestinal é bastante frequente, acometendo cerca de dois terços da população. Entretanto, os divertículos de intestino delgado são pseudodivertículos formados apenas por mucosa. São raros e, geralmente, assintomáticos, sendo encontrados como achados incidentais. Como apresentam manifestações clínicas inespecíficas, seu diagnóstico frequentemente é postergado, ocorrendo após a instalação de complicações, o que acarreta em maior morbimortalidade merecendo, por esse motivo, grande atenção por sua importância clínica. Estas complicações incluem dor abdominal crônica, diverticulite ou perfuração, hemorragia e pseudo-obstrução. Na maioria dos casos, o tratamento conservador pode ser realizado com sucesso. No entanto, na presença de complicações, o tratamento é cirúrgico, sendo então indicada a ressecção da porção intestinal acometida. Método: Relato de caso baseado em revisão de prontuário do paciente e inventário clínico-cirúrgico e de imagem. Objetivo: Relatar caso de uma paciente com doença diverticular difusa complicada e sua urgência quanto ao diagnóstico precoce, visto que este normalmente é postergado pela presença de manifestações clínicas inespecíficas. Relato de caso: Paciente de 78 anos, sexo feminino, internada no Serviço de Cirurgia do Hospital e Maternidade Celso Pierro em Abril de 2016 para elucidação diagnóstica de quadro suboclusivo intestinal associado à emagrecimento em 2 meses. Foi submetida à laparotomia exploradora com lise de brida e desvolvulação de alças de delgado além do achado de doença diverticular difusa do trato gastrointestinal associada à diverticulite complicada de delgado, tratada com diverticulectomia. Houve melhora do quadro após o procedimento, condizendo com o fato de que, em casos complicados como abdome agudo perfurativo ou obstrutivo a terapêutica cirúrgica está indicada; bem como pretende-se demonstrar que a diverticulite do intestino delgado, apesar de incomum, deve ser incluída no diagnóstico diferencial das causas de abdome agudo. Conclusão: A diverticulose jejuno-ileal é uma entidade patológica rara, cujo diagnóstico geralmente é tardio e constitui um desafio especialmente por apresentar-se inicialmente com manifestações clínicas inespecíficas e pobres e estar associada à mortalidade elevada, na presença de complicações. Assim, o critério mais importante para este diagnóstico é a sua urgência de tal forma que, o pronto tratamento assume melhores índices.

PALAVRAS-CHAVES: Doença diverticular intestinal | Diverticulose jejuno-ileal | Doença diverticular difusa complicada

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 507

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adenocarcinoma de intestino delgado: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO SERGIO FALCHI JUNIOR (UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA), ALINE TROVÃO QUEIROZ (UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA), FERNANDA FIGUEIRA FEIJÓ (UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA), RAFAEL NETO PEREIRA (UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA), JOÃO PAULO ANTUNES DE SOUZA (UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA), GABRIEL OLIVEIRA LEITE DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA), ANDRÉ LUÍS YAMAMOTO NOSE (UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA), MARCIO ALEXANDRE TERRA PASSOS (UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA)

RESUMO: Introdução: Apesar de representar cerca de 75% de todo tubo digestivo, são raras as neoplasias malignas que se instalam no intestino delgado, totalizando 2% de todos os tumores do trato gastrointestinal, e apenas 0,1 a 0,3% de todas as neoplasias malignas. Hoje, mais de 40 tipos histopatológicos diferentes de neoplasias de intestino delgado são conhecidas, contudo, adenocarcinomas, tumores estromais gastrointestinais, carcinomas e linfomas representam 95% de todos os casos. O diagnóstico, geralmente é tardio, consequência da baixa suspeição clínica e à sintomatologia inespecífica. O tratamento inclui ressecção cirúrgica, apresentando uma taxa de sobrevida em cinco anos de 20% a 30%.Relato de caso: C.G.M, feminina, 73 anos, admitida no Hospital Universitário Sul Fluminense com queixa de dor abdominal difusa, tipo cólica, associada a parada de eliminação de flatos e fezes e um episódio de vômito. Relata perda ponderal importante nos últimos meses. Abdome distendido, timpânico, doloroso a palpação superficial e profunda, com peristalse diminuída e sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal evidenciou ausência de fezes em ampola. Apresentava leucocitose com desvio à esquerda no exame laboratorial. Foi submetida a laparotomia exploradora que evidenciou ileíte com áreas de fibrose com suboclusão e áreas de hipofluxo na alça intestinal, além de múltiplos linfonodos no mesentério. Realizado enterectomia com anastomose. Biopsia da peça cirúrgica evidenciou tumor carcinóide com infiltração transmural e metástase para um linfonodo mesentérico. Paciente evoluiu para óbito após 3 meses em decorrência de uma sepse de origem pulmonar adquirida na UTI.Conclusão: A baixa prevalência do adenocarcinoma de intestino delgado, associada à sintomatologia escassa e inespecífica, contribui para o atraso diagnóstico e por muitas vezes impossibilita uma abordagem cirúrgica curativa. Nesse contexto, o diagnóstico precoce e os avanços no tratamento podem, portanto, melhorar a sobrevida nesse tipo de câncer.

PALAVRAS-CHAVES: adenocarcinoma | intestino delgado | Neoplasias malignas

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 526

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO COM DIVERTICULITE PERFURADA E APENDICITE ASSOCIADA: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SÁTYRO GIL DE SOUZA NETO (HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA / SESAP-RN), LUÍS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), IURI ESTRELA DE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), JOSE JANDI DE SOUSA JUNIOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), JULIANY MEDEIROS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), NATHANY LOUIZE DE ARAÚJO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), EPIFANIO SILVINO DO MONTE JUNIOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é a anormalidade congênita gastrointestinal mais comum, decorrente de um remanescente embrionário do ducto onfalomesentérico que conecta o intestino médio ao saco vitelino do embrião. Geralmente é assintomático durante toda a vida dos indivíduos portadores, entretanto, 2% dos pacientes com esta malformação podem apresentar complicações, entre elas: sangramento gastrointestinal, obstrução, diverticulite e neoplasias. O diagnóstico pré-operatório, portanto, pode ser desafiador pela ampla gama de sintomas e sinais inespecíficos que a doença pode apresentar. RELATO DE CASO: Apresentamos o caso de um homem de 18 anos, sem comorbidades ou cirurgias prévias, com quadro de 34 horas de dor em fossa ilíaca e hipocôndrio direitos, inicialmente sem febre ou sinais de peritonite. Durante a admissão hospitalar, o paciente evoluiu com irritação peritoneal, leucocitose e provas inflamatórias séricas elevadas. Instituída antibioticoterapia parenteral, reanimação volêmica e realizada laparotomia exploradora, que evidenciou apendicite grau I, diverticulite de Meckel perfurada e abscessos peritoneais em goteira parieto-cólica direita e cavidade pélvica. Realizadas apendicectomia, diverticulectomia com enterorrafia primária e drenagem dos abscessos. Estudo anatomopatológico concluiu processo inflamatório em apêndice cecal e em divertículo de Meckel, sem evidência de mucosa heterotópica ou neoplasia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem novas complicações ou sequelas cirúrgicas. CONCLUSÃO: O diagnóstico pré-operatório da diverticulite de Meckel pode ser difícil, sendo feito na maioria das vezes durante o intra-operatório. Apesar de sua rara incidência, faz-se importante incluir a Diverticulite de Meckel sintomática no diagnóstico diferencial do Abdome Agudo Inflamatório, para que desta forma, seja possível antecipar-se e prevenir as complicações decorrentes do atraso em seu manejo cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo de Meckel | Diverticulite perfurada | Apendicite

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 541

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA RESPOSTA PATOLÓGICA DA TERAPIA NEOADJUVANTE NO TRATAMENTO DO CÂNCER GÁSTRICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO DE AGUIAR VALLADÃO (UERJ), LEONARDO ALBERTO DA SARDOU OLIVEIRA (UERJ), CARLOS EDUARDO SAMPAIO (UERJ), MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO (UERJ), FRANKLIN VIEIRA DE ALMEIDA (UERJ)

RESUMO: Objetivo: Apesar dos avanços técnicos no tratamento cirúrgico do adenocarcinoma gástrico localmente avançado, o incremento na sobrevida destes pacientes foi pequeno. Vários estudos recentes mostraram que o emprego da quimioterapia peri-operatória tem impacto significativo na sobrevida global deste subgrupo de pacientes, o que motivou a definição de protocolo semelhante pelo Serviço de Oncologia e pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). O objetivo deste trabalho é analisar os resultados iniciais da implementação de protocolo de quimioterapia neoadjuvante nos pacientes com câncer gástrico e de junção esofagogástrica potencialmente ressecáveis. Método: Estudo prospectivo, por meio de revisão de prontuários, de quatro pacientes com adenocarcinoma gástrico e de junção esofagogástrica admitidos no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Tomografia computadorizada foi o exame utilizado para o estadiamento da doença. Foram propostos três a quatro ciclos de quimioterapia pré-operatória com Cisplatina e Capecitabina ou Cisplatina e Doxorubicina, durante 3 a 4 meses. Resultados: Três pacientes (75%) completaram o tratamento sem apresentar toxicidade. Um paciente (25%) apresentou interrupção do tratamento, devido a neutropenia febril, recebendo apenas um ciclo de quimioterapia. Após a realização da terapia neoadjuvante, decorrido um intervalo médio de cerca de três meses, todos os pacientes foram submetidos ao tratamento cirúrgico programado: gastrectomia total com linfadenectomia a D2 (três casos), esofagectomia transhiatal (um caso). Dentre as complicações cirúrgicas observadas, um paciente (25%) apresentou fístula da anastomose e, posteriormente, evoluiu a óbito. Em relação às complicações clínicas, um paciente (25%) evoluiu com pneumonia hospitalar. Ao se analisar o desfecho estudado, 3 pacientes (75%) obtiveram resposta patológica completa e 1 paciente (25%) obteve resposta patológica parcial. Por meio do seguimento ambulatorial, observou-se que não houve recidiva local ou doença sistêmica até o presente momento. Conclusão: A análise da experiência inicial da quimioterapia neoadjuvante em pacientes com adenocarcinoma gástrico e de junção esofagogástrica ressecáveis no HUPE revela um desfecho favorável quanto à resposta patológica do tumor, servindo como base para a ampliação do número de pacientes neste protocolo, permitindo a elaboração de futuros estudos comparativos de resposta e sobrevida.

PALAVRAS-CHAVES: câncer gástrico | quimioterapia neoadjuvante | gastrectomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 584

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trombose Venosa Mesentérica em usuária de Anticoncepcional combinado oral.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARTHUR BARROSO VIDAL VILARINHO (FACULDADE ATENAS), ANA CLÁUDIA LEITE VILELA (FACULDADE ATENAS), ANA BEATRIZ MORAES DE ABREU SALGADO (UNIRG), CARLOS HENRIQUE PONTE COELHO DE ASSIS (UNIRG)

RESUMO: Introdução: A trombose venosa mesentérica é uma causa rara de isquemia mesentérica, potencialmente letal, que excepcionalmente manifesta-se com um quadro de oclusão intestinal, geralmente no delgado. Cerca de três quartos dos casos identifica-se um ou mais fatores etiológicos associados. Na grande maioria, ocorre em decorrência de estados pró-trombóticos como desordens de coagulação hereditárias ou adquiridas, neoplasias, doenças inflamatórias intra-abdominais, hipertensão porta, ICC, cirrose, dentre outros. O uso de contraceptivos orais é responsável por 9% a 18% dos episódios de trombose mesentérica em pacientes jovens. O quadro clássico da trombose mesentérica é voltado para a dor abdominal insidiosa, em região de mesogástrio, associado a náuseas, vômitos e anorexia. O laboratório restringe-se a leucocitose, podendo associar-se ou não acidose. Os exames radiológicos possuem maior sensibilidade diagnóstica, sendo a USG abdominal com doppler e a TC abdominal com contraste, os mais importantes. A angiografia é um método invasivo que permite, em casos selecionados, instituir medidas terapêuticas, tais como a instilação de vasodilatadores ou de trombolíticos. O tratamento é baseado no uso de trombolíticos nas trombozes maciças e controle com heparina não fracionada ou de baixo peso molecular por pelo menos cinco dias, seguido por profilaxia com warfarin. Em casos equívocos podemos optar pela angiografia. Relato de caso: Mulher, 27 anos, dá entrada no PS com queixa de dor epigástrica que irradiada para o dorso há 01 semana e piora nos últimos 02 dias. Relata episódios de vômitos. Nega Diarréia, alergias, tabagismo e etilismo. Refere uso de ACO contínuo. Ex Físico abdominal: Abd distendido (+/4+), RH+, dor á palpação epigástrica, sem sinais de peritonite. TC com contraste: sugestivos de trombose parcial da veia porta, mesentérica superior e esplênica. A paciente foi admitida na UTI para heparinização e posteriormente foi realizado a trombólise intraarterial. Conclusão: O uso do ACO é responsável por até 18% dos episódios de trombose mesentérica em pacientes jovens, sendo o único fator de risco da paciente. O diagnóstico foi confirmado na TC com contraste. Realizado procedimento invasivo para trombolise intra-arterial. Houve regressão da sintomatologia abdominal. A paciente permaneceu em observação rigorosa e recebeu alta hospitalar após reversão do quadro.

PALAVRAS-CHAVES: Trombose mesentérica|Anticoncepcional|Isquemia mesentérica

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 588

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA ENTEROVESICAL CAUSADA POR ADENOCARCINOMA ILEAL PRIMÁRIO: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROMUALDO DA SILVA CORRÊA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), FELLIPE ALEXANDRE MACENA SALVIANO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), LUÍS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), IGOR RAFAEL GUEDES PEREIRA BRANDÃO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), JOSÉ MANOEL DANTAS JUNIOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), THIAGO BARROS PINHEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), JULIANY MEDEIROS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), EPIFANIO SILVINO DO MONTE JUNIOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** As neoplasias do intestino delgado são entidades raras com apenas 3,2% dos tumores gastrointestinais localizando-se neste segmento, possuindo uma prevalência de 0,5% entre todos os cânceres. O adenocarcinoma figura como o segundo tipo histológico mais comum entre as neoplasias do intestino delgado, ocorrendo com maior frequência no duodeno. Os sintomas da doença são inespecíficos, sendo a dor abdominal o mais comum, dificultando, portanto, o diagnóstico precoce. Dentre as complicações, as fistulas são de ocorrência ainda mais rara, ocorrendo geralmente em concomitância com doença inflamatória intestinal.**RELATO DE CASO:** Apresentamos o caso de uma mulher de 86 anos, hipertensa, diabética e ex-tabagista. Quadro de dor em abdome inferior, hematúria, disúria, fecalúria e febre eventual associada à perda ponderal. Ao exame físico pele e mucosas hipocoradas. Ressonância Magnética de abdome evidenciou espessamento parietal em segmento do íleo distal com fístula para a parede anterior da bexiga. Ausência de metástases torácicas e abdominais. Submetida à biopsia endoscópica transuretral da lesão vesical, cujo estudo anatomopatológico foi compatível com adenocarcinoma mucinoso invasivo. Realizada enterectomia com enteroanastomose primária, associada à cistectomia parcial por videolaparoscopia. Estudo anatomopatológico das peças cirúrgicas concluiu adenocarcinoma mucinoso com células em anel de sinete localizado em intestino delgado e bexiga. A Imunohistoquímica identificou achados compatíveis com adenoma mucinoso de origem em intestino delgado. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta e retornando para seguimento pós-operatório sem sinais de recidiva da doença.**CONCLUSÃO:** A relativa inacessibilidade do intestino delgado somado aos sintomas inespecíficos das neoplasias malignas deste sítio dificulta o seu diagnóstico precoce. O reconhecimento da doença, na maioria das vezes somente em estágio avançado, resulta em complicações e sequelas com terapêutica menos eficaz. A abordagem laparoscópica pode ser vantajosa e efetiva no tratamento do câncer avançado do intestino delgado com invasão de estruturas adjacentes.

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma mucinoso | Fístula Enterovesical | Videolaparoscopia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 590

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Necrose de delgado eventrado em portal de trocáter de videolaparoscopia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO RAFAEL SILVA SIMÕES ESTRELA (HOSPITAL ANA NERY), ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NERY), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NERY), DANIEL CARDOSO CAVALCANTE GUERRA (HOSPITAL ANA NERY), ISABELLA FERNANDA SILVA FERREIRA (HOSPITAL ANA NERY), MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE (HOSPITAL ANA NERY), DANILO BATISTA DE OLIVEIRA ABREU (HOSPITAL ANA NERY), ALAN FONSECA AIRES (HOSPITAL ANA NERY)

RESUMO: Introdução: Uma das complicações possíveis, mas pouco relatadas, dos procedimentos laparoscópicos é a ocorrência de herniações através dos portais dos trocâteres, comumente acontecendo nos portais de 10mm. Ainda mais raro, se não raríssimo, é o surgimento de eventrações com necrose de alças intestinais. Relato de caso: Paciente 79 anos, menarca 12 anos, coitarca 26 anos, GIII PIII (3PN) A0, menopausada aos 47 anos. Nega alergias ou doenças familiares, hipertensa em uso de medicações apropriadas. Foi submetida a anexectomia bilateral videolaparoscópica há +/- 15 dias em razão de nodulações ovarianas sólidas (teratomas benignos), evoluindo no décimo segundo PO com dor e distensão abdominal progressivas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. O exame físico observou abaulamento em incisão suprapúbica de 2 cm (aponeurose previamente suturada com nylon 2-0) através da qual foram retiradas do abdome as peças cirúrgicas. Exames de imagem, Rx simples abdominal e TC confirmaram a suspeita clínica inicial. A paciente foi levada à cirurgia sendo aumentada a incisão supra-púbica e evidenciada necrose de +/- 12 cm de alça de delgado, herniada através de pequeno orifício aponeurótico. Realizada enterectomia e anastomose em plano único, a paciente evoluiu sem intercorrência, obtendo alta no III PO. Conclusão: Fenômenos suboclusivos a longo, médio ou até mesmo a curto prazo após procedimentos videolaparoscópicos são raros porém podem ocorrer, como demonstra o caso em questão, que poderia ter tido evolução fatal, reforçando a necessidade de atenção no fechamento cuidadoso dos portais dos trocâteres e no cuidado no período pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVES: Eventração | Videolaparoscopia | Necrose de Delgado

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 621

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil epidemiológico do adenocarcinoma de estômago em um hospital de referência no noroeste do Rio Grande do Sul

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JUAREZ ANTONIO DAL VESCO (CLÍNICA DAL VESCO), GABRIEL WEISS (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO (CLÍNICA DAL VESCO), CRISTIANE DE QUADROS HACKENHAAR (FACULDADE MERIDIONAL - IMED), AMANDA VARNIER PARISOTTO (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), LUCAS DUDA SCHMITZ (CLÍNICA DAL VESCO), CAROLINA WEISS (UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA - UNOESC), JULIA PASTORELLO (CENTRO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO - HCPF)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com adenocarcinoma gástrico tratados em um hospital de referência no noroeste do Rio Grande do Sul. Método: Foram revisados os prontuários hospitalar e ambulatorial de 23 pacientes diagnosticados com adenocarcinoma gástrico no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, tratados por uma equipe de cirurgia digestiva no Hospital da Cidade de Passo Fundo - RS. As variáveis estudadas foram: Idade, sexo, escolaridade, ocupação, achados endoscópicos, diferenciação do adenocarcinoma, presença de metástases no exame de imagem e sua localização, realização de gastrectomia, tempo de internação após gastrectomia, tratamento quimioterápico realizado e complicações no pós-operatório. Resultados: A predominância na amostra era do sexo masculino (65,2%) com média de idade de 66,6 anos ($\pm 11,31$). A principal ocupação dos pacientes era a agricultura (47,8%) e mais da metade não possuíam o ensino fundamental completo. Em relação aos achados endoscópicos, a maioria era ulcerado e ulcero-infiltrativo, localizados principalmente no corpo gástrico (34,8%). A pesquisa de *Helicobacter pylori* foi negativa em 91,3% dos exames. Grande parte das lesões eram pouco diferenciadas (69,6%) e do subtipo células em anel de sinete (65,2%). Constatou-se que 47,8% dos pacientes apresentavam linfonodomegalias no exame de imagem abdominal, principalmente na região perigástrica (81,8%). A respeito do estadiamento pré-operatório, a maioria dos pacientes não apresentavam metástase na tomografia computadorizada e no lavado peritoneal. A gastrectomia mais realizada foi a total (66,7%) com um tempo médio de internação de oito ($\pm 2,69$) dias e uma média de ressecção linfonodal de 35,8 ($\pm 21,8$). A média de linfonodos comprometidos foi de 9,8 ($\pm 8,46$). 95,6% dos pacientes realizaram neoadjuvância no pré-operatório e em média foram realizados 7,73 ($\pm 3,64$) ciclos e o principal esquema quimioterápico foi o FOLFOX (91,3%). No acompanhamento pós-operatório, a maioria dos pacientes não apresentaram complicações. Conclusões: O perfil do paciente com adenocarcinoma gástrico no noroeste do Rio Grande do Sul é de um homem com mais de 60 anos, agricultor, baixa escolaridade, apresentando uma lesão pouco diferenciada e em anel de sinete. Perfil é semelhante a literatura nacional e mundial. Referências: Amorim CA, Moreira JP, Rial L, et al. Ecological study of gastric cancer in Brazil: geographic and time trend analysis. World J Gastroenterol. 2014 May 7;20(17):5036-44.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer Gástrico | Perfil Epidemiológico | Gastrectomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 633

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Laparoscopia e Lavado Peritoneal no Pré-Operatório do Adenocarcinoma de Estômago: Podemos modificar a conduta?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO (CLÍNICA DAL VESCO), GABRIEL WEISS (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), CRISTIANE DE QUADROS HACKENHAAR (FACULDADE MERIDIONAL - IMED), AMANDA VARNIER PARISOTTO (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), LUCAS DUDA SCHMITZ (CLÍNICA DAL VESCO), JUAREZ ANTONIO DAL VESCO (CLÍNICA DAL VESCO), CAROLINA WEISS (UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA - UNOESC), JULIA PASTORELLO (CENTRO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO - HCPF)

RESUMO: Objetivo: Avaliar se a laparoscopia com lavado peritoneal (LPD) é superior em relação à tomografia computadorizada (TC) para o estadiamento do adenocarcinoma gástrico e se a mesma pode modificar conduta cirúrgica do paciente. Método: Foram revisados retrospectivamente os prontuários hospitalar e ambulatorial de 23 pacientes com adenocarcinoma gástrico tratados por uma equipe de cirurgia digestiva do Hospital da Cidade de Passo Fundo ? RS de janeiro de 2014 a dezembro de 2016. As variáveis estudadas foram demográficas, clínicas, endoscópicas, cirúrgicas e dos exames anatomopatológico. Resultados: A maioria dos pacientes eram homens (65,2%) com média de idade de 66,6 anos ($\pm 11,31$) e o principal sintoma foi a epigastralgia (69,6%). Conforme a classificação de Borrmann, a maioria das lesões era tipo II e III, localizados principalmente no corpo gástrico (34,8%) e com pesquisa de *Helicobacter pylori* negativa em 91,3% dos exames. Em relação à diferenciação histológica, houve predomínio do pouco diferenciado (69,6%) e do subtipo células em anel de sinete (65,2%). Constatou-se que 47,8% dos pacientes apresentavam linfonomegalias na TC, principalmente perigástricos e em 91,3% deles, o exame de imagem não identificou metástase. Nos pacientes com TC negativa para doença à distância, 23,8% apresentaram o LPD positivo para células neoplásicas. Quando analisamos o LPD, o subtipo do adenocarcinoma e a diferenciação histológica estão relacionados com a sua positividade (p Conclusões: A diferenciação e o subtipo histológico estão relacionados a presença de células neoplásicas no LPD. A laparoscopia e o LPD alteraram a decisão cirúrgica em 23,8% dos pacientes, proporcionando um estadiamento pré-operatório mais fidedigno no adenocarcinoma gástrico. Bibliografia: Hosogi H, Shinohara H, Tsunoda S, et al. Staging laparoscopy for advanced gastric cancer: significance of preoperative clinicopathological factors. *Langenbecks Arch Surg.* 2016 Nov 29. Ilhan E, Alemdar A, Ureyen O, et al. The Importance of Extensive Intraoperative Peritoneal Lavage as a Promising Method in Patients with Gastric Cancer Showing Positive Peritoneal Cytology Without Overt Peritoneal Metastasis and Other Therapeutic Approaches. *J Invest Surg.* 2016 Nov 2:1-7.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer Gástrico | Lavado Peritoneal Diagnóstico | Tomografia Computadorizada

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 647

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Acometimentos incomuns de GIST: Extra gastrointestinal com recidiva em delgado e reto.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CELENE BENEDITI BRAGION (HUSF), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HUSF), IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HUSF), CIRO CARNEIRO MEDEIROS (HUSF), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HUSF), DANIELA TIEMI SATO (HUSF), MURILO ROCHA RODRIGUES (HUSF)

RESUMO: O GIST é um tumor relativamente raro do trato gastrointestinal, cujo maior acometimento se dá no estômago e intestino delgado. Dos tumores retais, este tumor representa apenas 0,6% de todos os casos. Seu acometimento extra gastrointestinal se torna uma entidade rara uma vez que corresponde a apenas 5-7% dos casos de GIST. Apresentamos um caso de manifestação primária extra gastrointestinal com recidiva em dois focos concomitantes: intestino delgado e reto. LGM, 61 anos, vem encaminhado de outro serviço, onde deu entrada devido à dor em FID e constipação há 10 dias. No serviço de origem, foi submetido a clister de alívio, e a exame de imagem. TC de abdome evidenciou massas intra-abdominais bem delimitadas, com aspecto heterogêneo, predominantemente hipodensas, medindo 8,6cm (FID) e 12,5cm em pelve, com conteúdo de tecido adiposo de permeio. Além de imagens nodulares adjacentes, de até 3,8cm compatíveis com linfonodos. AP: Cirurgia há oito anos devido a neoplasia, cuja biópsia revelou ser de células fusiformes intraperitoneal com imunohistoquímica positiva para GIST. Ao exame: REG, abdome com defesa voluntária, impossibilitando adequada palpação. TR: massa pélvica extensa, extrínseca e fixa. Paciente foi submetido a exames de estadiamento e pré-operatórios. Colonoscopia apresentou progressão incompleta, com estreitamento em topografia de cólon descendente, sem lesões intraluminais, sugestivo de compressão extrínseca. PET revelou acentuado hipermetabolismo, com nódulos abdominais e nódulos subpleurais em lobo médio D, compatíveis com acometimento secundário. Realizada BX laparoscópica com confirmação diagnóstica de GIST, sendo então encaminhado para tratamento quimioterápico com imatinib. Após 3 meses paciente interna em nosso serviço devido a abdome agudo obstrutivo, sendo então submetido à laparotomia exploradora, sendo optado, no intra operatório, por realização de citorredução. O paciente recebeu alta no 10º PO e foi encaminhado novamente para tratamento com Imtinib. Importante ressaltar neste a rara apresentação da patologia, com manifestação primária em local pouco usual e metástase em dois pontos concomitantes, sendo um deles, com baixíssima incidência de GIST.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia gastrointestitinal | procedimento cirúrgico sistema digestivo | recidiva

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 648

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Acometimentos incomuns de GIST: Extra gastrointestinal com recidiva em delgado e reto.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CELENE BENEDITI BRAGION (HUSF), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HUSF), IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HUSF), CIRO CARNEIRO MEDEIROS (HUSF), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HUSF), DANIELA TIEMI SATO (HUSF), MURILO ROCHA RODRIGUES (HUSF), JULIANO NORONHA (HUSF)

RESUMO: O GIST é um tumor relativamente raro do trato gastrointestinal, cujo maior acometimento se dá no estômago e intestino delgado. Dos tumores retais, este tumor representa apenas 0,6% de todos os casos. Seu acometimento extra gastrointestinal se torna uma entidade rara uma vez que corresponde a apenas 5-7% dos casos de GIST. Apresentamos um caso de manifestação primária extra gastrointestinal com recidiva em dois focos concomitantes: intestino delgado e reto. LGM, 61 anos, vem encaminhado de outro serviço, onde deu entrada devido à dor em FID e constipação há 10 dias. No serviço de origem, foi submetido a clister de alívio, e a exame de imagem. TC de abdome evidenciou massas intra-abdominais bem delimitadas, com aspecto heterogêneo, predominantemente hipodensas, medindo 8,6cm (FID) e 12,5cm em pelve, com conteúdo de tecido adiposo de permeio. Além de imagens nodulares adjacentes, de até 3,8cm compatíveis com linfonodos. AP: Cirurgia há oito anos devido a neoplasia, cuja biópsia revelou ser de células fusiformes intraperitoneal com imunohistoquímica positiva para GIST. Ao exame: REG, abdome com defesa voluntária, impossibilitando adequada palpação. TR: massa pélvica extensa, extrínseca e fixa. Paciente foi submetido a exames de estadiamento e pré-operatórios. Colonoscopia apresentou progressão incompleta, com estreitamento em topografia de cólon descendente, sem lesões intraluminais, sugestivo de compressão extrínseca. PET revelou acentuado hipermetabolismo, com nódulos abdominais e nódulos subpleurais em lobo médio D, compatíveis com acometimento secundário. Realizada BX laparoscópica com confirmação diagnóstica de GIST, sendo então encaminhado para tratamento quimioterápico com imatinib. Após 3 meses paciente interna em nosso serviço devido a abdome agudo obstrutivo, sendo então submetido à laparotomia exploradora, sendo optado, no intra operatório, por realização de citorredução. O paciente recebeu alta no 10º PO e foi encaminhado novamente para tratamento com Imtinib. Importante ressaltar neste a rara apresentação da patologia, com manifestação primária em local pouco usual e metástase em dois pontos concomitantes, sendo um deles, com baixíssima incidência de GIST.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia gastrointestital | procedimento cirúrgico sistema digestivo | recidiva

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 655

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTÍCULO DE FUNDO GÁSTRICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINICIUS MAGALHÃES RODRIGUES SILVA (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO), HELOISA GOMES (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO), MARIANA SILVA ASSUNÇÃO (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO), AMANDA FERREIRA LEÃO (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO), BIANCA CARBONARI (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Divertículos gástricos (DG) são formações saciformes decorrentes de herniações na parede do órgão. Representam de 0,01% a 0,11% das endoscopias digestivas altas (EDA), cerca de 0,0043% das admissões hospitalares e, 0,043% dos estudos radiológicos contrastados encontram esse tipo de formação. Segundo os relatos é mais comum na meia-idade e em mulheres. Os classificados como verdadeiros apresentam todos os componentes da parede gástrica. Os falsos não possuem a camada muscular. Podem ainda ser subdivididos em de pulsão e de tração. Os chamados de pulsão apresentam-se quando há hiperpressão intragástrica por traumatismo ou presença de corpos estranhos, por exemplo. Os de tração são mais frequentes e resultam de repuxamento da parede, secundário à sequela de processos inflamatórios de órgãos vizinhos. Normalmente são assintomáticos ou com pouca referência à sintomas dispépticos. São mais comuns na parede posterior do órgão. A região esofagocardiotuberositária, 2 cm abaixo da junção esofagogástrica e 3 cm da pequena curvatura, área esta de menor resistência, é o onde se encontram 75% dos divertículos gástricos. Ao contrário de outros divertículos do aparelho digestivo, principalmente os colônicos, há singularidade literária a respeito. **OBJETIVO:** Relatar um caso de DG. **MÉTODO:** Revisão de prontuário médico e literatura dos últimos 5 anos. **RESULTADOS:** Z.A.R.O., 44 anos, sexo feminino, foi encaminhada ao ambulatório de gastroenterologia, no Hospital Electro Bonini da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), com queixa de sintomas dispépticos frustos há dois anos. Havia piora nos últimos nove meses, com persistência da plenitude pós-prandial e ocorrência de vômitos. O uso episódico e espontâneo de inibidores de bomba de prótons (IBP) não obteve o sucesso esperado. Sendo assim, a paciente procurou atendimento e foi submetida à endoscopia digestiva alta que revelou um divertículo no fundo gástrico com óstio largo, próximo à parede posterior. A paciente foi submetida a tratamento clínico com IBP e pró-cinéticos apresentando assim melhora. Após, foi mantida em conduta expectante por seguimento ambulatorial. **CONCLUSÃO:** O DG é um achado raro com escassos relatos. Apesar disso a sua condução é, na maioria das vezes, simples e expectante.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo|Gástrico|Endoscopia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 657

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adenocarcinoma de duodeno: uma neoplasia rara e de prognóstico sombrio.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO CARLOS GEBER JÚNIOR (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), ROBERTO HEBER LOPES DE CARVALHO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), SUELLEN VIEIRA DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), BRUNO LELITSCEW DA BELA CRUZ FARIA (HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE), RENATO COSTA SOUSA (HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE), ANDRE LUIS DE AQUINO CARVALHO (HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE)

RESUMO: Introdução: Embora o intestino delgado corresponda a 75% de todo o trato gastrointestinal (TGI) e aproximadamente 90% da superfície da mucosa intestinal, o câncer de intestino delgado é raro e responde por menos de 5% dos cânceres do TGI, com predomínio de quatro tipos histológicos: adenocarcinomas, tumores neuroendócrinos, estromais e linfomas. Os adenocarcinomas de intestino delgado (AID) respondem por 40% de todos os cânceres de intestino delgado e sua incidência varia geograficamente com taxas elevadas na América do Norte e com baixas taxas em países asiáticos. Entidades como poliposes familiares, síndromes familiares não-poliposes e doença inflamatória intestinal estão associadas aos AID. O quadro clínico é frustrante e não há manifestações até que a lesão tenha tamanho suficiente para causar sinais e sintomas de obstrução intestinal ou sangramento digestivo. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de adenocarcinoma de duodeno em paciente adulto sem morbidades evidentes. Relato de caso: MAA, masculino, 44 anos, admitido com quadro de sintomas dispépticos com 6 meses de evolução. Havia antecedentes de etilismo (>50g/dia) e história positiva para câncer de intestino não especificado em familiar de segundo grau. Inicialmente foi tratado para doença do refluxo gastroesofágico sem melhora. O quadro evoluiu com piora e associação a obstrução intestinal alta e perda ponderal involuntária. Endoscopia digestiva alta mostrou lesão tumoral em papila duodenal maior cuja análise histopatológica demonstrou adenocarcinoma usual bem diferenciado. Tomografias de abdome e tórax com contraste evidenciaram metástases hepáticas (5 lesões) e pancreas com aumento do processo uncinado com tecido envolvendo origem da artéria mesentérica superior e metástases pulmonares (múltiplas lesões), respectivamente. Após estadiamento tumoral (estágio IV e lesão irresssecável), optou-se por cirurgia paliativa ? gastrojejunostomia ? realizada sem intercorrências. O paciente está em seguimento ambulatorial oncológico e aguarda resultado de marcadores tumorais e imunohistoquímica para início de terapia adjuvante. Conclusão: Adenocarcinomas de duodeno são neoplasias extremamente raras e de prognóstico pobre devido ao atraso diagnóstico ainda em estágios iniciais. A conduta cirúrgica pode ser curativa em estágios iniciais (pancreatoduodenectomia) ? e está formalmente contraindicada quando há metástase à distância ? ou paliativa (com vistas à desobstrução intestinal) em tumores irresssecáveis.

PALAVRAS-CHAVES: adenocarcinoma duodenal | neoplasia de duodeno | câncer

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 685

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Revisão literária dos fatores predisponentes no reganho de peso em pessoas submetidas ao Bypass Gástrico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANDERSON FERREIRA CARNEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANDRÉ LUIZ NÓBREGA MAIA AIRES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), NEWTON BEZERRA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar sistematicamente na literatura a produção bibliográfica relacionada aos fatores determinantes do reganho ponderal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. MÉTODOS: Foi realizada uma extensa pesquisa literária de artigos dos últimos 5 anos nas bases de dados PubMed e Scielo. Os descritores utilizados na pesquisa foram: ?weight regain?, ?predisposing factors?, ?risk factors?, ?bariatric surgery? e ?gastric bypass?, encontrando 26 artigos no total. Entre os critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos artigos Ensaios Clínicos de 2012 a 2016 que abordavam alguns dos fatores predisponentes ao reganho de peso após o Bypass Gástrico em Y de Roux. Selecionamos 11 artigos, os quais tiveram seus dados tabelados no Microsoft Excel e analisados por 2 autores. RESULTADOS: Dos artigos analisados, 11,5% citaram como fator de risco para o reganho ponderal a falta de acompanhamento nutricional após a cirurgia; 14% o sedentarismo; e 6% a obesidade de longa data. O fator predisponente mais comum foi a má qualidade dietética em 22,5% dos estudos. 8,5% dos artigos mencionaram o tempo após cirurgia maior que 5 anos; e 17% os distúrbios psicológicos, como compulsão alimentar. Consumo elevado de álcool e erros cirúrgicos ou defeitos anatômicos do paciente estavam presentes, cada, em 6% dos estudos. Outros fatores, como desequilíbrio hormonal e predisposição genética compuseram 8,5% dos dados. Essa variedade de fatores precipitantes indica a multicausalidade do reganho de peso, o qual foi observado em 28,1% de pacientes submetidos ao Bypass Gástrico, como constatado por Bastos et al. CONCLUSÃO: Embora a cirurgia bariátrica, à priori, promova redução do excesso de peso corporal, um número significativo de pacientes ainda apresenta reganho ponderal após o procedimento. As causas subjacentes a esse fenômeno são multifatoriais e, apesar do conhecimento sobre elas ser limitado, é possível utilizá-las para promover um acompanhamento pós-cirúrgico mais adequado a cada paciente, evitando comportamentos de risco e o consequente reganho ponderal. Para isso, estudos futuros são necessários para um conhecimento mais aprofundado e esclarecedor desse tema. BIBLIOGRAFIA: BASTOS, Emanuelle Cristina Lins et al. Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo, v. 26, supl.1, p. 26-32, 2013. Available from > access on 08 Feb. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: Reganho de peso|Cirurgia bariátrica|Fatores de risco

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 711

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Neoplasias de intestino delgado como causa de abdômen agudo obstrutivo.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA CAVALLI (HU UFSC), LEANDRO BELLINA DE BITTENCOURT (HU UFSC), MATHEUS JANONES ARANTES (UFSC), RODRIGO VASCONI SAEZ BROWN (UFSC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As neoplasias de intestino delgado são consideradas tumores raros, manifestam-se em aproximadamente 5% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal, são doenças de difícil diagnóstico devido à baixas taxas de incidência e aos sintomas inespecíficos. Por isso geralmente são diagnosticados em estágio avançado. Tratamento principal consiste em ressecção cirúrgica do tumor. RELATO DE CASO: Paciente M.S.P 56 anos, feminino, interna pela emergência por astenia e dor abdominal difusa. Ao exame físico era perceptível massa abdominal em flanco esquerdo. Realizou Tomografia Computadorizada a qual mostrou uma massa heterogênea localizada no interior da porção proximal do jejuno, com componente intraluminal e provável componente extraluminal compatível com processo neoplásico. Durante intra-operatório foi constatada lesão a 20cm do ângulo de Treitz. Realizada enterectomia segmentar com enteroanastomose primária. Laudo histopatológico revelou um leiomiossarcoma. CASO 2 - Paciente M.G.C. 46Anos, masculino, admitido na emergência por dor abdominal em fossa ilíaca direita, associada a 2 episódios de vômitos. Ao exame físico era possível palpar massa abdominal em FID. Durante intra-operatório foi identificada lesão em íleo a 40cm da válvula ileocecal. Tumor não aderido a estruturas adjacentes porém visualizada importante linfonodomegalia no mesentério adjacente. Realizada enterectomia segmentar com enteroanastomose primária. Pós operatório favorável com remissão dos sintomas iniciais em ambos os casos. Laudo histopatológico classificou o tumor como Linfoma não-Hodgkin B agressivo. DISCUSSÃO: Apesar de produzirem sintomatologia inespecífica, nos dois casos encontramos semelhanças durante anamnese como a dor abdominal difusa, vômito, massa abdominal palpável além da constatação de anemia em exame laboratorial. A análise da histopatologia e de marcadores tumorais possui papel fundamental no diagnóstico diferencial dos tumores de intestino delgado. A ressecção cirúrgica, consiste no tratamento padrão-ouro e quando feita precocemente consiste na cura. ?

PALAVRAS-CHAVES: tumores de intestino delgado | leiomiossarcoma | linfoma primário de delgado

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 724

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SUPORTE NUTRICIONAL EM PACIENTE COM FÍSTULA DUODENOCÓLICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VÍCTOR SOUSA SILVA (ITPAC/FAHESA), ANA MARIA GARCIA (ITPAC/FAHESA), OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR (ITPAC/FAHESA), JULIANE LOPES DO NASCIMENTO (ITPAC/FAHESA), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC/FAHESA), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC/FAHESA), PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), RONE ANTONIO ALVES ABREU (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA)

RESUMO: Introdução: Fístulas gastrointestinais são comunicações através das quais ocorre drenagem de conteúdo digestivo, entre vísceras ocas ou entre esta e a pele. A maior parte das fístulas ocorrem após procedimentos cirúrgicos. A morbimortalidade decorrente dessa afecção se associam à desnutrição, perda de líquidos, desequilíbrio eletrolítico e sepse. O pilar do tratamento é o suporte nutricional, envolvendo também manejo hidroeletrolítico, infeccioso, medicamentoso e cirúrgico. Relato de Caso: Masculino, 35 anos, queixando dor abdominal, diarreia crônica e emagrecimento de longa data. Relatava internação anterior por perfuração por arma de fogo em região abdominal há três anos, com realização de cirurgia: Exploração vascular com ligadura de veia mesentérica inferior e laparotomia exploradora para reparo de lesão vascular traumática abdominal, colorragia e enterorragias múltiplas. Negava comorbidades. Paciente recebeu dieta sob sonda nasoentérica. À radiografia de abdome havia Moderada distensão gasosa de alças intestinais com níveis hidroaéreos em diferentes alturas, sugerindo processo semioclusivo intestinal. A endoscopia demonstrou intestino delgado operado com presença de fístula. Os exames laboratoriais evidenciaram anemia normocítica e normocrômica, hipoproteinemia com relação albumina/globulina normal e hipocalemia. O coagulograma, ureia, creatinina, sódio e enzimas hepáticas eram normais. Paciente foi conduzido de maneira conservadora, com suporte nutricional via sonda nasoentérica oligomérica de absorção alta, correção eletrolítica e protéica e medicamentos sintomáticos, objetivando corrigir deficiências nutricionais, aguardar possível fechamento da fístula, e se esta não ocorrer, reunir condições ao paciente para que possa ser submetido à cirurgia. Conclusão: O tratamento da fístula digestiva tem como tripé: Suporte nutricional e hidroeletrolítico e a cirurgia corretiva. O objetivo da terapia nutricional na fístula digestiva é: Minimizar o trânsito pela região da fístula, para acelerar a cicatrização e promover fechamento espontâneo, oferecer o suporte nutricional adequado para provável cirurgia corretiva da fístula posteriormente e modular a reação imunoinflamatória, diminuindo o excesso de inflamação e de imunossupressão. Todos esses objetivos visam diminuir a morbidade, acelerar o fechamento da fístula e diminuir a mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Terapia nutricional | Tratamento conservador | Fístula duodenocólica

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 728

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor Desmóide de Mesentério

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MYRA JUREMA DA ROCHA LEÃO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), FILIPE AUGUSTO PORTO F.DE OLIVEIRA (SCMM)

RESUMO: Introdução: O tumor desmoide ou fibromatose profunda é um tumor não capsulado, originário dos fibroblastos dos tecidos músculo-aponeuróticos. Possui uma baixa capacidade de gerar metástases, no entanto, alto crescimento local, causando deformidades e prejuízo de função de órgãos adjacentes. Sua incidência é de somente 2-4 casos por um milhão de habitantes e é mais comumente visto nas extremidades (42-51%). A fibromatose mesentérica é a neoplasia sólida primária mais comum de mesentério, porém é o tipo menos comum de fibromatose. Seu diagnóstico é histológico e por imunohistoquímica. TC e RNM são fundamentais para avaliar a relação entre o tumor e estruturas adjacentes e definir ressecabilidade. Apresenta excelente prognóstico e o tratamento de escolha, na maior parte dos casos, é a excisão cirúrgica completa. Relato de caso: paciente do sexo masculino de 23 anos encaminhado da emergência, após quadro de abdome agudo, com história de tumoração de mesentério gigante (>20cm), outras lesões menores, ascite, além de obstrução intestinal de jejuno (Laparotomia: Ressecção Parcial do tumor e enterectomia com anastomose primária). Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, eupneico, anictérico, normocorado e hidratado. Abdome plano, normotenso e indolor. O exame histopatológico evidenciou formação tumoral ovoide 21x19x11cm, compatível com tumor do estroma gastrointestinal. Exame imunohistoquímico identificou imunoexpressão positiva para AML e desmina, confirmando origem miofibroblástica. TC de abdome evidenciou formação expansiva de origem lipomatosa na região da pelve esquerda. TC de tórax e colonoscopia apresentaram-se sem alterações. Com hipótese diagnóstica de tumor desmoide de mesentério foi indicada laparotomia. Achados: tumor de mesentério de jejuno distal, tumor adjacente à anastomose prévia, implantes peritoneais difusos e neoplasia mesenquimal com leves atipias ? congelação. Foi então realizada a ressecção dos tumores mesentéricos e enterectomia segmentar. Conclusão: Apesar de tratar-se de uma neoplasia benigna, a identificação precoce do tumor desmoide, bem como seu tratamento é essencial, pois pode vir a causar disfunções orgânicas, bem como compressões de estruturas vitais. O melhor tratamento é o cirúrgico, sendo possível a realização de RXT,QT e terapia hormonal, para casos específicos. Deve-se investigar Polipose Adenomatosa Familiar e Síndrome de Gardner, pois são importantes fatores de risco para o desenvolvimento dessa patologia.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR DESMÓIDE | FIBROMATOSE PROFUNDA | POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 729

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: 5. NEFRECTOMIA E RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL PÓS-CIRURGIA DE HARTMANN

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR (ITPAC), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), PATRICK NUNES BRITO (ITPAC), JULIANE LOPES DO NASCIMENTO (ITPAC), OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR (ITPAC), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC), FERNANDA VIANA RODRIGUES (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A cirurgia de Hartmann consiste em um sigmoidectomia seguida por uma colostomia terminal na fossa ilíaca esquerda com fechamento geralmente no reto. A técnica foi inicialmente descrita em 1921, para tratamento de câncer de cólon esquerdo obstrutivo. O restabelecimento do trânsito intestinal após a cirurgia de Hartmann é considerado uma grande operação e é associado a significantes taxas de morbidade, principalmente devido às complicações². RELATO DE CASO: D.R.O, sexo masculino, 34 anos, proveniente de Araguaína-TO, com história de tumor de cólon há 8 meses, tendo sido submetido a cirurgia de Hartmann e 6 sessões de quimioterapia, dá entrada no hospital para reconstrução de trânsito intestinal. Nega hipertensão arterial, diabetes, etilismo e tabagismo. A ressonância magnética revelou lesão expansiva na corticalidade posterior do terço médio do rim esquerdo, de aspecto exofítico e sólido, sendo o diagnóstico principal calculose renal. É indicado laparotomia exploratória com reconstrução do trânsito e nefrectomia esquerda. No procedimento cirúrgico, paciente em decúbito dorsal sob efeito de anestesia geral, é realizada abertura por planos até a cavidade abdominal. Ocorre a visualização da cavidade, observando as aderências das alças, ausência de líquidos livres, pus ou fezes. Para a nefrectomia esquerda recorre-se a realização da ligadura da artéria e veia renal, com retirada do rim esquerdo. A cirurgia é seguida por realização de lise de aderências das alças, com concretização de anastomose manual em 2 planos, término-terminal, para reconstrução do trânsito intestinal. É realizada a drenagem da cavidade exteriorizada em flanco esquerdo, com revisão da hemostasia. Por fim, o fechamento por planos, com posterior utilização de curativo. No pós-cirúrgico, foi prescrito analgésicos, antieméticos e hidratação. Paciente evoluiu sem complicações, com ferida operatória limpa e seca, evacuação presente e trânsito intestinal preservado, recebendo alta no 9º DPO. CONCLUSÃO: O reestabelecimento do trânsito intestinal pós-cirurgia de Hartmann nem sempre é uma tarefa fácil, sendo relevante analisar a experiência do cirurgião e também o tempo da permanência da colostomia de Hartmann a fim de evitar o insucesso. Estudos apontam que, em média, deve-se aguardar seis meses para a reconstrução do trânsito intestinal, o paciente do relato submeteu-se a reconstrução em um período semelhante, com resultado satisfatório.

PALAVRAS-CHAVES: sigmoidectomia | tumor de cólon | colostomia terminal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 732

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Manejo do Câncer gástrico na Gestante

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR (ITPAC), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC), JULIANE LOPES DO NASCIMENTO (ITPAC), OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR (ITPAC), YURI GUILHEM RACHID JAUDY (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC), LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Neoplasias envolvendo o trato gástrico durante o período da gravidez em pacientes jovens, são em suma, bastante incomuns e as informações que podem ser colhidas sobre o temas se apresentam, no geral, em estudo de grandes populações sobre doenças malignas, não demonstrando porém os caso concretos, deste modo demonstrar a forma de apresentação e o manejo escolhido para o caso. RELATO DE CASO: Paciente de 26 anos, relatava que sentia há um ano dor em queimação em região epigástrica. Fora solicitada uma Endoscopia digestiva alta onde se encontrou uma lesão grástrica úlcero-infiltrativa de 10 cm naregião da pequena curvatura do piloro indo até a incisura angular, colhida a biópsia do local foi enviada ao exame anatomopatológico sendo diagnosticado como carcinoma gástrico de ?células em Anel de Sinete? úlcero-infiltrativo. Paciente na 25ª semana de gestação foi submetida a Gastrectomia sub-total, linfadenectomia e reconstrução em Y de Roux, tendo boa evolução no pós operatório e sem complicações obstétricas. Parto realizado com 37 semanas e 6 dias de gestação, feto vivo do sexo masculino sem intercorrências. CONCLUSÃO: Assim, essa apresentação complexa e incomum do câncer gástrico e a gestação enfatizam a importância do diagnóstico precoce, a fim de garantir a melhor conduta, escolha terapêutica e prognóstico que estão diretamente relacionados ao estágio neoplásico e obstétrico.

PALAVRAS-CHAVES: neoplasia ulcero infiltrativa | células em anel de sinete | doença maligna

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 741

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abdome Agudo Obstrutivo; Bolo de ascaris

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA CARREIRO CARVALHO (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR (ITPAC), JESSIKA RODRIGUES TAUHATA (TO), PATRICK NUNES BRITO (ITPAC), GABRIELA CARVALHO NOBRE (ITPAC), JESSICA DA SILVA ALVES (ITPAC), THIAGO PEREZ LEITÃO MACIEL (ITPAC)

RESUMO: Introdução: A ascariíase é a helmintíase de maior incidência e prevalência do mundo e atinge, principalmente, a faixa etária pediátrica. A complicação mais comum dessa parasitose é a obstrução intestinal, que geralmente ocorre no íleo terminal ou na válvula íleo-cecal. **RELATO DE CASO:** Criança chega ao HGE com quadro de distensão abdominal há 04 dias, evoluindo com vômitos, febre, dispnéia e saída de áscaris por orifício anal há 01 dia, foi deixada em observação, apresentando nas 12 horas seguintes queda do estado geral, palidez cutâneo-mucosa, toxemia, oligúria e vômitos com a presença de áscaris. Após avaliação clínica do cirurgião pediátrico, a paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para realização de uma laparotomia de urgência. No ato operatório foi evidenciado volvo de íleo, com necrose de cerca de 02 metros, porém sem perfuração, iniciado a cerca de 30cm da válvula íleo-cecal. Também foi vista grande quantidade de vermes impactadas no jejuno proximal (até o ângulo de Treitz) e no íleo terminal. Foi realizada ressecção ampla de íleo, com anastomose término-terminal em plano único. Após o ato operatório, a paciente foi encaminhada a UTI pediátrica, recebendo alta após 10 dias da cirurgia. Considerações finais: Ao deparar-se com um caso de infestação maciça por áscaris associado a sinais de abdome agudo, como no presente relato, deve-se levantar hipótese de obstrução intestinal por bolo de áscaris. Na sub-oclusão intestinal por áscaris os pacientes apresentam sinais e sintomas inespecíficos. Saber diferenciar essas duas patologias é de extrema importância, visto que o tratamento da obstrução é exclusivamente cirúrgico enquanto o da sub-oclusão é clínico.

PALAVRAS-CHAVES: Anastomose término-terminal | Helmintíase | Laparotomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 759

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SCHWANOMA GÁSTRICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JÉSSICA MONTENEGRO PONTES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOSANN FREDERICO RIBEIRO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GABRIELLA SANCHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Introdução: Os schwannomas, também chamado neurilemoma, são tumores benignos das bainhas nervosas periféricas, derivadas da proliferação de células de Schwann. Sua presença no trato gastrointestinal é pouco comum, representando 2-6% de todos os tumores de morfologia mesenquimal. Os tumores neurogênicos correspondem a 10% dos tumores gástricos benignos, dentre eles, o schwanoma gástrico. A finalidade deste trabalho é relatar um caso de schwanoma gástrico, observado e tratado no Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa - PB. Relato de caso: MJS, 36 anos, branca, sexo feminino, portadora de lesão nodular na submucosa da parede posterior do corpo gástrico, de crescimento progressivo, foi submetida, no Serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa ? PB, à gastrectomia parcial com uso de grampeador linear 55mm, evoluindo sem intercorrências. O perfil imuno-histoquímico da peça operatória revelou positividade difusa para Proteína S-100 e presença do Antígeno KI-67 em menos de 1% das células, quadro associado à schwanoma do estômago. Conclusão: O schwanoma gástrico é um tumor neurogênico, originado das células de Schwann, pouco frequente, que se comporta de modo invariavelmente benigno, sem as incertezas prognósticas de um tumor estromal gastrointestinal (GIST). Deve fazer parte do diagnóstico diferencial das lesões submucosas do estômago. A ressecção cirúrgica com margens de segurança é habitualmente curativa.

PALAVRAS-CHAVES: Neurilemoma | Neoplasias Gástricas | Gastrectomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 761

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TORÇÃO AXIAL DE DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARISSA RICCIO TEIXEIRA CEITA (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), ITALO MASCARENHAS C MENEZES (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), GUTEMBERG GONÇALVES LOURA (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), MURILO MARTINS VIEIRA DE FARIA (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), BRENO CARVALHO CAVALCANTE (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), FREDY LUIZ COELHO DE CASTRO (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), JOAQUIM GOMES DE ARAUJO BEDOR (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), LEONARDO CORDEIRO MENDES (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO)

RESUMO: INTRODUÇÃO divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, estimando-se prevalência de 2% da população geral, com aproximadamente 2% destes apresentando sintomas ao longo da vida. Por conter todas as camadas do intestino delgado é classificado como um divertículo verdadeiro, podendo este conter mucosa heterotópica, especialmente gástrica ou pancreática. Dentre as complicações descritas estão o sangramento gastrointestinal, notadamente nos divertículos com mucosa gástrica, devido ulceração da mesma; obstrução intestinal; diverticulite e torção axial do pedículo, sendo esta última a mais rara, havendo apenas 12 casos descritos em adultos. O tratamento consiste na exérese do divertículo, seja por simples diverticulectomia ou, em alguns casos, enterectomia do segmento de delgado acometido. RELATO DO CASO Paciente masculino, 17 anos, admitido no serviço com história de laparotomia há algumas horas da admissão para tratamento de apendicite, com achado intraoperatório de apêndice normal e alça de delgado necrótica, sendo encaminhado como possível volvo intestinal, segundo o relato do médico assistente. Portava ultrassonografia de abdome com descrição de apendicite com líquido livre na cavidade e exames laboratoriais com evidência de leucocitose. Ao exame admissional, apresentava dor abdominal intensa, predominante em fossa ilíaca direita, com dor à descompressão brusca em todo abdome. Foi submetido a nova laparotomia pela incisão prévia, sendo achado DM em delgado, com torção axial da base e necrose em toda sua extensão, além de secreção hemorrágica na cavidade abdominal. Foi procedida diverticulectomia, seguida de síntese do segmento de delgado, além de apendicectomia. O paciente foi mantido em antibioticoterapia durante 14 dias, evoluindo neste interim com infecção de ferida operatória, a qual foi superada, atingindo condições de alta hospitalar. CONCLUSÃO Apesar de ser anomalia congênita comum, o diagnóstico pré-operatório do DM é raro. Sua localização, geralmente a 90cm da válvula ileocecal, dificulta o acesso de endoscopia digestiva alta ou colonoscopia. No curso de complicações, tomografia e ultrassonografia de abdome têm pouco valor clínico, visto ser comum confusão diagnóstica com patologias mais usuais, como apendicite. Neste contexto, o diagnóstico costuma ser dado durante a laparotomia, como no caso descrito, sendo o tratamento a diverticulectomia, cursando com poucos casos de complicação pós-operatória.

PALAVRAS-CHAVES: DIVERTICULO MECKEL | ABDOME AGUDO | TORÇÃO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 764

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR CARCINOIDE GÁSTRICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JÉSSICA MONTENEGRO PONTES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOSANN FREDERICO RIBEIRO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GABRIELLA SANCHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LUCAS ARAÚJO FREIRE SANTOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Introdução: Os tumores carcinoides são neoplasias de sistema neuroendócrino difuso. A incidência desses tumores oscila em 0,7 casos por 100.000 habitantes, sendo o trato gastrointestinal e o sistema respiratório os sítios mais frequentes. A elevação urinária do ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) constitui um método útil para o diagnóstico, entretanto, a hipótese pré-operatória de tumor carcinóide é rara, sendo o diagnóstico geralmente feito por análise histológica, no período pré ou no pós-operatório. O tratamento se faz com cirurgia, complementada por métodos adjuvantes, se necessário. A finalidade deste trabalho é relatar um caso de tumor carcinóide gástrico, observado e tratado no Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa ? PB. Relato de caso: J.B.S., 43 anos, masculino, pardo, natural e procedente de Santa Rita-PB, deu entrada no serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano com queixa de disfagia e pirose há aproximadamente 2 anos. Negava perda ponderal. Endoscopia digestiva alta mostrou mucosa da transição esofagogástrica (TEG) com lesão elevada, endurecida, medindo cerca de um centímetro de extensão, de contornos regulares, localizada em parede posterior, imediatamente abaixo da linha Z. Realizou biópsia, cujo laudo histopatológico revelou tratar-se de adenocarcinoma de média diferenciação. Ultrassonografia de abdome total e radiografia de tórax sem alterações. Paciente foi submetido à gastrectomia total com linfadenectomia e reconstrução em Y de Roux, evoluindo sem complicações no pós-operatório. Laudo histopatológico evidenciou tumor carcinóide na mucosa de transição gastroduodenal. Conclusão: Apesar de apresentar crescimento lento, o tumor carcinóide é considerado neoplasia maligna com poder de metastatização, principalmente para fígado. Por isso, não se deve ter atitude indolente na assistência terapêutica, visto que isso altera consideravelmente a sobrevida.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias Gástricas | Tumor Carcinóide | Gastrectomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 800

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMORES ESTROMAIS GASTROINTESTINAIS-RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELIS OLIVEIRA (PUC- SP MEDICINA SOROCABA), BRUNNO AUGUSTO JOSÉ COSTA (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), GIOVANNA RELA MATRICARDI (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), JULIO CESAR MARTINEZ (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), JESSICA PEREIRA PAPAIS (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), ANA CAROLINA MONGELLI TRINDADE (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), MARIA EDUARDA CRUSCO PACHECO (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), VINICIUS VERTEMATTI DE CASTRO (PUC-SP MEDICINA SOROCABA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) são raros, representando menos de 3% das neoplasias gastrointestinais, porém são os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal. Normalmente, assintomáticos, com diagnósticos acidentais. O GIST se diferencia de leiomiomas, leiomioblastoma e tumores neuroendócrinos pela tirosina quinase CD117. O diagnóstico e o estadiamento são pelo estudo histológico, imunohistoquímico e tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve. O tratamento é a ressecção cirúrgica da lesão, sendo o tratamento clínico, apenas em casos avançados. Este trabalho tem como objetivo, relatar a evolução de uma paciente, que recusou a abordagem cirúrgica. RELATO Sexo feminino, 37 anos, encaminhada ao serviço com queixa de fraqueza progressiva e episódios de fezes escuras com odor fétido há 1 ano. Relata arritmia não especificada, em uso de atenolol. Trouxe Endoscopia Digestiva Alta (EDA), com tumor gástrico corpo-antral, GIST? e biópsia revelando neoplasia imatura fuso-celular. Foi solicitada a TC do Abdome e Pelve. Retornou à consulta, com exames que evidenciaram espessamento irregular de aspecto neoplásico com 8 cm de comprometimento da região antral; linfonodomegalias omentais; neoplasia com implantes nodais regionais; adenoma em adrenal esquerda. O tratamento sugerido foi ressecção do tumor. Porém, a paciente se recusou por ter "medo de cirurgia". Foi orientada a retornar com nova EDA, que mostrou lesão subepitelial em antro com grande ulceração no centro (GIST?). H. pylori negativa. Paciente seguiu negando o tratamento cirúrgico. Em nova consulta, foi orientada mais uma vez sobre a cirurgia, dessa vez concordando. Novos exames foram solicitados. A TC de abdome, mostrou nódulos hepáticos, lesão com aspecto infiltrativo acometendo a parede gástrica, associada a linfonodomegalias locorregionais, nódulo adrenal esquerdo com características de adenoma. O anatomopatológico, lesão Subepitelial ulcerada (GIST?) em antro. Constatou-se que a cirurgia não era mais a opção terapêutica, pela infiltração neoplásica, sendo realizado o encaminhamento para a oncologia. CONCLUSÃO Percebe-se que apesar da dificuldade de diagnóstico precoce do GIST, sua evolução pode ser acelerada. No caso, a paciente teve piora do prognóstico, deixando de ser uma candidata para a ressecção cirúrgica. Conclui-se que apesar de uma ampla confirmação literária da resolução cirúrgica, a opinião contrária da paciente pode ser prejudicial a sua cura.

PALAVRAS-CHAVES: GIST|EDA|NEOPLASIA INFLITRATIVA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 819

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÍLEO BILIAR: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA FIDELIS SOLLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DECIO LUIS PORTELLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DIEGO GARDENAL ALCANTARA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DORIVAL MANRIQUE DUARTE JUNIOR (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DANIEL CARBONIERI BATISTA DE OLIVEIRA. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), GISELE CRISTINA SILVA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: Descrito pela primeira vez em 1654, por Bartholin, o íleo biliar (IB) é descrito por uma obstrução intestinal mecânica devido a presença de um cálculo biliar. Ocorre devido a uma comunicação anormal da vesícula biliar e o intestino, sendo uma complicação da colelitíase, ocorrendo entre 0,3 a 0,5% dos pacientes. O IB é responsável por 1 a 4% das obstruções intestinais. A sua ocorrência é maior em pacientes idosos e do sexo feminino. Relato de Caso: Mulher branca, 52 anos, procurou atendimento no serviço de emergência por apresentar história de dor abdominal localizada em epigastro há quatro dias que piorava com a alimentação. Relatava episódios semelhantes há dois anos, quando diagnosticada com colelitíase. A dor era acompanhada de vômitos biliosos, dificuldade para se alimentar e não evacuação há 5 dias. Ao exame físico apresentava ruído hidroaéreos diminuídos, abdômen doloroso difusamente à palpação. Toque retal com fezes de consistência normal na ampola. A tomografia computadorizada (TC) permitiu a visualização da Tríade de Rigler: aerobilia, obstrução intestinal e imagem de cálculo na topografia da válvula íleo-cecal. Indicada a laparotomia exploradora. Durante a cirurgia, foi revelada uma dilatação de alça do ângulo de Treitz até aproximadamente 20cm da válvula íleocecal, local onde podia se observar massa sólida, ovalar, intraluminal, longitudinal, impactada no íleo de aproximadamente 7 cm. Realizada incisão em delgado para a retirada do cálculo, a cerca de 130 cm do Treitz. No mesmo tempo cirúrgico foi realizada a correção da fístula e a colicistectomia. A paciente evolui sem intercorrências, e está realizando acompanhamento no ambulatório do mesmo serviço. Comentários: O IB representa 2% das causas de obstrução intestinal. Trata-se de uma urgência médica na qual é observada a passagem de um cálculo através de uma fístula bíleo-entérica originada de uma colecistite aguda com necrose e perfuração da vesícula biliar para uma víscera adjacente. O tratamento consiste na resolução da obstrução e consiste na correção de distúrbios hidroeletrólíticos, antibioticoterapia e cirurgia, a qual gera controvérsias quanto a resolução do quadro em um ou dois tempos. No caso apresentado a cirurgia foi realizada em um tempo, devido a estabilidade hemodinâmica da paciente e tendo como base evidências a recorrência de íleo biliar devido a cálculos biliares residuais, o risco de colangite e o aumento da incidência de carcinoma de vesícula biliar, quando realizada em dois tempos.

PALAVRAS-CHAVES: Íleo Biliar | Colelitíase | Obstrução intestinal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 826

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: GIST DE DELGADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO ALVIM BARREIRO (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), GUILHERME ZUPO TEIXEIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), REGINA GREILBERGER RIBEIRO (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), GABRIELA MOREIRA COSTA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), CAMILA CRISTINA LACERDA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), JULIANA RIBEIRO RODA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), LARA ALMEIDA MIRANDA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUC-CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: O GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor) acomete, na mesma proporção, ambos os sexos e predomina entre a quinta e sétima década de vida, incomum nos extremos de idade. A incidência mundial é de 15 casos por milhão de habitantes a cada ano e no Brasil, estima-se que surjam 1.800 casos por ano. A apresentação clínica mais comum é a gástrica (60%). Podem ser assintomáticos, diagnosticados acidentalmente com exames de rotina ou durante a laparoscopia ou se apresentarem com inflamação/obstrução intestinal. Relato de Caso: Paciente, 74 anos, sexo feminino, hipertensa, com quadro de dor súbita em andar inferior do abdômen há 03 meses, que durou 10 dias com remissão espontânea. Nega sintomas geniturinários, alterações de hábito intestinal ou perda ponderal. Em USTV, evidenciada massa hipoecogênica com áreas císticas de 215cc em fundo de saco. Paciente foi submetida a laparotomia exploradora pela equipe de Ginecologia e Obstetrícia. No intra-operatório, em inventário da cavidade foi identificada pequena quantidade de líquido livre; útero e anexos sem alterações; tumoração única de aspecto necrótico, de limites precisos, sólido-cística de 8x7,5cm em intestino delgado, aderida a omento. Solicitada avaliação da equipe de Cirurgia Geral, optou-se por ressecção total da tumoração com enterectomia segmentar de 15 cm, distando 150cm da Válvula Íleo-cecal e 250cm de ângulo de Treitz, omentectomia e salpingooforectomia bilateral. Uma amostra foi enviada para análise anátomo-patológica cujo estudo imunoistoquímico identificou CKIT positivo difuso, CD34 positivo focal e Ki67 positivo em cerca de 5% das células neoplásicas. A neoplasia apresentou alto risco de doença progressiva segundo os critérios de Miettinen. Estadiamento parcial de T3N0Mx e proposta adjuvância com quimioterapia. Conclusão: A análise do caso confirma que o tumor pode ser identificado em laparoscopia exploradora em investigação de outra patologia, uma vez que a apresentação clínica é frustra. Os aspectos morfológico e imunoistoquímico são compatíveis com GIST Fusiforme, apresentou positivos os marcadores CKIT, CD34 e Ki67 implicados na gênese do tumor. A idade e sexo da paciente são consoantes à estatística, bem como a apresentação macroscópica como tumoração única. Realizada ressecção total, tratamento de primeira escolha, a fim de ampliar a sobrevida da paciente veio acompanhado de adjuvância por três anos com Imatinib.

PALAVRAS-CHAVES: GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR|INTESTINO DELGADO|GIST

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 847

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CIRURGIA DE KAMINISHI PARA TRATAMENTO DA NEOPLASIA MALIGNA OBSTRUTIVA E IRRESSECÁVEL DO ANTRO GÁSTRICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JÉSSICA MONTENEGRO PONTES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOSANN FREDERICO RIBEIRO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GABRIELLA SANCHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Objetivo: Avaliar os resultados da gastrojejunostomia particionada (Cirurgia de Kaminishi) para tratamento paliativo da obstrução gástrica distal em paciente com carcinoma gástrico irressecável. Métodos: Foram realizadas três (03) gastrojejunostomias pela técnica de Kaminishi, no Serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa ? PB. Todos os pacientes apresentavam neoplasia de estômago distal com obstrução pilórica e sinais de irressecabilidade. A cirurgia consistiu de partição do estômago, feita com grampeador linear 55mm, mantendo-se um túnel de aproximadamente três (03) centímetros de diâmetro na pequena curvatura gástrica, seguida de anastomose gastrojejunal na parte proximal do estômago, com sutura contínua de poliglactina 910 3-0. Resultados: Todos os pacientes evoluíram com drenagem satisfatória da gastrojejunostomia, recebendo alta com alimentação oral normal. Não houve morbimortalidade pós-operatória. Conclusão: Os autores concluem que a cirurgia de Kaminishi melhora o esvaziamento gástrico, evita o sangramento contínuo devido ao contato do conteúdo alimentar na superfície do tumor e evita a obstrução precoce do estoma pelo crescimento da neoplasia, podendo ser usada como segurança nos casos de neoplasia de estômago com obstrução e irressecabilidade para melhoria da qualidade de vida do paciente. Bibliografia: O. Abdel-lah-Fernández, F.C. Parreño-Manchado, A. García-Plaza, A. Álvarez-Delgado. Partial stomach partitioning gastrojejunostomy in the treatment of the malignant gastric outlet obstruction. *Cirurgía y Cirujanos*, Vol 83, Issue 5, Sep-Oct 2015, pp. 386-392; R. Arrangoiz, P. Papavasiliou, S. Singla, V. Siripurapu, T. Li, J.C. Watson, et al. Partial stomach-partitioning gastrojejunostomy and the success of this procedure in terms of palliation. *Am J Surg.*, 206 (2013), pp. 333-339.

PALAVRAS-CHAVES: Medicina Paliativa | Neoplasias Gástricas | Oncologia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 856

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor estromal do trato gastro intestinal como causa de sangramento de origem obscura: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TIAGO FRANCISCO MELEIRO ZUBIOLLO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), RAFAEL FAVERSANI DE ARAUJO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), THIAGO TIESSI SUZUKI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), RAFAEL UTIMURA SUETA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), GUILHERME AUGUSTO POLAQUINI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), MARTIN ZAVADINACK NETO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), FERNANDO DE SOUZA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), IVAN MURAD (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Introdução: Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal, representando 1% de todos os tumores. Os sítios mais comuns são: estômago, intestino delgado, cólon e reto. As apresentações e manifestações clínicas variam muito, entre elas: dor abdominal, fadiga, dispepsia, náuseas, anorexia, perda de peso, febre e até obstrução intestinal. O sangramento do trato gastrointestinal (agudo ou crônico) é a apresentação clínica mais comum dos GISTs. Relato de caso: Paciente feminina 74 anos de idade, procurou serviço de emergência com história de sangramento digestivo baixo, com características de hematoquezia, associada a fraqueza e palidez. Inicialmente foram solicitados exames laboratoriais e endoscopia digestiva alta, cujo diagnóstico foi de gastrite enantematosa, sem sinais de sangramento recente. Exame de Colonoscopia evidenciou sinais de sangramento recente, com coágulos em ceco e cólon ascendente, sem lesões evidentes. Exame de tomografia computadorizada de abdome com duplo contraste demonstrou lesão expansiva em pelve, de aspecto heterogêneo, medindo 9,0 x 8,0 cm. Exame de cintilografia de abdome demonstrou sinais sugestivos de sangramento em topografia de cólon ascendente. Exame de cápsula endoscópica não demonstrou origem do sangramento. Durante exploração cirúrgica, evidenciou-se massa pedunculada de aproximadamente dez centímetros no seu maior eixo, localizada na borda antimesentérica de íleo distal, a cinquenta centímetros da válvula ileocecal. A paciente apresentou evolução pós-operatória muito satisfatória, sem evidências de novos episódios de sangramento digestivo. Exame anatomopatológico demonstrou tratar-se de neoplasia fusocelular predominante, com áreas epitelioides, de baixo grau mitótico, com margens livres, com alto risco para progressão da doença, devido ao tamanho da lesão. A paciente foi encaminhada para o serviço de oncologia clínica, iniciando uso de imatinibe de forma adjuvante. Conclusão: A maioria dos casos de GISTs evoluem de forma assintomática, permanecendo silenciosos até alcançarem grandes tamanhos. Após a investigação preconizada para hemorragia digestiva alta e baixa, a hemorragia digestiva do intestino médio deve ser realizada, incluindo-se endoscopia digestiva alta e baixa, cápsula endoscópica e tomografia computadorizada de abdome e pelve. O tratamento cirúrgico é mandatório na maioria dos casos e, conforme o caso, associar neoadjuvância e adjuvância.

PALAVRAS-CHAVES: hematoquezia | dor abdominal | neoplasia intestinal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 861

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Angina mesentérica: relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GRETA DA ROCHA (ULBRA), ANTONIO CARLOS WESTON (ULBRA), NICOLE REDEKER (ULBRA), LAURA FREITAS (ULBRA), MARCELLA FRUET (ULBRA), LETICIA FERREIRA VAZ (ULBRA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A isquemia mesentérica crônica é decorrente de uma evolução de aterosclerose sistêmica, sendo as artérias viscerais as localizações mais comuns de oclusão. 80% dos pacientes podem apresentar sinais de doença arterial obstrutiva periférica, e 1/3 apresentam doença coronariana. A tríade clínica característica é: dor abdominal pós-prandial, perda de peso e aversão à alimentação, podendo ocorrer alteração de hábito intestinal.¹ Os sintomas aparecem quando pelo menos 2 das 3 das artérias viscerais da aorta estão ocluídas.² As manifestações clínicas são inespecíficas,³ e, por isso, a angina mesentérica constitui um desafio diagnóstico.¹ Além disso, pacientes sintomáticos requerem tratamento pelo risco maior de infarto do intestino.² RELATO DE CASO: M.P.F, 57 anos, sexo feminino. Constatou-se como queixa principal uma dor epigástrica pós-prandial. A paciente apresentou-se, referindo, há 3 meses, emagrecimento de 5 kg, além da dor em peso na região epigástrica. É hipertensa e fumante. Faz uso de enalapril como terapia farmacológica. No exame físico, observou-se dor à palpação profunda em região epigástrica, sem sinais de peritonismo e visceromegalias. O hemograma mostrou alteração em hemoglobina (9,0 g/dl), hematócrito (29%), creatinina (1,8 mg/dl) e glicose (109 mg/dl). Os exames de imagem solicitados foram ecografia abdominal total e endoscopia digestiva alta. A ecografia demonstrou intenso meteorismo intestinal, enquanto a endoscopia digestiva alta, gastrite leve. Secundariamente, com a paciente internada no Hospital Universitário de Canoas, foram realizadas tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou ateromatose de aorta abdominal e edema de alças de intestino delgado, além de uma colonoscopia, que resultou em úlceras de mucosa, sugerindo processo isquêmico. Foi realizada, também, uma arteriografia mesentérica, que demonstrou estenose de 90% da artéria mesentérica superior. CONCLUSÃO: A angiotomografia computadorizada tem substituído a ultrassonografia com Doppler e a angiografia convencional para o diagnóstico da isquemia mesentérica crônica. Foi demonstrado que a revascularização endovascular e a aberta obtiveram resultados semelhantes acerca de desfecho, mas houve maior morbidade no grupo submetido à cirurgia aberta.³ A redução da morbimortalidade se deve à soma de realização de diagnóstico precoce da doença, métodos de imagem adequados e escolha individualizada da opção terapêutica, porém, ainda há altas taxas de falhas no tratamento.¹

PALAVRAS-CHAVES: angina mesentérica | isquemia mesentérica | intestino delgado

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 862

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTICULITE DE MECKEL: Divertículo de Meckel perfurado por corpo estranho (osso de peixe)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE SOARES BRANQUINHO (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA DF), ANTONIO CUSTODIO DA COSTA JÚNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA DF), PAULO HENRIQUE CASSIMIRO VIEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA DF), ERIKA PATRICIA NETO DE FREITAS (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA DF), VINICIUS SILVEIRA AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA DF), HEVERTON RAMOS DOS SANTOS (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA DF), IVAN ARAUJO MOTTA (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA DF), FRANKLIN PEREIRA DOS SANTOS (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA DF)

RESUMO: IntroduçãoO divertículo de Meckel (DM), é a anomalia congênita, mais prevalente do trato gastrointestinal. Afeta 2% da população geral (3:2 homem x mulher) e pode ser encontrado em crianças menores de 2 anos. As complicações são de +/- 4%, sendo a perfuração rara, apenas 0,5% de divertículos sintomáticos. A diverticulite, presente em 20% dos pacientes com DM sintomáticos, está associada a uma síndrome clínica de apendicite aguda. A perfuração por osso de peixe, na diverticulite de Meckel é pouco relatada.Caso ClínicoIdentificação: A.T.R., homem, 41 anosQueixa Principal: dor abdominal, em fossa ilíaca direita, há 4 dias, com irradiação para bolsa escrotal, de forte intensidade.História Pessoal: doença do refluxo gastroesofágico. Nega cirurgias prévias.Exame físico: REG, desidratado 1+/4+, febril 38°C, anictérico, acianótico. Hemodinâmica estável, eupneico, abdome globoso, sem distensão, RHA+ e normais, Blumberg (+), Giordano (-);Exames laboratoriais: hemograma, leucograma e urina normais, creatinina: 1,12, glicose: 125, uréia: 35, potássio: 4,0, sódio: 143Exames de imagem: rotina de abdome agudo sem alteraçõesHipótese diagnóstica: Apendicite agudaTratamento clínico: expansão volêmica e antibioticoterapia empíricaTratamento cirúrgico: laparotomia exploradora (apêndice normal e DM, aproximadamente a 40cm da válvula ileocecal, com sinais flogísticos e perfuração por corpo estranho, osso de peixe). Realizado a enterectomia do segmento acometido com entero ? enteroanastomose término terminal. Paciente recebeu alta no 5º PO com antibiótico (VO) por 10 dias.DiscussãoO DM foi descrito em 1809, por Johann Friedrich Meckel, mostrando que a obliteração incompleta do ducto vitelino ocorre durante a quinta semana de gestação. É designado divertículo verdadeiro, porque suas paredes contêm todas as camadas encontradas no intestino normal. Geralmente encontrado no íleo até 100cm da válvula ileocecal. Corpos estranhos, foram conhecidos como causas de perfuração intestinal, visualizados em exames de imagem ou durante a cirurgia, pois o diagnóstico é clinicamente difícil. A perfuração do DM, mesmo sendo rara, se não caracterizada como diagnóstico de diferencial de dor da fossa ilíaca direita, pode levar a sérias complicações. Na literatura, o diagnóstico de perfuração por corpo estranho, foi feito apenas durante a cirurgia na suspeita de apendicite aguda. Este caso, mostra a necessidade de caracterizar o diagnóstico diferencial na suspeita de apendicite aguda.

PALAVRAS-CHAVES: divertículo de meckel | apendicite aguda | corpo estranho

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 867

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTÍCULO DE MECKEL CAUSANDO OBSTRUÇÃO INTESTINAL - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FLÁVIA MARIA MOREIRA DE OLIVEIRA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), LAÍS CHAVES DE SOUZA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), ROBERTA XAVIER CAMPOS (HOSPITAL BELO HORIZONTE), FERNANDA LARA BORGES (HOSPITAL BELO HORIZONTE), MARIELE RIBEIRO NUNES (HOSPITAL BELO HORIZONTE), LUIZ GUSTAVO PINTO DA CUNHA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), THIAGO LEÃO SOARES (HOSPITAL BELO HORIZONTE), VINÍCIUS GUIMARÃES SILVA (HOSPITAL BELO HORIZONTE)

RESUMO: PACIENTE, P.V.C, 28 ANOS, FEMININO, PREVIAMENTE HÍGIDA, COMPARECEU AO PRONTO ATENDIMENTO DEVIDO A DOR ABDOMINAL DIFUSA TIPO CÓLICA DE INÍCIO SÚBITO HÁ 1 DIA ACOMPANHADO DE DIARRÉIA AQUOSA, SEM MUCO, PUS OU SANGUE; EVOLUINDO COM VÔMITOS DE ASPECTO FECALÓIDE. NEGA FEBRE. HISTÓRICO CIRÚRGICO DE APENDICECTOMIA CONVENCIONAL HÁ 5 ANOS E CESÁREA HÁ 1 ANO.CICLO MENSTRUAL REGULAR. DUM HÁ 05 DIAS. EM USO DE DIU DE COBRE E SEM QUEIXAS GINECOLÓGICAS.EXAME FÍSICO EVIDENCIANDO ABDOME DISTENDIDO, DOLOROSO A PALPAÇÃO DIFUSA E BLUMBER POSITIVO, TIMPÂNICO E SEM MASSAS PALPÁVEIS. RHA -.EXAMES LABORATORIAIS EVIDENCIANDO APENAS LEUCOCITOSE (17000MM3) SEM DESVIOS.PCR 97TC ABDOMINAL: DISTENSÃO LÍQUIDA DIFUSA DE ALÇA DE DELGADO COM PONTO DE REDUÇÃO ABRUPTA DE CALIBRE EM FOSSA ILÍACA DIREITA. ALÇA DE DELGADO COM CONTEÚDO HETEROGÊNEO INDICANDO ESTASE; INGURGITAMENTO DOS VASOS MESENTÉRICOS COM DENSIFICAÇÃO DAS GORDURAS. HÁ TAMBÉM ALÇA ILEAL ESPESADA NA FOSSA ILÍACA DIREITA, PODENDO INDICAR SOFRIMENTO. ASPECTOS QUE SUGEREM OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BRIDA OU HÉRNIA INTERNA.PACIENTE SUBMETIDA A LAPAROTOMIA EXPLORADOR, SENDO VISUALIZADO SACULAÇÃO EM ÍLEO TERMINAL HÁ APROXIMADAMENTE 15 CM DO CECO E DISTENSÃO DE ALÇA SEM SINAIS DE SOFRIMENTO.REALIZADO ENTERECTOMIA E ANASTOMOSE TÉRMINO-TERMINAL E MATERIAL PARA ANÁLISE COM RESULTADO COMPATÍVEL COM DIVERTÍCULO DE MECKEL COM ALTERAÇÕES INFLAMATÓRIAS LEVES.PACIENTE EVOLUIU NO PÓS OPERATÓRIO SEM INTERCORRENCIAS E COM RESOLUÇÃO DO QUADRO OBSTRUTIVO.

PALAVRAS-CHAVES: DIVERTICULO DE MECKEL|OBSTRUÇÃO|INTESTINAL

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 868

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PNEUMOPERITÔNIO PÓS ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE MOULIN NAUMANN (HOSPITAL TOTALCOR), MAURICIO ANDRADE AZEVEDO (HOSPITAL TOTALCOR), GUILHERME BLATTNER T.DE OLIVEIRA (HOSPITAL TOTALCOR)

RESUMO: A ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA É FERRAMENTA IMPORTANTE NO DIAGNÓSTICO E MANEJO DE PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES SENDO RELATIVAMENTE SEGURA E POUCO INVASIVA. LESÕES DE OROFARINGE E GASTROESOFÁGICAS PODEM OCORRER E ESTÃO COMUMENTE RELACIONADAS A MANIPULAÇÃO DO PROBE DURANTE A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. RELATO O CASO DA PACIENTE MIPS, 73 ANOS, FEMININA, ADMITIDA NO PS COM PALPITAÇÕES E SUDORESE, NEGA SÍNCOPE, DOR TORÁCICA OU DISPNÉIA. DIAGNOSTICADA COM FIBRILAÇÃO ATRIAL DE ALTA RESPOSTA E CANDIDATA A ESQUEMA DE ANTICOAGULAÇÃO, FOI SUBMETIDA A ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA COM INTUITO DE INVESTIGAR A PRESENÇA DE TROMBOS NAS CAVIDADES CARDÍACAS COM RESULTADO NEGATIVO. A PACIENTE EVOLUI APÓS O EXAME COM DOR ABDOMINAL A PALPAÇÃO PROFUNDA EM ANDAR SUPERIOR DE ABDOME INSIDIOSA, AUSÊNCIA DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E ROTINA RADIOLÓGICA MOSTRANDO PNEUMOPERITÔNIO DE GRANDE DIMENSÃO. FOI SUBMETIDA A LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM INVENTÁRIO DA CAVIDADE MOSTRANDO HEMATOMA DE MODERADA DIMENSÃO EM PEQUENA CURVATURA GÁSTRICA E AUSÊNCIA DE PERFURAÇÃO ESOFAGOGÁSTRICA. REALIZADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA INTRAOPERATÓRIA, EVIDENCIANDO GRANDE LACERAÇÃO MUCOSA EM FUNDO GÁSTRICO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO E PRESENÇA DE COÁGULOS ADERIDOS AO LEITO DA LESÃO. APROXIMAÇÃO DAS BORDAS DA LESÃO COM CLIPAGEM SEM SUCESSO E POSTERIOR LAVAGEM EXAUSTIVA DA CAVIDADE GÁSTRICA COM SORO RESFRIADO E CONFECÇÃO DE PATCH DE EPÍPLON SOB A PEQUENA CURVATURA ENCERRANDO O ATO CIRÚRGICO. PACIENTE COM BOA EVOLUÇÃO PÓS OPERATÓRIA, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA POR VIA ORAL COM ALTA DA EQUIPE CIRÚRGICA NO QUINTO PÓS OPERATÓRIO. A ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA TEM GRANDE UTILIDADE NO DIAGNÓSTICO E MANEJO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, INFLUENCIANDO SIGNIFICATIVAMENTE NAS CONDUTAS A SEREM TOMADAS PARA O PACIENTE. CONSIDERADO UM PROCEDIMENTO RELATIVAMENTE SEGURO, COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO MANEJO DO PROBE PODEM OCORRER E O RECONHECIMENTO DAS COMPLICAÇÕES É FUNDAMENTAL AOS QUE REALIZAM ROTINEIRAMENTE O PROCEDIMENTO, COM INTUITO DE PREVENIR A OCORRÊNCIA DOS MESMOS E RECONHECER PRECOCEMENTE O SURGIMENTO DESTES AGRAVOS VISANDO A RESOLUÇÃO IMEDIATA DAS LESÕES.

PALAVRAS-CHAVES: ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA | PNEUMOPERITÔNIO | LESÃO GÁSTRICA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 881

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Metástase de sarcoma pleomórfico uterino para jejuno causando intussuscepção intestinal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RACHID GUIMARAES NAGEM (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CARLOS DIEGO RIBEIRO CENTELLAS (HOSPITAL DOS SERVIDORES DE MINAS GERAIS), LUCAS SILVA COUTO (HOSPITAL DOS SERVIDORES DE MINAS GERAIS)

RESUMO: IntroduçãoIntussuscepção intestinal é definida como a telescopagem de uma alça de intestino dentro de um segmento distal por ação do peristaltismo. É entidade rara em adultos, respondendo por 1-5 % dos casos de obstrução intestinal (1-3). Em crianças geralmente é primária, já nos adultos há uma condição patológica subjacente em 90% dos casos. Os sintomas mais comuns são dor e desconforto abdominal. As causas de intussuscepção no intestino delgado incluem divertículo de Mreckel, lesões inflamatórias, aderências, lipomas, pólipos, linfoma, metástases, presença de drenos abdominais e gastrojejunostomias (1-4). As neoplasias são responsáveis por 30% dos casos. O tratamento preferencial no adulto é a ressecção cirúrgica do segmento envolvido (2,3,6).O sarcoma pleomórfico uterino (SPU), por sua vez, é uma neoplasia rara e agressiva. Quando ocorre recidiva, esta ocorre mais frequentemente na forma de metástase a distância, sendo que a metástase para intestino delgado responde por menos de 1% desses casos (2-5). Relato de caso:Paciente de 59 anos, branca, natural de Guanhães-MG apresentou dor abdominal e vômitos há 7 dias. Estava em quimioterapia para tratamento de SPU com metástases.pulmonares. Rx de abdome: dilatação de alças de intestino delgado, com níveis hidroaéreos. TC de abdome: ?lesão em alvo?. Laparotomia constatou intussusepção intestinal à cerca de 40 cm do ângulo de Treitz. Identificada lesão e feito enterectomia. Paciente evoluiu bem com alta no 7ºDPO. Anátomo-patológico: neoplasia maligna pouco diferenciada, com características compatíveis com sarcoma pleomórfico (de alto grau), em intestino delgado. Conclusão: A intussuscepção intestinal é uma causa rara de obstrução intestinal em adultos, geralmente associada a uma condição patológica secundária e seu tratamento permanece eminentemente cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: Intussuscepção | Neoplasias malignas | Obstrução intestinal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 896

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Avulsão Mesentérica após trauma abdominal fechado

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY (ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (ITPAC), HUDSON FERNANDES BARILE (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC), JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES (ITPAC), ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR (ITPAC), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC), JULIANA CARREIRO CARVALHO (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O trauma abdominal é uma das ocorrências mais comuns dentro dos prontos socorros. Na vigência de um trauma abdominal fechado, devemos sempre suspeitar de uma lesão em víscera maciça, sendo as mais acometidas o baço, fígado e o pâncreas. As lesões vasculares e de vísceras ocas são mais comuns em traumas abertos. No momento do atendimento, o exame físico do paciente é de grande importância e sua reavaliação é obrigatória. RELATO DE CASO: H.R.S., masculino, 52 anos, vítima de acidente de moto, encaminhado para o Hospital Regional de Araguaína. No momento da entrada, apresentava-se taquicárdico, ruídos hidroaéreos diminuídos em abdome, dor á palpação, irritação peritoneal. USG evidenciou liquido livre em cavidade e ele foi encaminhado a cirurgia. Durante o inventário da cavidade foi diagnosticado uma avulsão de parte do mesentério, comprometendo a perfusão. A abordagem cirúrgica foi ligadura dos vasos mesentéricos, enterectomia de aproximadamente 100 cm de íleo e anastomose primária entero-entero termino-terminal em dois planos. Paciente evoluiu bem, deambulando e recebendo dieta branda no terceiro dia e retirando a sonda e recebendo alta no quinto dia de internação hospitalar. Nesse caso, os sinais observados no paciente no momento da admissão dele no hospital foram de grande valia, o USG foi bem indicado e confirmou liquido na cavidade abdominal. CONCLUSÃO: A lesão vascular é mais comum no trauma aberto, e apesar de ser pequena, trouxe uma grande área de sofrimento intestinal, que pelo fato do tempo entre o acidente e a cirurgia, teve que ser ressecado.

PALAVRAS-CHAVES: Avulsão mesentérica | Enterectomia | Trauma abdominal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 923

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hemorragia digestiva alta como manifestação de Síndrome de Mirizzi

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), CAIO BARBOSA KAKU (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), MARIA CAROLINA GALLI MORTATI (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), FELICIA P. CAVALHER (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), JACQUELINE M. ARAUJO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), HENRIQUE CUNHA MATEUS (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), JOSE CESAR ASSEF (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A síndrome de Mirizzi é uma complicação rara da colelitíase, com difícil diagnóstico. As complicações mais frequentes de colelitíase são colecistite aguda, pancreatite aguda, colangite ascendente e necrose da vesícula. Já Síndrome de Mirizzi, fístula colecistocolédociana e íleo biliar são complicações incomuns[3]. A síndrome de Mirizzi consiste em uma causa rara de icterícia obstrutiva, presente em 0,06-2,7% dos pacientes com colelitíase[4,5]. A inespecificidade da apresentação clínica e dos exames laboratoriais dificulta e retarda seu diagnóstico e tratamento, o que interfere diretamente no prognóstico dos pacientes e nas taxas de sucesso terapêutico. Neste trabalho, relatamos um caso de um paciente com colelitíase que apresentou coexistência de fístula colecistobiliar e colecistoduodenal (Síndrome de Mirizzi tipo Va), além de hemorragia digestiva alta consequente à erosão da parede da artéria gastroduodenal. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino de 41 anos, admitido no Pronto Socorro do nosso serviço com quadro clínico de hematêmese e instabilidade hemodinâmica. Apresentava uma pressão arterial de 90x50mmHg, frequência cardíaca 120bpm, com pulsos periféricos finos, sem dor abdominal e sem evidência de melena no toque retal. Tinha antecedente de HIV em tratamento regular com anti-retrovirais. Após reposição volêmica, apresentou normalização hemodinâmica e foi encaminhado à endoscopia, porém durante o exame apresentou piora hemodinâmica súbita, possibilitando apenas visualização de sangramento ativo no duodeno. Foi realizada laparotomia exploradora imediatamente com evidência, no intra-operatório, de colecistite aguda calculosa com fístula colecisto-duodenal completa com erosão de mais 75% da circunferência do duodeno, além de fístula incompleta colecistobiliar e sangramento ativo oriundo da artéria gastroduodenal erodida. Foi realizada ligadura da artéria gastroduodenal, colecistectomia à Torek, gastrectomia parcial, com gastroenteroanastomose à Billroth II e sutura primária da parede anterior da via biliar, com drenagem à Kehr. Paciente permaneceu em UTI, em uso de drogas vasoativas. Devido quadro séptico, politransfusão e doença de base foi a óbito dois dias após o procedimento. CONCLUSÃO: Pacientes com colecistite aguda podem apresentar complicações como a síndrome de Mirizzi em seus diversos graus, com seus sinais e sintomas pouco específicos e ter o seu diagnóstico e tratamento dificultados, podendo ser fatal.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Mirizzi | colelitíase | colecistite

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 928

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Peutz Jeghers: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO AUGUSTO AYROZA GALVAO RIBEIRO FILHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUIZ FELIPE FERREIRA FERNANDES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), THIAGO DA SILVEIRA MANZIONE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), GUILHERME MENDES GAVA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JOSE GUSTAVO PARREIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JOSE CESAR ASSEF (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Síndrome de Peutz-Jeghers (PJS), é uma rara doença autossômica dominante, caracterizada pela pigmentação muco-cutânea nos lábios, mucosa oral e mãos, bem como pólipos em trato gastrointestinal. Pacientes com PJS possuem em 50% dos casos episódios de intussuscepção intestinal, bem como um aumento no risco de desenvolver câncer intestinal. RELATO DO CASO Paciente L.G.S., 27 anos, sexo feminino, sem historia de doenças prévias, admitida no serviço por dor abdominal de forte intensidade há 3 dias, dor em pontadas inicialmente localizada em epigástrio irradiando para todo abdome. Sem outras queixas além de único caso de vômito há 06 horas. Ao exame físico paciente se apresentava desidratada 2+/4+, abdome doloroso à palpação em epigástrio. Presença de máculas hiperpigmentadas em toda extensão de lábios superior e inferior, bem como região palmar. Na investigação do trato gastrointestinal, notou-se intussuscepções, que associadas à anemia culminaram na indicação de Laparotomia Exploradora. No intraoperatório observou-se duas intussuscepções há aproximadamente 100-150 cm do Angulo de Treitz, ambas com pólipos no interior. Foram realizadas enterotomias transversas com exteriorização e ressecção do pólipo, além da hemostasia e preservação da mucosa. Paciente recebeu alta do serviço no 5 dia de pós operatório em bom estado, e está sendo acompanhada e monitorada via ambulatório. Aguardando retorno após EDA. DISCUSSÃO PJS é uma doença que ocorre em 66-94% dos casos por mutações germinativas do gene STK11, no cromossomo 19p13.3. No entanto, cerca de 10-20% dos casos, como o apresentado, não possuem historia familiar da doença. De acordo com a literatura, cerca de 50% das manifestações clínicas na PJS se dá antes dos 20 anos, sendo que apesar de encontrados em todo o TGI, o caso relatado confirma o fato de que os polipos se encontram (em 60% dos casos) no intestino delgado. Por esse motivo, o acompanhamento da paciente deve sempre ser orientado por EDA, colonoscopia ou capsula endoscópica com o intuito de localizar e se possível tratar de maneira rápida e efetiva os polipos encontrados. A intussuscepção achada neste caso é, em conjunto com a obstrução intestinal pelo pólipo, a principal complicação da síndrome (42%), mas há também risco de disntensão de alças, sangramento retal, dentre outros. O diagnóstico da síndrome de Peutz-Jeghers neste caso se deu pelo conjunto clássico da presença de obstrução intestinal por intussuscepção/pólipos somado à pigmentação labial.

PALAVRAS-CHAVES: Peutz Jeghers | Intussuscepção | pigmentação labial

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 936

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: VOLVO GÁSTRICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), SUELLEN VIEIRA DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Volvo gástrico é uma condição rara, onde ocorre a rotação do estômago ao longo do seu eixo maior que 180 graus^{1,2}. Foi descrito a primeira vez em 1866, por Berti, sendo o primeiro relato de tratamento cirúrgico em 1895 por Berg³. É observado em adultos com mais de 50 anos, ou em crianças com menos de 1 ano (10-20%). Não há relação com etnia ou sexo⁴. Sua classificação se dá segundo seu eixo de rotação: organoaxial, mesenteroaxial ou misto. Quanto a extensão, pode ser total com a completa rotação do estômago, geralmente associada à dilatação do órgão, ou parcial, usualmente envolvendo piloro. A rotação pode ocorrer em sentido horário, quando o cólon se torna posicionado em frente ao estômago ou anti-horário, com posicionamento do cólon abaixo. No que concerne à etiologia, pode ser primário ou secundário, sendo essa segunda a mais comum⁵. Na forma idiopática existe um relaxamento anormal dos ligamentos que sustentam o estômago, enquanto na forma secundária, existe a presença de uma condição patológica concomitante que resulta em uma mobilidade patológica. RELATO DE CASO presente caso relata o tratamento endoscópico de uma paciente de 81 anos, que procurou o setor de emergência com queixa de vômitos incoercíveis há 18 horas, associado a dor em andar superior do abdome. Após exame físico, foram solicitados RX de tórax e abdomen, tomografia computadorizada de tórax e abdomen e endoscopia digestiva alta. A radiografia de tórax evidenciou nível hidroaéreo no mediastino posterior sugerindo volumosa hérnia de hiato. A tomografia de Abdome Total sem contraste, que evidenciou volumosa hérnia de hiato com distensão gástrica associada, com posicionamento de grande parte do estômago dentro do tórax. A endoscopia digestiva identificou grande hérnia paraesofágica, com migração do corpo e antro gástrico para cavidade torácica, com torção quase total da transição corpo-antro, caracterizando quadro de volvo gástrico parcial. Após diagnóstico endoscópico, foi indicado tratamento cirúrgico em caráter de urgência. Foi realizada redução do estômago para a cavidade gástrica, hiatoplastia com uso tela e colecistectomia videolaparoscópica. CONCLUSÃO diagnóstico dessa entidade muitas vezes é tardio pela inespecificidade da sintomatologia e o tratamento laparoscópico deve ser precoce, visto alto risco de complicações e elevada taxa de mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: VOLVO GÁSTRICO | VIDEOLAPAROSCOPIA | VÔMITOS

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1033

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Apendicite Aguda Complicada Com Íleo Paralítico: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GILMÁRIO PINHEIRO DA SILVA JUNIOR (ITPAC), DELÚBIO GOMES MACHADO NETO (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO apendicite aguda constitui a emergência cirúrgica mais comum no nosso meio. O diagnóstico e o tratamento cirúrgico precoce influem diretamente no prognóstico dessa patologia. De uma intervenção cirúrgica de execução fácil nas primeiras 24 horas, sua abordagem cirúrgica vai progressivamente tornando-se mais complexa, sobretudo após as primeiras 48 horas. Apresenta uma gama de complicações inerentes a sua localização, a fases do processo inflamatório e a condição clínica prévia do doente, sendo o íleo paralítico uma delas, o que pode dificultar o diagnóstico precoce e conseqüentemente o prognóstico do paciente. RELATO DE CASO. E. M., masculino, 65 anos, oriundo de Augustinópolis-TO, aposentado, DM, HAS, deu entrada ao Hospital Regional de Araguaína com queixa de dor abdominal difusa, de início a quinze dias, e parada de eliminação de gases e fezes a três dias, associado a náuseas e vômitos amarelados e muito fétidos. Ao exame paciente LOTE, MEG, anictérico, acianótico, afebril, hipocorado +2/+4, PA: 100/70 mmHg, FC: 27 irpm, FC: 115 bpm, T: 37,9°C; MV+, sem ruídos adventícios; RCR, 2T, bulhas normofonéticas; abdome globoso, RHA ausentes, doloroso a palpação superficial e profunda com descompressão brusca dolorosa em todo abdome, ao toque retal pequena quantidade de fezes não evidenciado sangramentos ou tumorações. Exames laboratoriais revelaram Hb: 10,2; Ht: 30,2; Leucócitos: 16800; Plaquetas: 431000; EAS: sem alterações; Ur: 98; Cr: 1,98; Na: 137; K: 6; Glicemia atual: 459; Amilase: 35; Lipase: 11; ALT: 13; AST: 26; BT: 0,9; BD:0,2. A USG abdominal revelando área hipoecóica mal definida em fossa ilíaca direita, distensão difusa de alças intestinais com espessamento das paredes e ausência de peristaltismo. Realizada laparotomia exploradora, identificado grande quantidade de líquido purulento em cavidade abdominal, sigmóide e alças de delgado bloqueando o processo inflamatório, apêndice cecal totalmente necrótico, realizado cecorrafia com pontos simples e invaginação da base apendicular com posterior, lavagem exaustiva de cavidade com soro fisiológico morno e posterior drenagem bilateral com drenos túbulo laminares. Paciente apresenta melhora progressiva do quadro com alta hospitalar no décimo segundo dia pós operatório. CONCLUSÃO apendicite aguda possui uma ampla variedade de apresentações clínicas. Complicações como íleo paralítico podem mimetizar quadro de obstrução intestinal, retardar o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento precoce.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite Aguda Complicada | Íleo Paralítico | Abdome Agudo

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1044

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VOLVO GÁSTRICO MESENTEROAXIAL EM PACIENTE COM HÉRNIA DE HIATO ESOFAGICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE LUÍS DE CARVALHO NOGUEIRA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), FERNANDO CESAR FERREIRA CALISTRO (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), JÚLIA REAL PEREIRA GOMES (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), LUCAS ALVES DIAS (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), MARYANA NEVES DE SOUZA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), EDUARDO NACUR SILVA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE)

RESUMO: INTRODUÇÃO:Volvo gástrico é uma condição rara, que consiste em uma rotação do estômago ou parte dele. A rotação pode ser primária, devido alongamento dos ligamentos peritoneais de fixação ou associada a fatores secundários, sendo o mais comum a hérnia de hiato paraesofágica. Pode apresentar-se clinicamente de forma aguda com obstrução completa, ou crônica com períodos de obstrução parcial intermitente. A forma aguda pode levar a estrangulação com perfuração e gangrena. Baseado no eixo de rotação, é classificado em organoaxial, mesenteroaxial ou mista. No volvo organoaxial a rotação ocorre no eixo de uma linha traçada entre o piloro até a junção esofago-gástrica. No tipo mesenteroaxial, o eixo de rotação é uma linha perpendicular ao eixo longitudinal do estômago. O diagnóstico do volvo gástrico é realizado com REED, TC ou EDA, e o tratamento é cirúrgico.RELATO DE CASO:Mulher, 66 anos, com relato de pirose e saciedade precoce há 02 anos, procurou atendimento devido odinofagia, disfagia para sólidos e vômitos de 10 dias de evolução. Em EDA, constatou-se esofagite erosiva acentuada e volumosa hérnia hiatal com alteração do eixo gástrico, suspeitando-se de volvo gástrico. Foi realizado REED, que evidenciou volvo gástrico mesenteroaxial condicionando estase e retardo na passagem do meio de contraste. A paciente foi submetida a Fundoplicatura de Nissen e Gastropexia Videolaparoscópica, evoluindo com melhora dos sintomas.CONCLUSÃO:Devido as variedades de causas, tipos e curso clínico, não há uma estratégia de tratamento cirúrgico ideal para todos os casos de volvo gástrico. A cirurgia deve ser individualizada, com o objetivo de redução do volvo, prevenção da recorrência e reparo de fatores predisponentes. Neste relato de caso o volvo gástrico é crônico, mesenteroaxial, com hérnia de hiato associada e foi tratado por Fundoplicatura de Nissen e Gastropexia Videolaparoscópicas. A correção da hérnia de hiato com fundoplicatura corrige o fator predisponente, e associada a gastropexia, é uma abordagem eficiente e pouco agressiva. O reparo laparoscópico é associado com menos complicações e menor taxa de hospitalização. É recomendado para as formas crônicas e pacientes com risco cirúrgico aumentado. Em casos de pacientes com risco mais alto pode ser realizada apenas a Gastropexia.

PALAVRAS-CHAVES: volvo gastrico | gastropexia | fundoplicatura

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1076

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GIST Gástrico Gigante Avançado ? Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELOISA ALMEIDA CURVO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), ANNA BEATRIZ MEIRA PINHEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), JOHN NASCIMENTO DA CONCEIÇÃO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), AUGUSTO CÉSAR ROMÃO ASSEIS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), LUCAS LIMA REZENDE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), THIAGO USHIDA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), MARCUS VITOR NUNES LINDOTE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), GILMAR FERREIRA DO ESPIRITO SANTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT)

RESUMO: Objetivo: Relatar um caso de tumor estromal gastrointestinal gigante de estômago em um paciente masculino, 60 anos, atendido no ambulatório de cirurgia geral. Relato de Caso: A.A.N., masculino, 60 anos, hipertenso e diabético. Deu entrada em ambulatório de cirurgia geral com queixa de dor epigástrica há dois meses, sem irradiação, associada à náusea e vômito com piora progressiva. Ao exame físico: abdome globoso devido abaulamento visível em região epigástrica projetando para hipocôndrio e flanco direito. À palpação: massa de consistência sólida, móvel e dolorosa, medindo aproximadamente 20 x 20 cm. Tomografia computadorizada demonstrou formação expansiva heterogênea, com contornos lobulados envolvendo transição esofagogástrica, pequena curvatura gástrica, pequeno omento, medindo cerca de 23 x 20 cm. Fígado contendo múltiplas imagens nodulares heterogêneas distribuídas pelo parênquima, com reforço em fase pós-contraste. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora sendo realizado derivação gastrojejunal e biópsia da lesão. Anátomo-patológico: neoplasia fusocelular. Imuno-histoquímica: expressão positiva para proteína c-KIT (CD117). O paciente foi encaminhado para o serviço de oncologia clínica para continuidade do tratamento paliativo. GIST (Gastrointestinal stromal tumor) é o tumor estromal do trato gastrointestinal que se origina das células de Cajal e da expressão da proteína c-KIT. Relativamente raro, representa a maioria dos tumores mesenquimais do trato digestivo. Localiza-se preferencialmente no estômago. Os exames de imagem como a tomografia computadorizada possibilitam definir a localização, dimensão e relação com as estruturas vizinhas. A imunohistoquímica, após o resultado do anátomo-patológico sempre é necessário para o diagnóstico. A remoção cirúrgica é o tratamento curativo de escolha. Na presença de tumor metastático opta-se pela cirurgia paliativa. O tratamento farmacológico com o quimioterápico mesilato de imantinib também tem sido preconizado como adjuvante, aumentando a sobrevida. Conclusão: O tumor estromal de trato gastrointestinal apresenta alta tendência à malignidade, por isso o diagnóstico precoce é essencial. A abordagem cirúrgica tem um papel relevante, não só no tratamento com proposta curativa, bem como na abordagem paliativa para o alívio de sintomas. Bibliografia: Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 494. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tumor do Estroma Gastrointestinal. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

PALAVRAS-CHAVES: tumor estromal gastrointestinal | GIST | câncer gástrico

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1077

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Polipose Adenomatosa Familiar do Cólon: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY (ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Polipose adenomatosa familiar do cólon (PAF-C) é uma enfermidade que afeta, principalmente, a população entre 35 e 40 anos de idade. A polipose é caracterizada pelo aparecimento de pólipos em número superior a 100 no intestino grosso. Os pólipos costumam ser lesões benignas que projetam-se do epitélio intestinal para a luz do órgão e ocorrem, geralmente por defeitos na regulação entre fatores que induzem o crescimento celular e aqueles que inibem o mesmo. O termo adenoma remete a tumores benignos originados em tecidos glandulares e em tubos, como é o caso do TGI (Trato Gastrointestinal). Fatores externos podem influenciar o tamanho dos pólipos no intestino, como o fumo. RELATO DE CASO: Masculino, 43 anos, natural de Araguaína-TO, foi encaminhado ao Hospital Regional de Araguaína (HRA) em 05/09/2015 com diagnóstico de PAF-C há dois anos, sem acompanhamento médico. Na internação apresentava dor abdominal, hematoquezia há dois anos e história de tabagismo de longa data. Foi realizado uma nova colonoscopia, onde foi evidenciado múltiplos pólipos colônicos pediculados, alguns com ulcerações distribuídos universalmente em todo o cólon e reto, realizado uma polipectomia múltipla em reto com ressecção de todos os pólipos do reto inferior, médio e superior bem como sigmoide, mais biópsia. Posteriormente, executada uma colectomia com anastomose primária término-terminal íleoretal com uso de grampeador circular. No 1º dia pós-operatório foi iniciada dieta líquida sem resíduos, com boa aceitação pelo paciente que apresentou-se sem demais queixas, ativo no leito e sem intercorrências. Teve alta hospitalar no 3º dia pós-operatório e 15 dias após, encaminhou-se ao ambulatório de cirurgia oncológica com o resultado da biópsia que evidenciou adenoma tubular com atipia intensa. Hoje encontra-se em bom estado geral, sem queixas e em acompanhamento via ambulatorial. CONCLUSÃO: A PAF-C é uma enfermidade de caráter grave e, geralmente, com diagnóstico tardio. Fatores tais como o tabagismo, prejudicam o prognóstico em casos confirmados da doença. A cirurgia costuma apresentar resultados satisfatórios sobre essa entidade clínica, além disso, a capacidade de adaptação do órgão restante permite uma maior sobrevida aos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica. O uso do grampeador circular diminui o tempo de internação pós-operatória, mantém compressão adequada nos tecidos gerando boa hemostasia e cicatrização levando a uma rápida recuperação pós-cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Pólipos|Intervenção Cirúrgica|Adenoma Tubular

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1112

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE GIST PARA O SERVIÇO DE CIRURGIA E ONCOLOGIA DO HOSPITAL BARÃO DE LUCENA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA KAROLINA DE BRITO GOUVEIA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), DIEGO TAVARES RUFINO ALVES (HOSPITAL BARÃO DE LUCENA), THALES BARBOSA DE FARIAS (HOSPITAL BARÃO DE LUCENA), CLARICE DE ARAUJO CAIO (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Os tumores estromais do trato gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumors - GIST) constituem neoplasias raras e tipicamente subepiteliais. Afetam principalmente o estômago (65%), mas podem ser encontrados em quase toda a extensão do trato digestivo da metade distal do esôfago à região anorretal. A implementação de inibidores da tirosinoquinase foi um grande avanço no tratamento dos GIST. RELATO DE CASO Paciente N.H.S., 60 anos, gênero feminino, negra, procedente de Recife, ingressou no ambulatório de cirurgia oncológica devido quadro de dores abdominais difusas, associada a perda de peso há 01 ano. Realizou tomografia computadorizada (TAC) de abdome que demonstrou processo expansivo, sólido, entre o estômago e o baço. A paciente realizou gastrectomia subtotal modificada no dia 24/04/2014 cujos achados cirúrgicos foram: estômago apresentando lesão exofítica subepitelial, em grande curvatura, bem delimitada, em íntimo contato com o baço e o diafragma. O anátomo-patológico evidenciou neoplasia fusocelular gástrica compatível com GIST confirmado por imuno-istoquímica, com o tumor medindo 11 x 8,0 cm, presença de necrose, padrão fusiforme e mitoses > 5/50 campos de grande aumento (alto risco). Iniciou o tratamento com Imatinib no dia 26/09/14 com dose inicial 400mg/dia e realizou TACs de controle sem anormalidades. Em consulta no dia 15/05/16 apresentou tomografia em que houve progressão da neoplasia evidenciando-se nódulos pulmonares de 7 e 5 mm em segmento posterior de lobo superior direito e múltiplos nódulos hepáticos. Optou-se por aumentar a dose do Imatinib para 800mg/dia devido progressão da neoplasia. Em março de 2016 a paciente apresentou-se com queixas dispépticas e êmese e ao exame físico evidenciou-se sinais de toxicidade pela droga, optando-se pela suspensão do Imatinib. Nesta mesma ocasião apresentou tomografia evidenciando redução significativa do número e dimensão das lesões. Em agosto de 2016 iniciou o esquema de Sunitinib devido intolerância ao Imatinib. Após instituição do Sunitinib a paciente apresentou melhora clínica e radiológica, encontrando-se em seguimento. CONCLUSÃO Mesmo sendo uma neoplasia rara, o conhecimento sobre seu quadro clínico, biologia molecular tem sido de extrema importância para os portadores de GIST, já que diante do caso, observou-se melhora clínica após o tratamento com inibidores de tirosinoquinase.

PALAVRAS-CHAVES: inibidor de tirosinoquinase | gist | tumores de estromas gastrointestinais

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1113

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumores Neuroendócrinos do Estômago: Relato de caso, revisão de literatura e protocolo de tratamento.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA KAROLINA DE BRITO GOUVEIA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), CLARICE DE ARAUJO CAIO (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO)

RESUMO: Os tumores neuroendócrinos do estômago, também chamado de carcinóides gástricos, constituem uma gama de tumores raros, provenientes das células enterocromafins (ECL) gástricas. Raramente são malignos. As localizações mais comuns são o intestino delgado, reto e apêndice. Sua incidência tem aumentando na últimas década. Existem três tipos de carcinóides gástricos, dois dos quais estão associados a baixo teor de ácido gástrico e a secreção aumentada de gastrina. O Tipo 1, mais comum, está associado à gastrite atrófica crônica e anemia perniciosa, com bom prognóstico. Tipo 2, está associado a Síndrome de Zollinger Ellison e neoplasia endócrina múltipla do tipo I (NEM1), com bom prognóstico. O Tipo 3 não está relacionado a hipergastrinemia, tendo maior potencial de malignidade. As lesões tipo 1 e tipo 2 são, em geral, assintomáticas. Dor abdominal é mais frequente em tumores maiores: lesões de tipo 3. As lesões tipo 1 e 2 são diagnosticadas pela EDA com múltiplas biópsias. Já os pacientes com doença invasivas (tumores > 1 cm e tipo 3), está indicada a realização de exames de imagem como a TC ou a RNM para visualização de metástases. Os exames séricos são o nível de cromogranina A e a dosagem da gastrina (tipos 1 e 2). O Ki-67 proteína é um marcador de proliferação celular, que apresenta prognóstico para a sobrevida e recorrência do tumor. A sobrevida varia de um curso relativamente indolente da doença tipo 1 até um pior prognóstico na tipo 3. Relato de Caso Paciente do sexo feminino, 69 anos, atendida no serviço de Cirurgia Oncológica do HCP, com sintomas dispépticos, realizou EDA que evidenciou presença de pólipó semi-pediculado no fundo gástrico. A lesão polipóide foi classificada como tumor neuroendócrino (carcinóide), bem diferenciado, grau I, exibindo menos de 1 mitose por 10 campos de grande aumento, medindo 0,6 cm. A imunohistoquímica, cromogranina A e gastrina sérica estavam levemente elevados. Conclusão O carcinóide gástrico apresenta tratamento individualizado. Na lesão tipo 1 faz-se controle endoscópico. As lesões tipo 3 devem ser tratadas agressivamente como o adenocarcinoma gástrico. Os tumores carcinóides de estômago têm uma evolução particular a depender do seu tipo histológico, sendo a normatização das condutas do seu tratamento, de suma importância para o paciente, evitando terapias agressivas ou conservadoras em demasia.

PALAVRAS-CHAVES: neoplasias gastricas | tumores neuroendocrinos | carcinoide gastrico

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1115

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CÂNCER GÁSTRICO NA GESTAÇÃO E ASSOCIAÇÃO COM FATORES HEREDITÁRIOS: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL LINHARES CARDOSO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), SARA VITÓRIA SOUSA SAMPAIO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), LÍVIA CRISTINA PEREIRA FREITAS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), THIAGO SILVA TEIXEIRA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Câncer (CA) gástrico é mais comum em homens >60 anos. Estimativa de 20.520 casos em 2016 (INCA). Adenocarcinoma é subtipo mais comum, pode estar associado com fatores hereditários, como mutação do gene CDH 1 (Síndrome do Câncer Gástrico Hereditário Difuso). CA gástrico na gravidez pode ocorrer durante período gravídico ou até 1 ano pós-parto. Situação bastante rara, ocorre em menos de 0,1% das gestações no Japão (país de maior incidência) e, geralmente diagnosticado em estágios avançados devido à sintomatologia inespecífica. Em pacientes jovens tendem a ser mal diferenciados, com prognóstico ruim. Índices de infecção por *H. pylori* são mais altos em gestantes. Ademais, conflito entre a necessidade de tratamento precoce e a manutenção da gravidez é constante. RELATO: Paciente feminina (12/12/1983) em 19/04/13 relatou queixas de epigastralgia há 4 meses, em queimação, NRS 7, piora com jejum prolongado, além de náuseas e vômitos com sangue. Relata perda de 3kg nos últimos 5 meses. Ao exame, paciente emagrecida, abdome gravídico com útero ao nível da cicatriz umbilical. Em 28/05/13 realizou EDA que mostrou lesão ulcerada em antro gástrico de aspecto neoplásico Borrmann III, além de gastrite crônica. Biópsia em 18/07/13 evidenciou adenocarcinoma pouco diferenciado em anel de sinete, decidido esperar resolução da gestação para abordagem da neoplasia. Em 22/08/13 paciente realizou parto vaginal sem intercorrências. Em 16/05/14 retorna ao ambulatório de cirurgia com queixa de epigastralgia e perda de peso severa (de 47kg para 34kg), foi indicada cirurgia. Paciente nega alergias, tabagismo e etilismo e refere história familiar importante de CA gástrico (pai, mãe, 2 tios e 5 irmãos). Em 18/06/14 foi submetida à gastrectomia total, linfadenectomia D2, omentectomia e confecção de Y-de-Roux. Estadiamento T4N2. Encaminhada para QT adjuvante. Em 26/02/16 retorna, não fez tratamento adjuvante, ao exame apresenta distensão abdominal, hipertimpânismo à percussão, caquexia e anasarca. Realizado diagnóstico de carcinomatose peritoneal difusa. Discutida palição com os familiares e encaminhada para início do tratamento. CONCLUSÃO: CA gástrico associado à gravidez é bastante raro. Diagnóstico geralmente tardio, prognóstico ruim. Ideal abordagem multidisciplinar. Decisões terapêuticas devem considerar idade gestacional e estágio da doença. Mutações genéticas estão relacionadas à gênese tumoral, devendo haver investigação intensa e precoce nesses casos.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer gástrico | Gestação | Mutação genética

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1118

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Linfoma MALT com ressecção cirúrgica: dois relatos de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AYSSA TELES ABRÃO TRAD (PUC SP), JULIO CESAR MARTINEZ (PUC SP), GIOVANNA RELA MATRICARDI (PUC SP), AMANDA HORIE CARDOSO (PUC SP), VINICIUS VERTEMATTI DE CASTRO (PUC SP), MATHEUS CHRISTIAN SILVEIRA (PUC SP), BRUNNO AUGUSTO JOSÉ COSTA (PUC SP)

RESUMO: INTRODUÇÃO Entre os linfomas extra-nodais, o Linfoma não Hodgkin (LNH) corresponde a 40% dos casos. Sua incidência vem aumentando, estimativas americanas apontaram 19 mil mortes pela doença em 2008. O trato gastrointestinal é o sítio mais acometido, sendo o MALT (Mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma) correspondente a 5-7% dos casos. Surge normalmente em locais expostos a atividades antigênicas crônicas por processos infecciosos e/ou autoimunes persistentes. Relataremos dois casos de linfoma MALT. CASO 1 Paciente do sexo feminino, 69 anos. Queixa de piora de um quadro de dor no estômago há 1 ano. Solicitada EDA, com pangastrite enantemática leve e espessamento de pregas gástricas em corpo. Realizada biópsia gástrica, imuno-histoquímica mostrou achados compatíveis com linfoma MALT. Encaminhada para gastrectomia total e aguarda cirurgia. CASO 2 Paciente do sexo feminino, 56 anos, em acompanhamento pós gastrectomia subtotal por MALT. A primeira endoscopia digestiva alta (EDA) resultou em uma pangastrite enantematosa moderada com pólipos em fundo gástrico. Feita biópsia de fundo gástrico, o imuno-histoquímico mostrou que o conjunto dos achados pode corresponder a linfoma MALT. O tratamento proposto foi cirúrgico. Atualmente em remissão de sintomas gástricos, acompanhando com a Hematologia. CONCLUSÃO Linfoma MALT gástrico é o mais comum dos LNH extra-nodais. Como não existe tecido linfóide no estômago normal, foi verificada associação entre o MALT gástrico e *H. pylori*. Com grande parte da população mundial infectada pela bactéria e apenas uma pequena parte desenvolvendo linfoma MALT, um dos desafios atuais é estabelecer os fatores associados ao desenvolvimento dessa doença. Embora existam relatos com altas taxas de sobrevida utilizando radioterapia e quimioterapia exclusivas, a maioria dos estudos indica o tratamento cirúrgico, que pode ser curativo e é capaz de estabelecer estadiamento mais preciso. REFERÊNCIAS Costa RO, Hallack Neto AE, Chamone DAF, Aldred VL, Pracchia LF, Pereira J. Linfoma não Hodgkin gástrico. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2009. Shrestha B, Kim B, Huffstetler A. An unusual presentation of gastric mucosa-associated lymphoid tissue (MALT)-type lymphoma. Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives. 2016, 6. Barbosa JA, Schinonni MI. Helicobacter pylori: Associação com o câncer gástrico e novas descobertas sobre os fatores de virulência. Revista de ciências médicas e biológicas. Salvador, v.10, n.3, p.254-263, set/dez. 2011.

PALAVRAS-CHAVES: linfoma | MALT | gastrectomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1119

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento de leiomioma de duodeno através de exérese: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JONATHA FRAZAO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO/ UERJ), THIAGO DE AGUIAR VALLADÃO (HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO/UERJ), ROBERTO GARCIA DE FREITAS (HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO/UERJ), MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO (HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO/UERJ), PEDRO POYARES DE MELLO BHERING (HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO/UERJ), WILLIAM FREDERIC DE ARAUJO WILLMER (HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO/UERJ)

RESUMO: Introdução: As neoplasias do intestino delgado são extremamente raras. Apenas 5% das neoplasias gastrointestinais ocorrem do delgado. Os leiomiomas são os tumores benignos mais comuns, sendo encontrados mais comumente no delgado distal. A ressecção cirúrgica completa é o tratamento adequado para este tipo de patologia; a extensão da ressecção depende da localização, tamanho da lesão e índice mitótico. Relatamos um caso de leiomioma duodenal em que foi possível a enucleação do mesmo sem necessidade de pancreato-duodenectomia. Relato do caso: M.M.M. 64 anos, feminino, apresentava queixas de epigastria e pirose recorrente. Foi realizada Endoscopia Digestiva Alta, em 2013, que evidenciou lesão de bulbo duodenal de característica elevada, subepitelial, arredondada, subpediculada, com base alargada e recoberto por mucosa normal, medindo aproximadamente 20 mm em seu maior eixo. Neste momento foi adotado conduta conservadora com realização de Endoscopia Digestiva Alta seriada. Em 2016 foi identificado crescimento da lesão com relato de piora dos sintomas, sendo indicado então abordagem cirúrgica. A paciente foi abordada através de uma incisão de Kocher, sendo realizada duodenotomia com ressecção da lesão e rafia de duodeno. Foi também realizada colecistectomia, pois a paciente apresentava também colelitíase. Evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no 7º dia pós-operatório. O laudo histopatológico evidenciou leiomioma com margens cirúrgicas livres, ausência de mitoses e ausência de atipia. Paciente em controle ambulatorial sem evidências de recidiva. Conclusão: O leiomioma de intestino delgado é assintomático em sua fase inicial, e mesmo quando apresenta sintomas o diagnóstico pode ser difícil. O tratamento cirúrgico da lesão pode ser conservador, já que se trata de tumores benignos, de baixo grau, com excelente resultado a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVES: leiomioma duodeno | exérese | duodenopancreatectomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1123

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANASTOMOSE PSEUDOCISTOGÁSTRICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE CANESSO PIERRO (HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI), SANDRO NAMIKAWA (HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI), ALEXANDRE VERALDI ROSSETTINI (HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI), MATHEUS SOARES VITAL (HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI)

RESUMO: O pseudocisto pancreático (PP) é uma possível complicação de quadros de pancreatites. Quando a abordagem cirúrgica se faz necessária, diferentes técnicas podem ser usadas, dependendo da sua localização no pâncreas. Relatamos um caso de um paciente com episódios recorrentes de pancreatite alcoólica que evoluiu com pseudocisto pancreático associado à dor abdominal importante e refratária ao tratamento clínico, sendo optado por resolução cirúrgica, através de anastomose pseudocistogástrica. O trabalho teve como objetivo demonstrar as possíveis técnicas de tratamento do Pseudocisto pancreático sintomático, no caso, devido a falta de material endoscópico e laparoscópico, uma possível técnica aberta. A metodologia utilizada foi por meio da pesquisa nas bases de dados da BVS, Lilacs e PubMed. Apesar da drenagem endoscópica ter seu papel relevante principalmente para drenagem de pseudocistos adjacentes ao estômago e duodeno, a drenagem interna cirúrgica aberta é uma opção viável com eficácia similar, principalmente quando não se dispõe de material endoscópico.

PALAVRAS-CHAVES: Pseudocisto | Pancreatite grave | Anastomose

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1132

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE NO PRÉ OPERATÓRIO DE CIRURGIAS DO TRATO GASTROINTESTINAL EM PACIENTES DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ RENAN MIRANDA CAVALCANTE FILHO (UFC), INDIRA ANGELO RODRIGUES (UFC), LUCIANA FUJIWARA AGUIAR RIBEIRO (UFC), ARTUR GUIMARAES FILHO (UFC), JOSE RICARDO CUNHA NEVES (UFC), SARA FREIRE AGUIAR (UFC), MARIANA DIOGO CONSTÂNCIO (UFC), RICARDO COSTA MOURA (UFC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A prevalência da desnutrição em pacientes cirúrgicos é alta. O jejum pré-operatório foi instituído há muitos anos com objetivo de atenuar várias complicações ao paciente. As novas diretrizes baseadas em evidências que foram publicadas nos últimos anos por países como Estados Unidos, Canadá e Europa recomendam diminuição do tempo de jejum pré-operatório com líquidos claros e bebidas ricas em carboidrato até poucas horas antes das cirurgias eletivas, beneficiando o paciente em alta hospitalar precoce e diminuição das complicações clínicas e cirúrgicas. OBJETIVO: Analisar a intervenção nutricional precoce no pré-operatório em pacientes submetidos a cirurgias do TGI em um hospital da região norte do Ceará. METODOLOGIA: O jejum pré-operatório convencional nos pacientes submetidos à cirurgia de médio ou grande porte do TGI internados na Santa Casa de Misericórdia de Sobral perfazia uma média de 24h. A intervenção nutricional precoce oferecida aos pacientes em estudo incluiu dieta líquida com 200 ml de Maltodextrina à 12% + 10 g de glutamina (um imunofarmacomodulador) com objetivo de fortalecer o sistema imunológico. A dieta era oferecida conforme autorização do cirurgião (não houve adesão de todos) e horários pré-estabelecidos: para cirurgia das 6/7h da manhã, a intervenção acontecia às 22 horas da noite anterior, e as cirurgias das 12/13 horas a dieta foi oferecida as 7h da manhã. Os critérios de exclusão adotados foram: fístulas, íleo adinâmico, vômitos recorrentes e pacientes impossibilitados de alimentação por via oral. RESULTADOS: O universo amostral foi de 27 pacientes. Desses, 17 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A faixa etária variou de 17 à 54 anos. Dentre os procedimentos cirúrgicos realizados foram 23 colecistectomias e 4 cirurgias de rafia e anastomoses intestinais. Verificou-se que a média de internação hospitalar deles foi de 2,75 dias, e que ao invés de ficarem 24h em jejum, o estudo interviu diminuindo para 7 a 8h em média, sem apresentar nenhuma intercorrência. CONCLUSÃO: Embora a intervenção nutricional não tivesse sido feita poucas horas antes da cirurgia (2h), como mostra o projeto ACERTO, o estudo conseguiu quebrar tabus de rotinas conservadoras, onde o paciente permanecia muito tempo em jejum. Assim os resultados do presente estudo contribuem com acréscimo de novas informações e segurança ao tratamento nutricional perioperatório inovador. Nossa próxima etapa será a abreviação para duas horas de jejum.

PALAVRAS-CHAVES: ACERTO | pré-operatório | nutrição

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1167

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor Neuroendócrino Gástrico Tipo 1 ? Relato de Dois Casos Clínicos.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIO CESAR MARTINEZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC-SP)), CAMILA AMARAL SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC-SP)), ANA CLAUDIA SANTOS JUNQUEIRA FRANCO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC-SP)), JULIANA CECCON (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC-SP)), MATHEUS CHRISTIAN SILVEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC-SP)), BRUNNO AUGUSTO JOSÉ COSTA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC-SP)), VINICIUS VERTEMATTI DE CASTRO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC-SP))

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os chamados tumores neuroendócrinos (NET) são neoplasias que se originam do sistema celular neuroendócrino difuso e podem estar presentes em diferentes órgãos. Os NET?s de origem gástrica representam 2 a 4% de todos os NET?s e apenas 0,3% das neoplasias gástricas. As manifestações clínicas típicas incluem: sensação de saciedade precoce, desconforto ou dor epigástrica, pirose/ regurgitação, diarreia ou constipação. Alguns, porém, podem permanecer assintomáticos. Os tumores podem ser divididos clinicamente em três tipos: Tipo 1: 80% dos casos ocorre num contexto de gastrite atrófica. Tipo 2: são raros (5%), associado a síndrome neuroendócrina múltipla (MEN tipo 1) e síndrome de Zollinger Ellison. Tipo 3: 15% dos casos são esporádicos, solitários e sem associação com gastrite atrófica. O diagnóstico é geralmente endoscópico, pela visualização de pólipos. Para confirmação diagnóstica é necessária realização de biópsia com estudo imuno-histoquímico. O tratamento cirúrgico está indicado para tumores tipo 1 e 2 que apresentem mais de seis lesões ou tenham margens comprometidas da ressecção endoscópica ou em pacientes com fatores de risco para metástase. RELATO DE CASO 1: RFM, 38, queixa-se de prurido auricular e traz EDA com biópsia que evidencia gastrite atrófica e lesão subpediculada gástrica com metaplasia de mucosa intestinal incompleta dos revestimentos superficial e glandular. Á biópsia revelou-se neoplasia bem diferenciada e á imuno-histoquímica tumor neuroendócrino moderadamente indiferenciado grau II. RELATO DE CASO 2: RS, 39, com histórico de anemia crônica e queda capilar. Realizou EDA com polipectomia que evidenciou gastrite erosiva elevada de corpo gástrico, H. pylori negativo e pólipos únicos localizados na grande curvatura do corpo distal. Á imunohistoquímica: NET grau II. Realizou gastrectomia subtotal sem abordagens complementares devido ao grau de benignidade tumoral. Aguarda nova EDA para controle pós-operatório. CONCLUSÃO: Nos casos relatados, apesar da literatura associar a idade média de acometimento da doença aos 60 anos as pacientes encontram-se na quarta década de vida. Em concordância com a literatura, ambas pacientes tiveram seu diagnóstico em NET 1 grau II, condizendo com os sinais apresentados de gastrite atrófica (caso 1) e anemia perniciosa (caso 2). Apesar do pior prognóstico de pacientes com Ki-67 maior que 2%, a paciente relatada (caso 2) apresentou lesão com alto grau de benignidade.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor neuroendócrino (NET)|Tumor carcinóide|neoplasia gástrica

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1169

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Sinal radiográfico de acúmulo fecal no ceco para diagnóstico diferencial de apendicite aguda em comparação a outras doenças inflamatórias no abdome

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU (UFMG), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), LUIZ RONALDO ALBERTI (UFMG), KELLY RENATA SABINO (SANTA CASA BH), CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS (SANTA CASA BH)

RESUMO: Introdução: Dentre as afecções que podem provocar o abdome agudo da FID, a apendicite aguda destaca-se como a condição patológica mais frequente. Essa doença é diagnosticada com base na avaliação clínica, contagem de leucócitos, ultrassonografia e estudos radiográficos do abdome. Entretanto, a não perfeita acurácia desses métodos leva a erro diagnóstico inicial aceitável em até 20% dos pacientes com dor no flanco direito. O diagnóstico incorreto é mais frequente em crianças, em mulheres e em idosos. Objetivo: o objetivo do presente trabalho foi verificar o valor de um novo sinal radiográfico: presença de imagem de acúmulo fecal no ceco. Método: Foram estudados prospectivamente 470 pacientes consecutivos, de ambos os sexos, internados com abdome agudo e dor localizada no flanco direito: Grupo 1 (n = 170) - portadores de apendicite aguda, distribuídos em: Subgrupo 1A - (n = 100) ? submetidos a um estudo radiográfico do abdome antes do tratamento cirúrgico, Subgrupo 1B - (n = 70) - submetidos a dois estudos radiográficos do abdome: antes da operação e outro no dia seguinte à cirurgia; Grupo 2 (n = 100) - portadores de cálculo na via urinária direita; Grupo 3 (n = 100) - portadoras de afecções ginecológicas inflamatórias agudas à direita, Grupo 4 (n = 100) - operados por colecistite aguda. Radiografias simples de abdome foram realizadas nos Grupos 2, 3 e 4 durante a crise inflamatória aguda que precedeu o tratamento. Resultados: A presença do sinal de acúmulo fecal no ceco esteve presente em 97 pacientes do Subgrupo 1A, em 68 pacientes do Subgrupo 1B, em 19 pacientes do Grupo 2, em 12 pacientes do Grupo 3 e em 13 pacientes do Grupo 4. No pós-operatório, dos 68 pacientes que apresentaram o sinal radiográfico, ele desapareceu em 66 casos. A sensibilidade do sinal radiográfico para apendicite aguda foi de 97,05 % e sua especificidade foi de 85,33 %. Seu valor preditivo positivo para apendicite aguda foi de 78,94%, destacando-se seu valor preditivo negativo de 98,08%. Conclusões: A imagem radiográfica de acúmulo fecal no ceco associa-se a apendicite aguda. Essa imagem geralmente desaparece após o apêndice cecal ser removido. Esse sinal é incomum em outras doenças inflamatórias agudas do lado direito do abdome. A ausência desse sinal em suspeita de apendicite aguda deve alertar para a grande possibilidade de o diagnóstico ser diferente do pressuposto. Bibliografia: Petroianu A. Diagnosis of acute appendicitis. Int J Surg. 2012;10(3):115-9.

PALAVRAS-CHAVES: SINAL RADIOLOGICO | APENDICITE | ACUMULO FECAL NO CECO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1185

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cisto de duplicação gástrica - Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO BERNABÉ LUBRAICO (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), RENAN BRITO NOGUEIRA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), ANNA MARCELLA QUINTANILHA BARBOSA DE MELLO (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), IGOR FECURY LIMA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), CAIO MONTEIRO PIMENTEL (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), LAISA ALVES DE SOUZA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIVEIRA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), FLAVIO DOS SANTOS ANTUNES (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Os cistos de duplicação gastrointestinal são malformações congênitas raras que podem surgir ao longo de todo o tubo digestivo. São mais frequentes no íleo e jejuno, sendo a localização gástrica das mais raras(4%). Apresentam três características em comum: 1 - Serem rodeados por uma camada muscular desenvolvida; 2 - Serem revestidos, parcialmente, por mucosa gastrointestinal; 3 - Estarem ligados a uma parte do tubo digestivo. Na sua maioria, os cistos de duplicação gástrica são diagnosticados na infância, antes dos 12 anos em 75% dos casos. São malformações mais comuns no sexo feminino (2:1). As duplicações gástricas podem ser classificadas em císticas, sem comunicação com o lúmen (80% dos casos), e?tubulares, com comunicação com o lúmen do estômago. São mais comuns na grande curvatura gástrica e no bordo mesentérico.**RELATO DE CASO:** Homem, 25 anos, enviado ao ambulatório de cirurgia geral, por quadro de dispepsia. O paciente referia desconforto epigástrico há dois anos. Neste período, negava vômitos, saciedade precoce, anorexia, emagrecimento, hematêmeses e alteração do trânsito intestinal. Ao exame físico abdômen flácido, depressível, indolor a palpação, sem massas palpáveis. Realizou EDA que não apresentou alterações. Submetido a Ecoendoscopia Digestiva que revelou lesão sub epitelial de fundo gástrico sugestiva de cisto de duplicação digestivo com crescimento exofítico. A Tomografia Computorizada Abdominal indentificou lesão hipodensa no fundo gástrico, que não se preenche com contraste por via oral. Foi submetido a cirurgia e realizado gastrectomia segmentar em cunha por laparotomia seguido de gastrografia, após tentativa por laparoscopia. O histopatológico evidenciou segmento gástrico de padrão fúndico, apresentando na face externa revestimento mucoso do tipo fúndico, escamoso e cilíndrico, compatível com duplicação gástrica. Apresentou boa evolução no pós operatório, com alta Hospitalar no 4 PO. **CONCLUSÃO:** Os cistos de duplicação gástricos normalmente são benignos e assintomáticos, sendo achados acidentais em exames de rotina. Quando sintomáticos, as queixas dispépticas são as mais comuns e podem ser abordados por via laparoscópica, que já é comprovadamente uma via de acesso segura e de excelentes resultados, diminuindo o trauma cirúrgico comparado a cirurgia convencional, porém em alguns casos ainda se faz necessário o uso da laparotomia: por se tratar de achados raros e que a via de acesso dependerá da experiência da equipe cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto de Duplicação Gástrica | Mal formação congênita | Cirurgia Gastrointestinal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1210

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR DIVERTICULITE DE MECKEL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SILAS SOARES CAVALCANTE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ANA CARLA FRANCO UBINHA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), PAMELA SACALINA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JOÃO PEDRO ROMERO BRAGA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), RODRIGO SADER HECK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CIRO CARNEIRO MEDEIROS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: INTRODUÇÃO divertículo de Meckel é um divertículo verdadeiro, originado pela persistência do ducto onfalomesentérico durante a gestação, podendo conter uma mucosa com tecido ectópico e usualmente localizado nos 60cm proximais à válvula ileocecal. Está presente em 2% da população, e na maioria dos pacientes o quadro é assintomático, principalmente em adultos. Cerca de 4 a 6,4% dos casos podem apresentar complicações, sendo a mais comum sangramento, incluindo também diverticulite, obstrução, intusseção. RELATO DO CASO Paciente, 28 anos, sexo feminino, com queixa de dor abdominal em cólica há 2 dias, acompanhada de vômito e parada de eliminação de gases e fezes. Apresentava-se desidratada, com abdome distendido e doloroso à palpação difusamente, sem sinais de peritonite. Radiografia de abdome identificou distensão e presença de nível hidroaéreo em delgado, com achado tomográfico de líquido livre na cavidade. Foi indicada laparotomia exploradora. Na avaliação intra operatória foi identificado um divertículo de Meckel aderido à parede abdominal anterior, com uma porção do íleo herniada pelo orifício formado, sendo realizada enterectomia com anastomose primária. Paciente evoluiu bem, com alta hospitalar no 5º dia pós-operatório. CONCLUSÃO apresentação clínica com padrão obstrutivo para a diverticulite de Meckel é rara, sendo de difícil diagnóstico. A tomografia pode auxiliar no diagnóstico e nas possíveis complicações do divertículo em casos de abdome agudo obstrutivo de etiologia não determinada.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo Ileal | Laparotomia | Tomografia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1215

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GIST GÁSTRICO SIMULANDO PSEUDOCISTO PANCREÁTICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA (IJF), CLOVIS CARDOSO DE PAIVA NETO (IJF), PEDRO BARBOSA CORDEIRO NETO (IJF), EDUARDO HENRIQUE CUNHA NEVES FILHO (ICC), EMILIANO RAIMUNDO DA SILVA (IJF), HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO (IJF), JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA (IJF)

RESUMO: Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GISTs) são neoplasias sólidas do trato gastrointestinal, encontrados principalmente no estômago e no intestino. Eles raramente se apresentam como lesões císticas. Relatamos este caso em virtude da dúvida diagnóstica que enfrentamos durante as investigações iniciais, tanto radiológicas quanto laboratoriais. O exame histopatológico do espécime resultou em diagnóstico inesperado. Relato do caso: paciente do sexo masculino, 69 anos, referindo há 3 meses dor abdominal localizada em epigástrio, de leve intensidade e associada a pirose. Negava perda ponderal ou hiporexia no período. Possuía história de trauma abdominal contuso há 20 anos após acidente automobilístico, mas sem necessidade de tratamento cirúrgico. Realizou ultrassonografia abdominal que mostrou grande lesão cística na região epigástrica, em topografia da cauda pancreática, sugestiva de pseudocisto. Endoscopia digestiva alta mostrou esofagite de refluxo leve e compressão extrínseca no corpo gástrico, observando-se orifício fistuloso drenando secreção serosa na parede posterior do estômago, com enantema circunjacente. Realizada tomografia computadorizada de abdome com contraste que mostrou lesão cística medindo 9,0 × 8,0 × 6,0 cm em topografia de cauda do pâncreas e adjacente ao estômago. Exames laboratoriais normais, inclusive dosagem de amilase e lipase séricas e de marcadores tumorais. Após esses achados, foi feita a hipótese diagnóstica de pseudocisto pancreático e indicada abordagem cirúrgica para realização de cistogastrostomia. Durante o ato operatório, foi evidenciado que se tratava de tumor intimamente relacionado à pequena curvatura gástrica e ausência de lesão em pâncreas, mudando-se a hipótese para um tumor exofítico do estômago. Foi realizada ressecção completa do tumor, juntamente com parte da pequena curvatura gástrica. Peça cirúrgica foi enviada para a histopatologia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. Histopatológico e imunohistoquímica confirmaram o diagnóstico de GIST gástrico. Paciente encaminhado para tratamento adjuvante. Conclusão: Em decorrência desse achado, sugerimos que GIST gástrico pode fazer parte do diagnóstico diferencial das lesões císticas complexas localizadas no abdome superior.

PALAVRAS-CHAVES: GIST GÁSTRICO | PSEUDOCISTO DE PÂNCREAS | CIRURGIA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1228

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VOLVO JEJUNAL SECUNDÁRIO A MÁ-ROTAÇÃO INTESTINAL EM ADULTO - um caso incomum de abdome agudo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAULO BORBOREMA TELES (HOSPITAL HELIÓPOLIS), FÁBIO ISRAEL LIMA CASTELO BRANCO MARQUES (HOSPITAL HELIÓPOLIS), IGOR BOTELHO DE ARAUJO (HOSPITAL HELIÓPOLIS), RAFAELA CRISTINA DE CAMPOS (HOSPITAL HELIÓPOLIS), ALEXANDRE SANTANA DE OLIVEIRA GALVÃO (HOSPITAL HELIÓPOLIS), DANIEL DE CASTILHO DA SILVA (HOSPITAL HELIÓPOLIS)

RESUMO: Introdução: A má rotação intestinal é uma anomalia congênita decorrente de uma rotação incompleta ou não rotação do intestino no eixo dos vasos mesentéricos superiores durante o desenvolvimento embriológico. É uma condição familiar para os cirurgiões pediátricos, porém a incidência em adultos é de apenas 0,2%, com alta morbidade devido ao risco de necrose intestinal. Este trabalho objetiva relatar um caso de volvo jejunal em paciente adulto, secundário a má-rotação intestinal. Relato de caso: EML, masculino, 28 anos, com queixa de dor abdominal com 4 dias de evolução, em cólica, difusa, refratária a analgesia comum, associada a vômitos recorrentes pós-prandiais e febre não aferida. Negava diarreia, perda ponderal ou outros sintomas. Já havia procurado outros três serviços desde o surgimento dos sintomas. Referia quadro semelhante há 1 ano, com resolução espontânea. Sem outros antecedentes pessoais. Ao exame físico, estado geral regular, postura antálgica e levemente desidratado. Abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes e propulsivos, depressível, doloroso difusamente à palpação, com defesa voluntária e massa palpável em mesogástrio, móvel. Exames laboratoriais sem alterações significativas. Radiografia de abdome evidenciou alças de delgado distendidas e agrupadas em quadrante inferior esquerdo, bem como ausência da moldura colônica. Tomografia computadorizada de abdome demonstrava o sinal da via láctea em abdome superior. Indicada laparotomia exploradora, identificada rotação de aproximadamente 720º de alças de delgado e cólon em torno da raiz do mesentério, em sentido horário, com membranas de tecido fibroso fixando-as, sem sinais de isquemia aguda, porém com ingurgitamento e ectasia de vasos intestinais. Realizado procedimento de Ladd: Após liberação de aderências, volvo foi desfeito, permitindo visualização de má-rotação intestinal, com ceco livre na cavidade e transverso posicionado abaixo das alças de delgado. Realizado fixação do ceco em fossa ilíaca direita e apendicectomia. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com reintrodução da dieta e retorno dos hábitos intestinais precoces. Recebeu alta hospitalar no 3º pós-operatório, sendo acompanhado ambulatorialmente. **CONCLUSÃO:** A má-rotação intestinal deve estar presente entre os diagnósticos diferenciais de abdome agudo obstrutivo no adulto, visando uma identificação precoce e redução da morbidade. Com isso, evitam-se complicações graves como necrose intestinal e síndrome do intestino curto.

PALAVRAS-CHAVES: Má rotação intestinal | Volvo jejunal | Procedimento de Ladd

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1261

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL AGUDA POR BRIDA DECORRENTE DE DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), DIEGO COIMBRA ALENCAR (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), JOÃO EMILIO LEMOS PINHEIRO FILHO (HOSPITAL SANTA MARIA), MARIANE MENDES GIL BARBOSA SANTOS (HOSPITAL SANTA MARIA), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), GERMANO DE SOUSA LEÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), WAGNER MAGALHÃES SILVA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ), MAC DAVE CARDOSO RIBEIRO MATOS SILVA (HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TERESINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é uma falha na involução do ducto onfalomesentérico que pode ocorrer em proporções iguais tanto condizente à idade quanto ao sexo. Complicações acontecem de forma prevalente no homem sendo uma delas a obstrução intestinal. RELATO DE CASO: Homem, 28 anos, admitido no serviço de urgência em um hospital público de Teresina ? PI em novembro/2016 com relato de dor abdominal, vômitos, constipação e astenia há 1 semana. Ao exame físico apresentava abdome distendido, ausência de ruídos hidroaéreos e dor tanto à palpação abdominal superficial quanto profunda. Logo em seguida foram realizados raio ? X de abdome e tomografia computadorizada que demonstraram grande distensão de alça com níveis hidroaéreos. A seguir o paciente foi submetido à laparotomia exploradora que revelou obstrução intestinal por brida devido a divertículo de Meckel. Submetido a lise da brida e enterectomia do divertículo. Concedida alta hospitalar (3º dia de pós operatório) em virtude de uma evolução clínica sem interc orrências. CONCLUSÃO: Esse caso revela um caso pouco frequente no dia a dia de obstrução por brida em paciente com divertículo de Meckel, que deve ser sempre lembrado do diagnóstico diferencial dos abdomens agudos obstrutivos. BIBLIOGRAFIA:BRAGA, J. da S.; BERNARDES, A. J. S. Divertículo de Meckel: revisão e análise retrospectiva de uma casuística de 64. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) ? Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30538/1/Trabalho%20Final%206%C2%BA%20Ano.pdf>. Acesso em: 11 Fev. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA | DIVERTÍCULO ILEAL | HOSPITALIZAÇÃO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1274

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LEIOMIOMA DUODENAL SIMULANDO TUMOR DE CABEÇA DE PANCREAS ?RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), MAYARA MAGRY ANDRADE DA SILVA (HGV), ILLOMA ROSSANY LIMA LEITE (FACID), VITORIA NEIVA PINHEIRO CORREIA (FACID), FERNANDA MARIA GONÇALVES DE SOUSA MOURA (FACID), FRANCISCO VITOR PEREIRA DE SOUSA (FACID), WILDSON SANTOS CRAVEIRO ROSA (FACID)

RESUMO: INTRODUÇÃO: tumores benignos do trato gastrointestinal superior são incomuns e em torno de 25% destes são leiomiomas. O duodeno é a região menos acometida pelos leiomiomas(5%) que o jejuno(19%) ou estômago(61,5%). Mais comumente é uma lesão da submucosa assintomática, descoberta acidentalmente por endoscopia ou autópsia. Quando há sintomas, tem sido descrito dor abdominal e melena. As complicações envolvem sangramento gastrointestinal, anemia e menos comumente obstrução. A endoscopia tem se mostrado sensível em identificar as lesões. O leiomioma duodenal faz diagnóstico diferencial com neoplasia maligna periampular, tumor gastrointestinal estromal e pâncreas ectópico. Como abordagem cirúrgica, tem sido descrito duodenotomia com exérese das lesões menores e mais frequente duodenectomia segmentar com anastomose término-terminal. Ambas as abordagens se precedem por biópsia intraoperatória por congelamento, o que evita abordagens mais agressivas. Objetivo do estudo é relatar um caso de paciente portador de leiomioma duodenal em hospital público de Teresina - PI. RELATO DE CASO: M.R.A, 67 anos, feminina, procurou serviço médico queixando-se de dor abdominal vaga e inespecífica. Encontrava-se em BEG, anictérica e exame físico normal. Foi submetida à investigação inicial com Ultrassonografia de abdome que evidenciou lesão sólida na cabeça do pâncreas. Na tomografia de abdome foi visualizada lesão sólida medindo inicialmente 5x4x4,5cm em cabeça do pâncreas. Marcadores tumorais como CEA e CA 19-9 negativos. Foi indicado ressecção da lesão e proposto duodenopancreatectomia. Durante o ato operatório, evidenciou-se lesão na parede duodenal da primeira porção com projeção para o parênquima pancreático sem comprometê-lo e com plano de clivagem. Foi optado por ressecção (duodenectomia) com preservação da papila e pâncreas e anastomose gastrojejunal em Y-roux. A paciente recebeu alta no 6º PO sem intercorrências. O histopatológico confirmou leiomioma duodenal. CONCLUSÃO: leiomioma duodenal é uma neoplasia rara. Quando sintomático, é importante causa de dor, anemia ou sangramento gastrointestinal agudo. O estudo desta neoplasia se mostra importante por fazer diagnóstico diferencial com as lesões benignas ou malignas mais comuns da cabeça do pâncreas e duodeno.

PALAVRAS-CHAVES: leiomioma | duodeno | tumor de pâncreas

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1295

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hemorragia Digestiva do Intestino Médio por Tuberculose Entérica.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL ANGELO FERREIRA DA FONSECA (UNESC), ARTHUR OLIVEIRA AGUILAR (UNESC), SÂMELA COMÉRIO (UNESC), GABRIELA DALFIOR FERREIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSE), LAILA GIACOMINI COUTO (UNESC), JORGE FELIPE SOUSA MENENGUCI (UNESC), ELISA REISEN VASCONCELOS (UNESC), POLYANA FERNANDES FLORES PEREIRA (UNESC)

RESUMO: Introdução: A hemorragia digestiva do intestino médio tem origem entre o ângulo de Treitz e a válvula ileocecal. Fazer o diagnóstico etiológico de hemorragia do intestino é um grande desafio. Objetivo: Relatar um caso de hemorragia do intestino médio devido à tuberculose entérica. Resultados: Mulher, 25 anos, dá entrada no HMSJ com dispneia aos esforços e febre. Portadora de cardiomiopatia reumática e insuficiência renal crônica em terapia dialítica. Na admissão com estenose mitral importante e insuficiência mitral moderada. Iniciado antibioticoterapia e submetida à nova troca valvar mitral. Evoluindo no pós-operatório com melena e necessidade de transfusões. Propedêutica com endoscopia digestiva alta e colono sem anormalidades. Realizada arteriografia abdominal, com pequena angiectasia em cólon esquerdo, sem sangramento ativo. Recebeu alta após parada espontânea do sangramento e estabilidade hematimétrica. Retorna 8 dias depois, hipotensa, taquicárdica, febril ;referindo melena vultuosa. Submetida a laparotomia exploradora com observação de lesões monomórficas nodulares em todo mesentério e peritônio visceral; por transiluminação visualizado sangue no interior das alças do delgado; em ponto mais proximal do jejuno, notado espessamento, sendo realizada enterectomia. Após exposição da mucosa notou-se lesão ulcerada. Histopatológico da peça cirúrgica e peritônio com processo inflamatório crônico granulomatoso, células gigantes multinucleadas e necrose de padrão caseoso. Conclusão: A tuberculose entérica é uma situação rara, que pode se apresentar de diversas formas. As manifestações clínicas são variadas e inespecíficas, podendo incluir hemorragia digestiva. Em suspeita de sangramento do intestino médio, tuberculose deve ser uma hipótese considerada em pacientes imunossuprimidos com sangramento persistente.

PALAVRAS-CHAVES: Tuberculose entérica | Hemorragia do intestino médio | Mesentério

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1296

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA HIATO GIGANTE: CAUSA DE ANEMIA OCULTA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REMO JOGAIB SALCIARINI (HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS), CELIA MARIA GOUVEIA DE FREITAS (HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS), LUIS ANTONIO VANNI GUERRA (HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS), MIGUEL CHAVES FILHO (HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS), THIAGO BOECHAT DE ABREU (HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS), SAULO RENAN SILVA SANTOS (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: HÉRNIA HIATAL (HH) É O PROLAPSO DO ESTÔMAGO PARA A CAVIDADE TORÁCICA ATRAVÉS DO HIATO ESOFÁGICO. A HH É CLASSIFICADA SEGUNDO ALLISON EM TRÊS TIPOS: TIPO I OU DESLIZAMENTO (HHD), TIPO II OU ROLAMENTO OU PARAESOFAGEANA (HHP) E TIPO III OU MISTA. UM QUARTO TIPO É DESCRITO NA LITERATURA COMO TIPO IV, OU GIGANTE OU ESTÔMAGO INTRATORÁCICO (HHG). APROXIMADAMENTE 33% DOS PACIENTES COM HHP APRESENTA ANEMIA, PROVENIENTE DE SANGRAMENTO OCULTO DA PORÇÃO DA MUCOSA GÁSTRICA HERNIADA QUE SOFRE ULCERAÇÃO. ESTA ASSOCIAÇÃO MELHOR SE COMPROVA, APÓS PROVA TERAPÊUTICA DE REPARO CIRÚRGICO DA HÉRNIA COM 90% DE CURA. RELATO DE CASO: L.A.S., FEMININO, 57 ANOS, OBESIDADE GRAU I, INTERNOU NO HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS, DEVIDO ANEMIA SINTOMÁTICA E REFRATÁRIA À REPOSIÇÃO ORAL DE FERRO (FE) E SEM FOCO SANGRANTE APARENTE. QUEIXA PRINCIPAL DE "FRAQUEZA NAS PERNAS" E "QUEIMAÇÃO" RETROESTERNAL INICIADOS HÁ TRÊS MESES. ABDOMINOPLASTIA PRÉVIA HÁ 15 ANOS. EXAME FÍSICO: HIPOCORADA (2+/4+), ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE E TAQUICÁRDICA. ABDOME OBESO, DOLOROSO EM EPIGÁSTRIO, SEM SINAIS DE PERITONITE E PRESENÇA DE CICATRIZ EM REGIÃO HIPOGÁSTRICA DA ABDOMINOPLASTIA PRÉVIA. LABORATÓRIO DE ADMISSÃO ERA COMPATÍVEL COM ANEMIA FERROPÊNICA. ACHADOS DA 1ª ENDOSCOPIA (EDA): HHD SEM SINAIS DE SANGRAMENTO NA MUCOSA DO ESTÔMAGO OU DUODENO. COLONOSCOPIA: DOENÇA DIVERTICULAR SEM SINAIS DE COMPLICAÇÕES. 2ª EDA: HHG SEM SINAIS SANGRAMENTO DE MUCOSA. INDICADO REPARO CIRÚRGICO E FUNDOPLICATURA À NISSEN VIDEOLAPAROSCÓPICA. RETORNOU APÓS TRÊS MESES NO AMBULATÓRIO SEM SINAIS CLÍNICOS OU LABORATORIAIS DE ANEMIA. CONCLUSÃO: O CASO MOSTRA A IMPORTÂNCIA DE SE REALIZAR EDA E COLONOSCOPIA DE ROTINA, NOS CASOS DE ANEMIA FERROPÊNICA DE CAUSA OCULTA E QUE NÃO RESPONDEM AO TRATAMENTO CLÍNICO. A EDA É CONSIDERADA O PADRÃO-OURO PARA IDENTIFICAR AS ÚLCERAS ASSOCIADAS ÀS HHG, CONHECIDAS COMO ÚLCERAS DE CAMERON. O DIAGNÓSTICO DEMANDA ALTA TAXA DE SUSPEIÇÃO E FAMILIARIDADE COM A APARÊNCIA ENDOSCÓPICA. O ESTUDO DE TRASTEK REALIZOU CORREÇÃO CIRÚRGICA DA HH COM TRATAMENTO DA ANEMIA EM 91,8% DOS CASOS. A ASSOCIAÇÃO DE ANEMIA OCULTA E PERSISTENTE EM PACIENTES COM HH VOLUMOSAS DEVE SEMPRE SER LEMBRADA. A DESPEITO DE NÃO SE IDENTIFICAR UM FOCO DE SANGRAMENTO APARENTE NAS EDA A SUSPEIÇÃO DIAGNÓSTICA NÃO PODE SER DESCARTADA. O TRATAMENTO DEVE SER COMBINADO COM INIBIDOR BOMBA DE PROTONS, FE E CIRURGIA, JÁ QUE ESTÁ ÚLTIMA PREVINE RECORRÊNCIA DE SANGRAMENTO E COMPLICAÇÕES POTENCIALMENTE LETAIS.

PALAVRAS-CHAVES: hernia hiato gigante|anemia|cameron

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1318

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Peutz-Jeghrs: um relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA DUTRA HAMILTON (UFFS), MATHEUS RIZZOTTO (PUCRS), LAIS RAMALHO CHAVES ISOBE (UFFS), CLEISI PEZZINI SANDRI (UFFS), FABIANA MARTINO SEHN (UFFS), FELIPE BALDUS (UFFS), ANDRE EMANUEL LUNKES DE OLIVEIRA (UFFS), RAMIR LUAN PERIN (UFFS)

RESUMO: Introdução: A Síndrome de Peutz-Jeghrs é uma doença hereditária rara, que se caracteriza pela presença de polipose múltipla hamartomatosa, pigmentação melânica cutâneo-mucosa e transmissão autossômica dominante. Os pacientes apresentam, essencialmente, intusseção de delgado, hematoquezia e anemia. Relato de caso: G.D da S., sexo feminino, 14 anos. Paciente procurou serviço de emergência por dor abdominal, náuseas e vômitos, sem alterações urinárias e gastrointestinais, ela apresentava manchas melânicas na mucosa labial e na face palmar dos quirodactilos, abdomen doloroso a palpação de epigastro sem sinais de irritação peritoneal. Evidenciava leucocitose com desvio a esquerda, progredindo a investigação, foi solicitado ultrassom abdominal sugerindo imagem ecogênica em região do epigastro de etiologia indeterminada. Prosseguimos, solicitando TC de abdomen com impressão diagnóstica de intussuscepção jejunojejunal, nódulo no cólon ascendente de aspecto indeterminado e pequena quantidade de líquido livre na pelve. Foi indicado intervenção cirúrgica com laparotomia exploradora. Os achados intraoperatórios de intusseção jejunojejunal com tumor de delgado. Realizado enterectomia segmentar para ressecção de tumor, reduzida intusseção com presença de alças viáveis. Paciente teve boa evolução pós-operatória. Anatomopatológico evidenciou pólipos hamartomatosos de jejuno. No momento, paciente mantém seguimento ambulatorial, com orientação de controle com endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Conclusão: Os indivíduos acometidos pela Síndrome de Peutz-Jeghrs tem um risco acumulativo de câncer estimado em 93%. Os órgãos mais acometidos são os do trato gastrointestinal, pulmão, próstata, mamas e os órgãos reprodutores. O acompanhamento é basicamente o rastreamento dos pólipos hamartomatosos, todavia não existe consenso quanto a periodicidade do seguimento. É recomendável que os pacientes assintomáticos sejam beneficiados de exame de endoscopia digestiva alta para ablação dos pólipos a cada 2 anos. A ressonância magnética é um bom método para avaliação do intestino grosso e testículos. A ecografia abdominal é fundamental para excluir neoplasia de pâncreas. Nas mulheres, a mamografia, citopatológico de colo de útero e a ecografia transvaginal devem ser efetuados a cada um ou dois anos. A anemia deve ser investigada em todos os pacientes. O tratamento cirúrgico está indicado, principalmente, em casos de obstrução, sangramento e intussuscepção intestinal.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Peutz-Jeghrs | Tumor de delgado | Manchas lentiginosas

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1359

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Peutz-Jeghers

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CONRADO ANTONIO VASSELAI (SANTA CASA), MESSIAS FROES DA SILVA JUNIOR (HC SP), LUCAS DELGADO DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE BRAGANÇA PAULISTA), JACINTHO SOARES SOUZA LIMA (SANTA CASA DE BRAGANÇA PAULISTA), GUILHERME RAMOS LENHARO (SANTA CASA DE BRAGANÇA PAULISTA), SERGIO LENHARO (SANTA CASA DE BRAGANÇA PAULISTA)

RESUMO: Peutz-Jeghers é o nome dado à uma rara síndrome autossômica e dominante que tem como principais características a pólipose hamartomatosa no trato gastrointestinal além de pigmentações melânicas na pele e em mucosas. Paciente do sexo feminino, 17 anos, deu entrada no PS da Santa Casa de Bragança Paulista com queixa de dor abdominal há 2 dias em região epigástrica além de vômitos, sem febre ou diarreia. Ao exame se apresentava em BEG, eupneica, afebril, normocárdica. O abdome era flácido com dor a palpação de região umbilical sem caracterizar peritonite. Negava antecedentes relevantes e referiu ciclo menstrual sem alterações. Foram solicitados exames de laboratório e RX de tórax e abdome (em pé e deitado). Os exames de laboratório se mostravam dentro da normalidade e o RX de abdome evidenciava nível hidroaéreo em delgado, mas com presença de ar em reto. Procedeu-se então a uma TC de abdome. A TC sugeriu intussuscepção de jejuno com sinais de sofrimento vascular, além de múltiplos pólipos gástricos, duodenais e jejunais. Indicada a laparotomia exploradora. No acesso à cavidade identificou-se um pouco de líquido hemático em fundo de saco e a presença de segmento de alça de jejuno com coloração escurecida simulando uma hérnia interna. Optou-se pela ressecção do segmento doente e realização de anastomose jejuno-jejunal latero-lateral. Após findado o ato operatório exploramos a peça cirúrgica e identificamos uma telescopagem total do jejuno, além da presença de vários pólipos grandes e pediculados na luz do intestino. Vale lembrar que após a cirurgia e valendo-se da suspeita diagnóstica, no 1º PO realizamos um exame direcionado a cavidade oral e identificamos várias manchas pigmentadas na mucosa interna do lábio inferior. A paciente evoluiu bem, sem intercorrências e recebeu alta no 3º PO. Retornou ao serviço 10 dias após a alta em BEG, sem queixas e com o resultado do anatomopatológico sugerindo pólipos de aspecto hamartomatoso sem malignidade. Os sintomas na síndrome de Peutz-Jeghers podem aparecer desde a primeira década de vida. A dor abdominal recorrente, anemia, sintomas relacionados ao hiperestrogenismo devido aos tumores de cordão sexual, além de massa testicular, podem estar associados. A intussuscepção é a causa mais comum de cirurgia de urgência e existe o risco aumentado do desenvolvimento de câncer nestes pacientes, principalmente no pâncreas, útero, ovário, mamas, testículo, estômago e intestino delgado.

PALAVRAS-CHAVES: Abdome Agudo | Intussuscepção | Síndromes

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1372

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA MAÇA EM PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVA SECUNDARIO A DIVERTICULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA QUERINO TEIXEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ), ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUSA (MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES), JOSÉ ANTONIO COELHO JUNIOR (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ)

RESUMO: Introdução: A doença diverticular pode se apresentar como divertículos verdadeiros ou falsos. O primeiro contém todas as camadas da parede intestinal e em geral é congênito, sendo o Divertículo de Meckel o tipo mais comum e a anomalia congênita mais frequente do trato gastrointestinal. O este divertículo ocorre na porção médio-distal do íleo, de forma solitária e se estende a partir do lado antimesentérico do intestino. É formado por uma Invaginação cega da parede do intestino delgado que é limitada pela mucosa, se comunica com o lúmen e inclui as 3 camadas da parede intestinal (mucosa, submucosa e muscular própria).Relato de caso: A.R.J., 22 anos, masculino, natural de Jundiaí, branco, solteiro, testemunha de Jovea, sem comorbidades conhecidas e sem outros antecedentes. Refere que sem antes nada sentir há 4 dias iniciou um quadro de hematoquezia, sangue cor vermelho vivo junto a fezes em pequena quantidade, negando quaisquer outras queixas, dores, distensão abdominal, vômitos ou febre. Procurou o serviço médico onde foi diagnosticado inicialmente com Doença Hemorroidária e prescrito uso de Proctyl VR por 2 dias, sem melhoras. Há 8 horas, houve piora da hematoquezia, com saída de maior volume e aumento da frequência do sangramento, não relacionado a evacuações, evoluindo até que há 1 hora, apresentou sangramento difuso, sem controle, com sensação de desmaio, fraqueza e lipotimia, procurando o PS nestas condições. Na sala de emergência paciente apresentava-se em choque hipovolêmico refratário a medidas de ressuscitação, sendo optado pela realização da Laparotomia exploratória onde evidenciou cavidade sem alterações, exceto por presença de um grande divertículo de Meckel, com sangue ativo em delgado, há 20 cm da válvula ileocecal, com erosão da mucosa, sem outras alterações. Após cirurgia, paciente evoluiu bem tendo alta no 5ºPOT.Conclusão: O Divertículo de Meckel tem uma prevalência de 2% na população geral, sendo frequentemente assintomática, principalmente em adulto. Quando sintomático pode-se apresentar com dor abdominal ou sintomas de hemorragia gastrointestinal, obstrução intestinal, inflamação diverticular ou perfuração. Entre 25 a 50% dos pacientes que apresentam sintomas tem menos de 10 anos de idade e a prevalência de sintomatologia varia de 17-70% dependendo dos fatores de risco associados. Neste caso, ressaltamos a importância do diagnóstico diferencial de Hemorragia Digestiva Alta para Divertículo de Meckel em pacientes jovens.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo de Meckel | Hemorragia Digestiva Baixa | Doença Diverticular

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1385

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: BURIED BUMPER SYNDROME: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIO SERGIO MACHADO DE CAMPOS (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), NATALIA MAXIMIANO SILVESTRE (UNESC), MARCO ANTONIO TISCOSKI NESI (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), GABRIEL ZANETTE NASPOLINI (UNESC), GABRIEL CIPRIANO VIDAL HELUANY (UNESC)

RESUMO: Introdução: A gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) é um método efetivo e relativamente seguro para nutrir pacientes com déficits neurológicos e patologias proximais do trato gastrointestinal. O procedimento é passível de algumas complicações, uma delas baseia-se no deslocamento da canula de fixação interna (bumper) pelo trato da ostomia fora do estomago, realocando-se entre a parede gástrica e a pele, a chamada Buried Bumper Syndrome (BBS). O principal fator etiológico é a pressão entre a fixação externa e interna do dispositivo da PEG e pode resultar em disfunção do tubo, perfuração gástrica, peritonite, sangramento e morte do paciente. Relato de caso: RVM, 60 anos, feminina, foi admitida na emergência com relato de sonda de gastrostomia não funcionando, drenagem de secreção gástrica ao redor do orifício de inserção da sonda e fâscies de dor à palpação abdominal. A paciente é portadora de sequelas neurológicas graves após hemorragia subaracnóidea em 2014. Foi necessária uma instalação de sonda de gastrostomia (via endoscópica) naquela ocasião. Exames laboratoriais apresentavam leucocitose com desvio à esquerda. Após avaliação inicial, foi submetida a uma endoscopia digestiva alta (EDA) que identificou, na grande curvatura da transição de corpo-antra, elevação recoberta por mucosa enantematosa em local correspondente ao bottom de gastrostomia (que não se encontrava na luz gástrica), complicação conhecida como BBS. Após o exame, iniciou-se uso de cristaloides e piperacilina tazobactam endovenosos. Optou-se pela realização de retirada cirúrgica da sonda de gastrostomia. O botton se encontrava fixo em espaço subaponeurótico, fez-se uma incisão transversa em local de inserção de sonda para a sua retirada, sob visualização endoscópica direta, sem intercorrências e sem saída de secreção gástrica pela ferida operatória. No mesmo tempo cirúrgico, inseriu-se nova sonda de gastrostomia via endoscópica em local mais cranial do que a anterior. Houve melhora clínica e laboratorial significativa no pós operatório, com a gastrostomia funcionando e a paciente recebeu alta 15 dias após o procedimento. Conclusão: A BBS é relativamente rara e, geralmente, uma complicação tardia da colocação do tubo PEG. O tratamento geralmente inclui a remoção do tubo junto com tratamento de feridas. Embora vários fatores possam contribuir para o desenvolvimento desta doença, a maioria dos casos pode ser evitada com o atendimento e orientação adequados ao paciente e seu cuidador.

PALAVRAS-CHAVES: Gastrostomia | Buried Bumper Syndrome | Cirurgia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1402

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Intussuscepção íleoileal associada a um tumor miofibroblástico inflamatório

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARLEI RIZZIERI (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), NATALIA MAXIMIANO SILVESTRE (UNESC), MARCO ANTONIO TISCOSKI NESI (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), GABRIEL CIPRIANO VIDAL HELUANY (UNESC)

RESUMO: Introdução:A intussuscepção é determinada pela invaginação de parte do intestino em si, não sendo comum em adultos e muitas vezes é um diagnóstico negligenciado. Em adultos, na maioria dos casos é identificada uma patologia adjacente como causa inicial. Normalmente, os pacientes apresentam-se com dor abdominal aguda, intensa, intermitente, que se não tratada pode evoluir para isquemia, perfuração ou peritonite. O tumor miofibroblástico inflamatório é um tumor mesenquimal com comportamento predominantemente benigno, mas de potencial maligno incerto, podendo evoluir com graus de agressividade variáveis. Relato de Caso: MJG, 83 anos, masculino, hipertenso e dislipidêmico, interna na emergência, hipertenso e dislipidêmico, com diminuição de eliminação de flatos e fezes há aproximadamente 2 semanas, associado a desconforto abdominal e vômitos. Sem outros sintomas. No exame físico, o abdômen se apresentava tenso, hipertimpânico, massa com dor à palpação em fossa ilíaca direita. Exames laboratoriais apresentavam leucocitose e desvio a esquerda. Em tomografia de abdômen com contraste, evidenciou-se intussuscepção ileoileal na fossa ilíaca direita, associada a distensão de alças de delgado a montante, com níveis hidroaéreos e espessamento parietal de algumas alças de delgado. Diante deste quadro de abdômen agudo obstrutivo, a principal hipótese diagnóstica era neoplasia de intestino delgado. Optou-se pela realização de laparotomia exploradora. Realizou-se enterectomia de segmento ileal com intussuscepção, com anastomose termino-terminal. Paciente apresentou íleo metabólico no pós-operatório, resolvido com tratamento clínico, e recebeu alta hospitalar 17 dias após a cirurgia. O exame anatomopatológico evidenciou neoplasia mesenquimal com baixo índice mitótico, originada na submucosa e margens de ressecção livres. Estes achados sugeriam GIST (Gastrointestinal stromal tumor). No entanto, na imunohistoquímica, não houve expressão de CD34 e CD117, encontrados no GIST, perfil compatível com tumor miofibroblástico inflamatório. Não foi necessário tratamento quimioterápico adjuvante. Conclusão:A intussuscepção intestinal em adultos ocorre normalmente após outro processo patológico, portanto, é preciso suspeitar de divertículos, infecções, pólipos ou tumores, em casos de paciente com quadro abdominal obstrutivo. Recomenda-se fazer tratamento correto e acompanhar esses pacientes para prevenção de novos agravos e melhor sobrevida do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: intussuscepção | tumor miofibroblástico | enterectomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1410

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cisto de mesentério: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE BELETÁBLE FONSECA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), JOÃO PAULO SILVA VIEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), SILLAS MOURÃO PINTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), ANTONIO SERGIO ALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), JOSE LUIZ CAMPELLO DE MELLO VIANNA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), PABLO NELSON DO VALLE HUBNER (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), THIAGO DE ALMEIDA FURTADO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), DIEGO PAIM CARVALHO GARCIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO Os cistos mesentéricos são lesões benignas e raras, com acometimento de 1 para cada 27.000 a 250.000 pessoas. Predominam em mulheres na 4ª década de vida. Os sintomas mais comuns são dor abdominal (82%) e náuseas e vômitos (45%) e o sinal clínico mais comum é a massa palpável. Os melhores exames são a ultrassonografia (US) e tomografia computadorizada (TC). Os cistos podem ocorrer em qualquer segmento, mas a maioria se encontra no mesentério do intestino delgado. As complicações mais frequentes são perfuração, supuração, oclusão intestinal aguda e degeneração maligna. O tratamento de escolha é a excisão completa, associada ou não à ressecção intestinal. Quando esta não é possível, opta-se por enucleação e marsupialização. RELATO DE CASO. L.C., mulher, 67 anos, apresenta queixa inespecífica de náuseas e vômitos iniciados há 7 anos, sem fatores de melhora ou piora. Nega dor abdominal ou perda ponderal. Hábitos fisiológicos preservados. História cirúrgica prévia de cesárea. Sem outras queixas. Bom estado geral ao exame físico. À palpação abdominal, presença de massa de 8 cm de diâmetro em mesogástrio, móvel, indolor. Ao US abdominal (17/09/14): formação cística em mesogástrio, de contornos lobulados, conteúdo anecóico e homogêneo, de 97 x 70 x 57 mm, volume 206 mL, com finas septações irregulares em seu interior, sem fluxo ao Doppler. Exames laboratoriais sem alterações. À TC de abdome e pelve com contraste (03/12/14): formação hipodensa, de 96 x 76 mm, na região pré-ilíaca comum direita, conteúdo homogêneo. Submetida a laparotomia exploradora em 26/10/16, evidenciando lesão de mesentério, de 9 cm de diâmetro, conteúdo cístico, com planos de clivagem livres. Ausência de carcinomatose peritoneal. Aspirado conteúdo do cisto e exérese completa da cápsula do mesmo. Ausência de invasão neoplásica, perfuração ou isquemia de alças intestinais. Recebeu alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório. Retorna ao ambulatório assintomática. Ao exame anatomopatológico: achados histopatológicos compatíveis com parede de cisto mesentérico, associado a processo inflamatório crônico inespecífico. Após um mês, manteve-se assintomática, recebendo alta da Cirurgia Geral. CONCLUSÃO Os cistos de mesentério são lesões intra-abdominais raras. Os sinais e sintomas mais comuns são inespecíficos, tornando o diagnóstico difícil. Os exames de imagem preferenciais são US e TC. O tratamento de escolha é cirúrgico, visando a excisão completa da lesão. A doença cursa com bom prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto de mesentério | Cisto benigno | Massa abdominal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1411

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Herniação de Tumor Desmoide Mesentérico: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALOYSIO ENCK NETO (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, POA), RODRIGO MOMBERGER ROESLER (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL (UNISC)), LUCAS GONÇALVES MATTE (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, POA), LUCAS ALESSIO PEREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, POA), CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES)

RESUMO: Introdução: Os tumores desmoides são neoplasias raras, em geral benignas, com crescimento lento, mas com alta capacidade de invasividade local. São o resultado da proliferação de fibroblastos e miofibroblastos, envoltos por uma matriz de colágeno. Acometem principalmente adultos jovens, sendo mais prevalentes no sexo feminino, com uma incidência anual variando de 2 a 4 casos por milhão. Seu manejo deve ser avaliado individualmente, porém destaca-se a abordagem cirúrgica na maioria dos casos. Relato de Caso: Homem, 45 anos, sem comorbidades ou cirurgias prévias, interna por abaulamento em região inguinal direita e dor local, com evolução de 4 dias e piora progressiva dos sintomas. Ao exame, apresentava abaulamento inguinal, doloroso à palpação, com conteúdo irreduzível, porém sem sinais de irritação peritoneal. O exame ecográfico de abdômen e parede abdominal demonstrou herniação inguinal à direita, contendo segmento intestinal, bem como imagem heterogênea e irregular em fossa ilíaca direita (FID), aderida a planos adiposos mesentéricos, associada a líquido livre em cavidade abdominal. Baseados nestes achados, solicitou-se exame tomográfico contrastado de abdômen, o qual evidenciou lesão com densidade de partes moles em FID, com dimensões de 5,0cm x 4,0cm, de aspecto ovalado, com discreta impregnação pelo contraste. O paciente foi submetido à videolaparoscopia diagnóstica, na qual identificou-se hérnia inguinal direita, com anel inguinal dilatado, contendo suposta massa mesentérica com sinais de isquemia; optou-se, desta forma, pela conversão da cirurgia para inguinotomia e acesso abdominal pelo anel inguinal interno. Procedeu-se com a exérese dessa massa e posterior correção da hérnia inguinal pela técnica de Lichtenstein. Conclusão: Concluindo, os tumores desmoides, apesar de raros, podem causar grande impacto aos pacientes. Seu crescimento lento, associado ao crescimento em superfícies de grande mobilidade pode levar à formação de massas de grandes dimensões, que cursam com grande agressividade local, sendo, por vezes, irressecáveis no momento do diagnóstico. No presente caso, a forma de apresentação do tumor como hérnia inguinal encarcerada foi bastante atípica, sendo o segundo caso relatado na literatura. O tratamento é bastante controverso, principalmente se considerarmos o grande índice de recidiva da lesão; contudo, na maioria dos casos, opta-se pela terapia cirúrgica, pelo fato de a mesma ser considerada de maior eficácia.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor Desmoide | Hérnia Inguinal Encarcerada | Neoplasia rara

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1416

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR GASTROINTESTINAL ESTROMAL (GIST) COM APRESENTAÇÃO EXOFÍTICA PEDICULADO EM GRANDE CURVATURA DO ESTOMAGO. RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA (UNIVASF), EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR (UNIVASF), SANDRA LUCIA LODI PERES (UNIVASF), THIAGO JARDIM PEREIRA (UNIVASF), HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES (UNIVASF), ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO (UNIVASF), BRENO CARVALHO CAVALCANTE (UNIVASF)

RESUMO: O tumor gastrointestinal do tipo estromal, (GIST) tem origem em células progenitoras das células intersticiais que expressam o receptor transmembrana da tirosina quinase CD117 (proteína KIT) e CD34. Mutações com ativação destes receptores desenvolvem a neoplasia. São tumores imprevisíveis no comportamento, a maioria é assintomática e descoberta acidentalmente durante exame endoscópico e radiológico. Pode-se observar a ocorrência do tumor em qualquer segmento do trato digestório onde haja camada muscular, considerando-se todos os componentes da camada muscular, incluindo tecido muscular liso, tecido nervoso originário do plexo mientérico ou de células mesenquimais primitivas, do esôfago ao reto, com distribuição não uniforme nos diversos segmentos. São infrequentes no esôfago e muito mais comuns no estômago onde são encontrados em cerca de 67% dos casos. No intestino delgado sua frequência é em torno de 25%, sendo que 1/3 está presente no duodeno. No cólon e reto está em torno de 10%. O diagnóstico é determinado por estudo histológico e imuno-histoquímico através de marcadores específicos que se fazem necessários para a diferenciação com outros tumores do trato digestório. O tratamento padrão é a ressecção cirúrgica completa. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 39 anos, branco, chega ao serviço com relato de epigastria refratária a sintomáticos. Negava perda de peso. Exames laboratoriais sem alterações e parâmetros nutricionais adequados. Já portava ultrassonografia de abdome com achado de lesão em parede gástrica, tomografia de abdome com formação expansiva exofítica em grande curvatura gástrica e endoscopia digestiva alta (EDA) com pólipos de JEG, área de abaulamento na mucosa de fundo gástrico, gastrite erosiva leve e duodenite inespecífica. Procedeu-se laparotomia exploradora com achado de lesão de parede anterior de corpo gástrico, de aproximadamente 8cm, sem aderências, nutrida por um fino pedículo vascular de aproximadamente 1cm. Realizada exérese da lesão. Anatomopatológico foi incapaz de diferenciar GIST de schwannoma, a imunohistoquímica definiu o diagnóstico: positiva para c-KIT, CD34, DOG1 compatível com tumor do estroma gastrointestinal com células fusiformes. Paciente segue assistomático e em acompanhamento. **CONCLUSÃO:** A apresentação de GIST de morfologia pediculado é incomum. Sendo uma lesão com potencial maligno sua identificação precoce e tratamento adequados incidem na sobrevida do paciente. **BIBLIOGRAFIA:**ZIU et al 2016 VON MEHREN M. 2016

PALAVRAS-CHAVES: GIST|TUMOR GASTROINTESTINAL ESTROMAL|PEDICULADO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1422

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO DE RESSECÇÃO EM BLOCO DE GIST DE DELGADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO MARQUES SILVEIRA (HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA), VITORIA CASTRO MARCOS (HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA), CAROLINA NOGUEIRA FERRAZ TREMONTE (HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA), LUCIANA BARBOSA PAGLIA (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA), ANDRESSA LOURENÇO DIAS (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA), POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA (HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA), PAULA DE JULIO MATHEUS (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA), BRUNO AMANTINI MESSIAS (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA), MATHEUS BARTOLOMEI DE SIQUEIRA CORRADI (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA)

RESUMO: Objetivo: relatar caso de GIST de delgado ressecado em bloco em hospital secundário. Materiais: revisão de prontuário eletrônico. Resultados: Paciente sexo feminino, 53 anos relata dor abdominal com duração de 3 meses. Ao exame, abdome flácido doloroso a palpação, presença de massa palpável pouco móvel da pelve até cicatriz umbilical. Tomografia evidenciou volumosa lesão expansiva iso/hipoatenuante, com intenso realce periférico grosseiro e área de liquefação com necrose central. Contornos lobulados, comprometendo alças do intestino delgado adjacentes. Múltiplos nódulos peritoneais adjacentes à lesão. Optado por laparotomia exploradora e enterectomia segmentar associado a ressecção de grande omento em bloco. O anatomo patológico revelou intestino delgado e epiplon com características de neoplasia mesenquimal fusocelular comprometendo parede do intestino delgado e epiplon. Imunohistoquímica: CD 34 positivo; c-kit (CD 117) positivo; perfil imunohistoquímico associado ao aspecto histológico consistente com tumor estromal intestinal. Conclusão: Os tumores estromais do trato gastrointestinal representam 80% dos tumores mesenquimais gastrointestinais. No passado, o GIST era classificado como leiomioma, leiomiossarcoma ou tumor derivado do plexo autonômico e só, recentemente, foi esclarecido que esta neoplasia constitui uma entidade bem definida (origem nas células intersticiais de Cajal e expressão da proteína Kit). Podem ter origem em todo trato gastrointestinal, sendo mais comuns no estômago, seguido pelo intestino delgado. O diagnóstico de GIST é feito quando existem características morfológicas celulares típicas associadas à imuno-histoquímica positiva para Kit. Nos casos de GIST com kit negativo, é solicitado PDGFR alfa. A ressecção cirúrgica com margem é a terapêutica adequada. Referências: 1) Local treatment for gastrointestinal stromal tumors, leiomyomas, and leiomyosarcomas of the gastrointestinal tract; Jeffrey Morgan, Chandrajit P Raut; Literature review current trough: Mar 2016. 124. 2) Tyrosine kinase inhibitor therapy for advanced gastrointestinal stromal tumors; Jeffrey Morgan; Literature review current trough: Mar 2016. 124. 3) Adjuvant and neoadjuvant imatinib for gastrointestinal stromal tumors; Jeffrey Morgan, Chandrajit P Raut; Literature review current trough: Mar 2016. 124.

PALAVRAS-CHAVES: GIST|TUMORES ESTROMAS|C-KIT

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1434

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pseudo-obstrução duodenal causada por estrogiloidíase: relato de caso e revisão da literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA MENDONÇA MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), ANTONIO MARCIAL PINHEIRO DE ALENCAR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), BEATRIZ GLEYSE MARINHO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), HELYSÂNIA SHÁDYLLA SANTOS DE FARIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO)

RESUMO: Introdução: A estrogiloidíase é uma doença parasitária mundial, endêmica em países tropicais como o Brasil. Tipicamente, a infecção é assintomática ou se manifesta com sintomas gastrointestinais vagos e inespecíficos, porém em pacientes imunocomprometidos a estrogiloidíase causa uma doença disseminada com manifestação gastrointestinal e respiratória, o que está associado a altas taxas de mortalidade. Esse caso tem como objetivo relatar uma pseudo-obstrução duodenal causada por estrogiloidíase disseminada em um paciente no Hospital das Clínicas-UFPE em 2016 e fazer uma revisão literária da patologia em questão. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 55 anos, diabética, tabagista, em uso diário de Prednisona (20mg/dia) para asma brônquica. Apresentava história de desconforto epigástrico associado a vômitos pós-alimentares, hiporexia, fraqueza e perda ponderal de 12kg, num período de dois meses. A paciente foi internada na enfermaria para prosseguir investigação etiológica do quadro após apresentar na endoscopia digestiva alta esôfago com erosões maiores que 5 mm, não confluentes e estômago com intenso edema e enatema envolvendo todos os segmentos, além de resíduo de estase em câmara gástrica. Evoluiu com piora da sintomatologia mesmo após a instalação de medidas clínicas, sendo decidido pelo médico assistente submeter a paciente a uma laparotomia exploradora para uma gastrojejunoanastomose como tratamento cirúrgico. A paciente evoluiu com piora clínica, sendo submetida à reabordagem cirúrgica no quinto dia pós-operatório. No anatomopatológico do produto da ressecção cirúrgica, foi descrito os achados de enterite necrosante, transmural, perfurativa, associada a intenso parasitismo helmíntico de caráter invasivo, quadro compatível com estrogiloidíase. Foi iniciado tratamento com ivermectina associado ao albendazol, evoluindo com melhora do quadro clínico. Conclusão: A obstrução duodenal é uma complicação rara, mas potencialmente fatal, da infecção por *S. stercoralis*. O grande espectro de manifestação clínica e a falta de síndrome clínica clássica tornam extremamente difícil o diagnóstico final de estrogiloidíase. Portanto, é necessário um alto índice de suspeição, principalmente em pacientes de áreas endêmicas e com algum fator de risco para desenvolvimento de estado de imunodeficiência, para o diagnóstico correto e precoce desta complicação incomum da infecção por *Strongyloides stercoralis*.

PALAVRAS-CHAVES: Obstrução intestinal | Obstrução duodenal | Estrogiloidíase

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1456

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: PERFURAÇÃO DO ÍLEO DISTAL SECUNDÁRIA A CORPO ESTRANHO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROSALIO RUBEN CUSIHUALLPA MOLLENEDO (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), CAROLINA DA SILVA GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), THIAGO DE SOUZA PERUSSOLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), PAULA SOTORIVA COELHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), SÁVIO LUIZ SANTOS LOPES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), JOSÉ LAÉRCIO DE ARAÚJO FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), ODAIR MACHADO VAZ (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), GLÁUCIO PIRES CARNEIRO (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Introdução: A ingestão acidental de corpo estranho junto com a alimentação é um problema clínico comum nos serviços de atendimento de emergência. Embora a maioria dos corpos estranhos deglutidos transite no trato gastrointestinal sem consequências num período de até uma semana¹, em até 1% dos casos ocorre perfuração em algum ponto do trajeto gastrointestinal, sendo mais comum na região ileocecal e no colo sigmoide. Só nos Estados Unidos, são reportadas 1500 mortes por ano. A maioria manifesta um quadro de abdome agudo. Porém, as taxas de mortalidade são extremamente baixas. Relato de Caso: S.R.S, 46 anos, feminino, parda, admitida no Hospital Geral de Roraima com queixa principal de dor abdominal. Paciente refere dor abdominal intensa (10/10) em fossa ilíaca direita no local de cirurgia prévia (apendicectomia há 2 anos). Após 5 horas foi avaliada pela cirurgia, apresentou febre, náuseas, vômito, cefaleia e posição antálgica. Trânsito intestinal preservado. Ao exame físico: abdome semigloboso, distendido, timpânico, depressível, ruídos hidroaéreos aumentados 2/4, doloroso à palpação na cicatriz prévia, Mac Burney (+), Blumberg (+). Leucócito de 15.760 e neutrófilos de 78%. A ultrassonografia não evidenciou o apêndice cecal nem líquido encapsulado ou livre em cavidade abdominal e pélvica, foi evidenciado grande quantidade de alças dilatadas. Foi solicitada a tomografia computadorizada, que demonstrou imagem alongada e espontaneamente hiperdensa, medindo cerca de 0,1 por 3,4 cm, localizada em fossa ilíaca direita, associada a tênue densificação dos planos adiposos adjacentes e mínima quantidade de líquido livre também adjacente, podendo corresponder a corpo estranho. Ao constatar o corpo estranho, foi indicada a cirurgia com incisão mediana infra umbilical ampliada 5 centímetros supra umbilical e abertura por planos. Encontraram o corpo estranho (palito de dentes) em cavidade e perfuração puntiforme em alça ileal. Realizaram extração de corpo estranho e sutura da perfuração. Paciente evoluiu bem, sem intercorrências ou complicações. Conclusão: Nesse relato de caso a paciente teve perfuração do íleo distal por um palito de dente. A incidência das lesões por essa causa é de aproximadamente 3,6 por 100.000 pessoas por ano, com mais de 8.000 injúrias, anualmente. A TC veio contribuir significativamente para o seu diagnóstico e é o melhor método de imagem para esta avaliação. A presença de perfuração é indicação para cirurgia, com preferência da via laparoscópica.

PALAVRAS-CHAVES: Corpo estranho | Cirurgia | Íleo distal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1462

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO DE CISTO QUILOSO MESENTÉRICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), STEPHANIE THEISEN KONZEN (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), JOEL ANTONIO BERNHARDT (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), PAULA DUTRA BERNHARDT (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), THAÍS DUTRA BERNHARDT (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), JÚLIA SILVA E LIMA SCHLEDER (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), KELLY VIVIANE UEDA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), ANA PAULA MICHELS COSTA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Cistos mesentéricos são patologias raras, definidos como qualquer cisto localizado entre os folhetos do mesentério do duodeno ao reto, tendo predominância pelo íleo. São classificados como linfangiomas ou cistos mesoteliais, acometem principalmente o sexo feminino, na 4ª década de vida, e na sua grande maioria são assintomáticos, diagnosticados acidentalmente durante exames de imagem ou abordagem cirúrgica abdominal. Se sintomáticos manifestam quadro abdominal inespecífico, que pode ser decorrente de volume aumentado do cisto, ruptura, torção, hemorragia, obstrução de órgão adjacente, gerando a principal complicação que é o abdome agudo. Na dúvida diagnóstica ao exame físico é importante a pesquisa do sinal de Tillaux - que torna possível a mobilização completa do cisto à palpação profunda. A confirmação do diagnóstico se dá por USG (ultrassonografia), TC (tomografia computadorizada) e ou RM (ressonância magnética), e tem, como tratamento de escolha a exérese do cisto por via videolaparoscópica (VLP) estando preparado para ressecções mais amplas se necessário, obtendo o diagnóstico definitivo pelo histopatológico. Possui prognóstico bom, com total remissão dos sintomas e recorrência em 13,6% de acordo com a técnica cirúrgica realizada. RELATO DE CASO: A.G., 34 anos, sexo feminino, descobre a presença de um cisto mesentérico ao realizar uma ultrassonografia transvaginal de acompanhamento do ovário policístico. Paciente foi encaminhada à cirurgia geral, onde solicitou-se uma RNM, sendo constatada a presença de grande cisto mesentérico com 1.370 ml, 22 x 6,3 x 19 cm, localizado da 3ª porção do duodeno até o fundo do útero. Paciente apresentava-se assintomática, sendo o cisto não palpável, apesar do tamanho. O tratamento cirúrgico escolhido para o caso foi a exérese do cisto por VLP, realizada com sucesso. O cisto foi enviado à biópsia, que indicou cisto mesentérico com agregados linfóides focais, compatível com cisto quiloso. PO (pós operatório) sem intercorrências. CONCLUSÃO: O cirurgião deve atentar à possibilidade diagnóstica de cisto mesentérico em pacientes com queixas de aumento de volume abdominal, massas palpáveis, afim de realizar o tratamento cirúrgico antes do surgimento de complicações. No caso de pacientes assintomáticos, o cirurgião depende da execução de outros exames de imagem que indiquem presença do cisto. O tratamento mais indicado é a exérese do cisto por VLP, como na paciente relatada, devido a um melhor PO e prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto quiloso mesentérico | Cisto abdominal | Cirurgia digestiva

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1475

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso de paciente com síndrome de Candy Cane

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), LUIZ HENRIQUE YOSHINO (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), JOEL ANTONIO BERNHARDT (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), STEPHANIE THEISEN KONZEN (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), KELLY VIVIANE UEDA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), ANA PAULA MICHELS COSTA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), FREDERICO KLANN VICTORINO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Em consequência ao aumento do número de obesos no mundo, cresce a quantidade de cirurgias bariátricas realizadas que, apesar de cada vez menos traumáticas, apresentam suas próprias complicações pós-cirúrgicas. Dentre elas, a Bypass com Y-de-Roux apresenta uma complicação pós-cirúrgica chamada "Candy Cane" Syndrome, ou síndrome do doce de caramelo, que embora infrequente, se apresenta clinicamente com estase gástrica de Roux, vômitos, dor epigástrica e plenitude pós-prandial, podendo acometer até 1/3 dos pacientes. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 37 anos, há 2 meses com inapetência, dor epigástrica, náuseas e múltiplos episódios de vômitos pós-prandiais refratários a medicações sintomáticas, associado com emagrecimento importante. **HMP:** cirurgia bariátrica bypass gástrico com banda gástrica há 3 anos e emagrecimento de 40kg neste tempo. **IMC** na época: 40. Nega outras comorbidades, nega mudanças no hábito alimentar. **Exame físico:** sinais vitais dentro da normalidade, cardiovascular sem alterações e abdome flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal. **Exames laboratoriais e de imagem** sem alterações significativas. Realizado videolaparoscopia diagnóstica evidenciando recesso em alça eferente após anastomose com pouch gástrico, prosseguindo com ressecção do mesmo, sem outras alterações evidenciadas. Paciente teve boa evolução em seu pós-operatório imediato e recebeu alta hospitalar no terceiro pós-operatório sem sintomas e já com reinício de dieta por via oral e com boa aceitação. Segue em acompanhamento ambulatorial há 1,5 anos e refere estar assintomática, com melhora completa dos sintomas apresentados anteriormente e ganho ponderal. **CONCLUSÃO:** É necessário enfatizar que a síndrome Candy Cane apresenta sintomas inespecíficos, o que dificulta o seu diagnóstico. Para tratamento podem ser utilizados medicamentos pró-cinéticos, porém, dependendo o grau e a intensidade dos sintomas, deve-se optar por conduta cirúrgica e ressecção da alça cega excedente, sendo a via laparoscópica o melhor método de intervenção. Pensando em evitar esta complicação, deve-se procurar sempre ressecar a alça eferente da forma mais próxima à anastomose gastrojejunal, evitando essa área de estase alimentar.

PALAVRAS-CHAVES: Candy Cane syndrome | Estase gástrica de Roux | Síndrome de Candy Cane

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1476

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA GÁSTRICO E TUMOR ESTROMAL (GIST) EM DELGADO SINCRÔNICOS: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GEORGE ALEXANDRE LIRA (CIRURGIÃO ONCOLÓGICO NA LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER), ISA MARYANA ARAUJO BEZERRA DE MACEDO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MAYARA PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES (UNIVERSIDADE POTIGUAR), AMANDA COELHO XAVIER (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), FRANCIELLY TERTULINO CUNHA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), BRUNA SALES NEVES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MAYANE ABRANTES VERAS DE FREITAS (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os Tumores Estromais Gastrointestinais (GIST) são neoplasias raras e pouco descritas na literatura, sua localização mais frequente é no estômago correspondendo a 1% das neoplasias gástricas. Ao contrário dos adenocarcinomas (ADC), os GISTs não apresentam fatores predisponentes identificados e existem poucos relatos na literatura de sua ocorrência sincrônica com outros tumores originários do trato gastrointestinal (TGI), sendo, na maioria dos casos, achados intra-operatórios ou durante exame macroscópico. No TGI, podem estar situados desde o esôfago até o canal anal, sendo mais comum no estômago (55%), seguidos pelo intestino delgado (25%) e grosso (10%). RELATO DE CASO: J.F.D.S, masculino, 73 anos, admitido com queixa de epigastria há 2 anos, perda ponderal e vômitos pós-pandriais. Tabagista há 40 anos, 20 maços-anos, etilista há 30 anos. Ao exame: bom estado geral, hipocorado (+/+4), emagrecido. Abdome aumentado de volume em região epigástrica, sem nódulos palpáveis. Endoscopia digestiva alta: esofagite não erosiva. Biopsia (BX) evidenciou: ADC de antro. Foi submetido à gastrectomia subtotal com linfadenectomia a D2 e anastomose esôfago-jejunal em Y-de-Roux. Ressecção de lesão nodular, 2cm, na borda antemesentérica do jejuno com rafia do delgado. Cirurgia sem intercorrências. Alta hospitalar no 12º dia pós-operatório (PO). Anatomopatológico: ADC misto intestinal com células em anel de sinete e mucinoso, infiltrando até a camada serosa perineural, com invasão vascular presente e margens livres. Apresentou 1 linfonodo com metástase dos 41 retirados. Estadiamento: pT3N1. A lesão do delgado evidencia neoplasia de células fusiformes. Solicitado imunoistoquímica (IMH) do intestino delgado para definir histogênese, cujo resultado evidenciou GIST, nódulo único bem delimitado. Encaminhado à Oncologia Clínica e Radioterapia (RTX) para tratamento adjuvante. Evoluiu sem evidência de doença, queixando-se de insônia e hiporexia. Perdeu seguimento 3 anos após primeira consulta. CONCLUSÃO: Existem poucos exemplos de casos em que houve o desenvolvimento de ADC gástrico e GIST, sendo a maioria dos achados intra-operatórios ou decorrentes do exame macroscópico. Ademais, pacientes com GIST sincrônico com outras neoplasias gastrointestinais apresentam pior prognóstico. Estudos adicionais são necessários para elucidar os mecanismos moleculares e genéticos exatos subjacentes à carcinogênese e progressão associando GISTs com tumores gastrointestinais.

PALAVRAS-CHAVES: ANASTOMOSE EM Y-DE-ROUX|NEOPLASIAS GÁSTRICAS|ADENOCARCINOMA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1478

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: TUMOR NEUROENDÓCRINO GÁSTRICO ASSOCIADO A GIST DUODENAL SINCRÔNICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), ARTUR LEONEL CARNEIRO (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), FABIANA CASSIANO VICENTE (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), MARCOS LANNA BICALHO (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), LARISSA AMARAL CARREGAL (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK), AMANDA FERREIRA NAZARETH MARQUES (HOSPITAL JULIA KUBITSCHK)

RESUMO: Introdução: O diagnóstico de tumores sincrônicos de etiologias diferentes é raro. GISTs são neoplasias raras que se originam das células de Cajal e expressam imunorreatividade para CD117 (proteína c-kit). Sua incidência é de 14,5 casos por milhão de habitantes. Embora GISTs sejam os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal, envolvendo predominantemente o estômago (50-62%) e intestino delgado (20-30%), eles compreendem menos de 1% de todos os tumores gastrointestinais. Os tumores neuroendócrinos do sistema gastroenteropancreático são também raros, representando cerca de 2% de todas as neoplasias gastrointestinais, com uma incidência de cerca de 1/100.000/ano. A ocorrência simultânea de um GIST com um tumor neuroendócrino ou outra neoplasia em diferentes partes do trato GI é muito rara. Estes pacientes apresentam grandes dificuldades diagnósticas, uma vez que as características clínicas se sobrepõem ou podem ser assintomáticas. Relato de Caso: Paciente I.L.F., 82 anos, sexo feminino, portadora de anemia perniciosa, foi submetida a EDA de rotina, apresentando lesão em corpo gástrico, sendo diagnosticada com neoplasia gástrica pouco diferenciada. Realizada TC para estadiamento, que evidenciou massa de 12 cm de diâmetro em mesentério. Foi submetida a abordagem cirúrgica em dezembro de 2016. No intra-operatório, foi evidenciada presença de lesão de cerca de 0,5 cm em fundo gástrico, massa endurecida em retroperitônio, aderida a quarta porção duodenal e ausência de lesões metastáticas ou ascite. Realizada gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux e ressecção da massa mesentérica, junto ao segmento duodenal acometido e anastomose látero-lateral. Procedimento sem intercorrências. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. O estudo anatomopatológico e imunohistoquímico evidenciou GIST fusocelular no retroperitônio e neoplasia gástrica neuroendócrina grau 2, com imunexpressão de cromogranina e sinaptofisina, e índice proliferativo Ki-67 de 2 a 4%. Conclusão: Em muitos casos, onde ainda não existe uma possível ligação que possa explicar o sincronismo de neoplasias de baixa incidência, é possível que as associações sejam totalmente coincidentes. Cirurgiões devem estar alerta para reconhecer um tumor coexistente antes ou durante a cirurgia, realizar sempre um bom inventário da cavidade e estar preparado para modificar o plano de cirurgia sempre que necessário.

PALAVRAS-CHAVES: GIST|TUMOR NEUROENDÓCRINO|TUMORES SINCRÔNICOS

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1491

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Bypass gástrico em Y-de-Roux em paciente com Situs Inversus Totalis: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIA THEIS (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), JOEL ANTONIO BERNHARDT (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), GUSTAVO GALVAN DEBIASI (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), LUIZ HENRIQUE YOSHINO (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), CAROLINE PIGOZZI HARO (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), STEPHANIE THEISEN KONZEN (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), KELLY VIVIANE UEDA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), ANA PAULA MICHELS COSTA (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O Situs Inversus Totalis (SIT) é uma afecção rara, normalmente de achado incidental. É um defeito autossômico recessivo congênito aonde a disposição dos órgãos intra-abdominais e torácicos se apresentam em imagem espelhada sagitalmente contralateral ao habitual. As cirurgias laparoscópicas mais relatadas em pacientes com SIT são colecistectomias e possui poucos relatos sobre cirurgias bariátricas por Bypass gástrico. **RELATO:** Paciente feminina, 36 anos, IMC 48, com indicação de cirurgia bariátrica e optado por Bypass Gástrico por videolaparoscopia. Negava queixas e comorbidades. Apresentava USG prévia de abdome total demonstrando sinais de situs inversus totalis e Rx de tórax em pré-operatório corroborando com o mesmo achado. Demais exames pré-operatórios sem alterações. Após a indução anestésica, foram utilizados 2 portais de 12mm centrais e 1 trocarer de 10mm, supraumbilicais, 1 trocarer 5mm infraesternal, 1 de 5mm em hipocôndrio direito e 1 trocarer de 5mm em hipocôndrio esquerdo, estando o cirurgião principal a esquerda do paciente e monitor de vídeo principal a direita. Cirurgia ocorreu sem intercorrências. Devido a disposição fora do habitual do cirurgião principal e dos auxiliares e de todos serem destros, houve maior necessidade de ação dos auxiliares e manuseio do cirurgião principal do grampeador com a mão não dominante. Os passos da cirurgia puderam ser percorridos semelhantes ao comum e houve um aumento no tempo cirúrgico (aproximadamente 120min) sem relação com intercorrências cirúrgicas. Pós-operatório imediato com boa evolução, com alta no terceiro dia, evoluindo assintomática, com perda ponderal de 25% em 6 meses. **CONCLUSÃO:** O Situs Inversus Totalis não contraindica a realização de procedimentos cirúrgicos laparoscópicos isoladamente, porém geram dificuldades diagnósticas em patologias agudas e dificulta o manejo cirúrgico. O não conhecimento desta variação durante o pré-operatório de cirurgias eletivas coloca em risco o planejamento e andamento do procedimento, gerando maiores morbidades, intercorrências e tempo cirúrgico, pois gera necessidade de variações em disposição de material e equipe. Os benefícios do método cirúrgico são evidentes e, por isto, torna-se importante a exposição das variações empregadas nesta afecção, principalmente devido a escassez literária em cirurgias bariátricas e, mediante o bom planejamento prévio, para buscar resultados semelhantes aos procedimentos em pacientes não Situs Inversus.

PALAVRAS-CHAVES: Situs inversus totalis | Cirurgia digestiva | Bypass gástrico em Y-de-Roux

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1498

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FISTULA GASTROCOLOCUTANEA POS GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), MARIA CLARICE A. VASCONCELOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FELIPPE HAUCK MANSUR (HOSPITAL MARCIO CUNHA), GISELLY GOMES CARVALHO (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), VICTOR LUIZ DE MATOS FRANCO (HOSPITAL MARCIO CUNHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Gastrostomia por Endoscopia Percutânea (PEG), configura-se como técnica amplamente difundida e aceita como o tratamento de escolha para pacientes com necessidade de nutrição enteral prolongada. Considera-se procedimento tecnicamente seguro e de fácil execução em mãos experientes, porém não isenta de complicações, cujas taxas compreendem 4,9%-10,8%, sendo a maioria destas consideradas complicações menores. Define-se Fístula Gastrocolocutânea (FGCC) como a existência de ligação epitelial entre a mucosa gástrica, colônica e a pele, sendo complicação rara da PEG, porém possivelmente ligada a sérias repercussões. RELATO DE CASO: Trata-se de paciente de 79 anos, portador de Alzheimer, restrito ao leito, dependente para atividade básicas diárias, submetido a PEG a partir de múltiplas ocorrências de pneumonia por aspiração. Seis meses após troca do conduto gastrostômico iniciou quadro diarreico/hemético e de extrusão fecalóide peristomal. EDA objetivando confirmação do posicionamento da sonda, visualizou o óstio gastrostômico no estômago, mas não o botom da sonda. Portanto, progrediu-se a fistulografia pela sonda evidenciando ocorrência de FGCC a partir da opacificação em alça colônica e cólon descendente em topografia da flexura esplênica à administração de contraste, culminando-se com a correção cirúrgica do achado. CONCLUSÃO: O longo intervalo até a deflagração sintomática e a ausência de peritonite corroboram a hipótese de migração da sonda de gastrostomia por erosão da mucosa gástrica e formação de comunicação fistulosa com o cólon, como patogênese. É imperativa a retirada imediata da sonda a partir do diagnóstico ? radiográfico ou tomográfico ? havendo, na maioria dos casos, o encerramento fistuloso espontâneo. Quando da patência deste ou na evidência de peritonite ou abscessos, opta-se por abordagem cirúrgica. Exalta-se a importância da precoce suspeição de FGCC, principalmente no início súbito de diarreia transitória pós-prandial em paciente submetidos a PEG, independente do intervalo assintomático ou intermitência sintomatológica. O atraso diagnóstico implica retardo terapêutico e consequente deterioração clínica e aumento de morbimortalidade, evidenciando a aplicabilidade da presente produção científica.

PALAVRAS-CHAVES: FISTULA GASTROCOLOCUTANEA|GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA|COMPLICAÇÕES

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1505

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VOLVO GASTRICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), LUIZ HENRIQUE DE ARAÚJO P. COSTA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), MARIA CLARICE A. VASCONCELOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), LARISSA SILVEIRA GUSMAO (HOSPITAL MARCIO CUNHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Volvo Gástrico é definido como uma rotação anormal do estômago superior em 180 graus, ocasionado quadro oclusivo intestinal alto em contexto agudo ou crônico. A forma aguda é mais rara, representada por dor abdominal súbita, vômitos, distensão epigástrica, impossibilidade de sondagem gástrica e incapacidade de vomitar, apesar de náuseas e esforços frequentes, sendo os 3 últimos componentes da tríade de Borchadt. Pode evoluir com isquemia gástrica, necrose e perfuração, transformando-se assim em uma emergência cirúrgica com mortalidade em torno de 30% a 50%. A segunda apresenta-se de forma oligo/assintomática inespecífica, por desconforto abdominal ou queimor epigástrico e pode possuir exames complementares dentro da normalidade, configurando-se como de difícil elucidação diagnóstica. RELATO DE CASO: Paciente 80 anos, depreendida no setor de Pronto-Socorro do Hospital Márcio Cunha em Ipatinga-MG queixando-se de epigastralgia, náuseas e hemeses incoercíveis há 3 dias, em borra-de-café. Drenagem por sonda nasogástrica obteve extrusão imediata de 1500ml de secreção caracteristicamente gástrica. Intercorreu com necessidade de suporte ventilatório invasivo, sendo encaminhada à unidade de tratamento intensivo. Após estabilização clínica, foi submetida a estudo tomográfico abdominal, que revelou volumosa distensão gástrica sugestiva de obstrução alta em conjunção com hérnia diafragmática volumosa. Procedeu-se a laparotomia de urgência, que depreendeu volvo gástrico perfurado em grande curvatura, associado a hérnia diafragmática compreendendo cólon transversal, antro gástrico e grande omento. Realizou-se gastrorrafia, lise de aderências com redução abdominal do conteúdo herniário, herniorrafia diafragmática e gastrectomia parcial englobando necrose gástrica. Apresentou evolução pos-operatória lenta, em condições de alta da unidade intensiva no 50º dia pos-operatorio, ainda em regime de internação, mantendo evolução estável. CONCLUSÃO: O Volvo Gástrico é condição que pode cursar com característica expressão sintomatológica, além de análise complementar sem alterações, podendo gerar atraso diagnóstico e terapêutico, definidor de aumento de morbimortalidade. A presente produção visa promover a discussão acerca desta condição a fim de torná-lo alternativa diagnóstica a ser aventada prematuramente, o que é vital para a instituição terapêutica precoce e correta, evidenciando a aplicabilidade e o interesse médico da presente produção científica.

PALAVRAS-CHAVES: VOLVO GASTRICO | HERNIA DIAFRAGMATICA | OBSTRUÇÃO INTESTINAL

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1506

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GASTRECTOMIA TOTAL POR TUMOR ESTROMAL GÁSTRICO (GIST), UM RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIOVANNA GIULIA MILAN PELLICCIOTTA (FACULDADE CERES), PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO (FACULDADE CERES), RAPHAEL RAPHE (FACULDADE CERES)

RESUMO: Introdução: O GIST (Gastrointestinal stromal tumor) é um tumor estromal do trato gastrointestinal, originado em células progenitoras das células intersticiais de Cajal, representa 80% dos tumores mesenquimais do trato digestivo e estatisticamente afeta indivíduos de meia-idade e idosos, principalmente do gênero masculino, Seu comportamento é imprevisível e a maioria dos pacientes se apresentam assintomáticos. RELATO DE CASO: A.B.F., 65 anos, feminino, internada em outubro de 2015 com pielonefrite aguda pela nefrologia e apresentando à Ultrassonografia de abdome massa em epigástrio, sendo então solicitada avaliação da Cirurgia Geral. A paciente negava dor abdominal, porém, referia plenitude pós-prandial de longa data, com piora há 2 meses. Foi submetida à Tomografia Computadorizada (TC) de abdome para melhor avaliação, sendo evidenciada massa localizada entre a porção posterior do lobo esquerdo do fígado e a pequena curvatura gástrica, aparentemente sem planos de clivagem com a parede do estômago, sugerindo GIST gástrico. Após resolução da infecção do trato urinário, foi realizada laparotomia na mesma internação e optado por gastrectomia total, devido ao tamanho da lesão, invasão intramural e localização proximal. Recebeu alta no sétimo dia de pós-operatório, que transcorreu sem intercorrências. O Anatomopatológico da peça cirúrgica, mostrou um estômago com 16,7 cm e 24,5 cm de comprimento na pequena e grande curvatura, respectivamente. Havia uma lesão nodular bem delimitada, parda-clara e lobulada medindo 9,2 x 7,1 cm, localizada na pequena curvatura gástrica, distando 1,5 cm da margem proximal e 10,0 cm da margem distal. Não foi observado necrose ou invasão linfo-vascular. A massa não atingia a mucosa e era centrada na parede muscular e envolvida pela serosa gástrica com margem cirúrgicas livres. Índice mitótico de 1 mitose por 50 campos de grande aumento. O estadiamento patológico foi pT3 N0. A paciente foi avaliada pela Oncologia não sendo indicado tratamento adjuvante e atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem queixas e realizando suas atividades habituais. CONCLUSÃO: Conclui-se com este relato a importância da ressecção cirúrgica completa, que é o tratamento padrão para o GIST, uma vez que é a única modalidade capaz de proporcionar cura. O diagnóstico precoce deste tipo de tumor, seu estágio e o índice mitótico são fatores prognósticos importantes, pois a presença de doença metastática é marcador de sobrevida reduzida.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasia gástrica | Tumor estromal | Gastrectomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1514

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VOLVO GÁSTRICO, PÂNCREÁTICO E ESPLÊNICO ESPONTÂNEO UM RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO DA SILVA JUNIOR (FAMEMA), TAMIRES IEMES VICHIAOFF (UNIMAR), ROBERTO TUSSI JUNIOR (UNIMAR), WANDERSON WILLIAN DOS SANTOS DIAS (HOSPITAL CRISTO REDENTOR), LEONARDO RUIZ CASEMIRO (FAMEMA), JACQUELINE BARBOSA DA COSTA (UNISUL), JOÃO GABRIEL BRANDÃO DA SILVA (FIMCA), FERNANDA DOS SANTOS OUSHIRO (FAMEMA)

RESUMO: Introdução: Baço errante é uma condição clínica rara que ocorre devido à frouxidão ou ausência dos ligamentos intraperitoneais normais, que mantêm o baço em sua posição anatômica. O volvo gástrico compartilha da mesma etiopatologia devido ausência ou fragilidade dos ligamentos intraperitoneais. A ocorrência de volvo pancreático simultâneo, torna o quadro ainda mais raro, pouco descrito na literatura. Relato de Caso: No presente caso, paciente síndrômico, sexo masculino, 22 anos, com quadro de dor abdominal de forte intensidade associado a vômitos e febre. No exame físico do abdome encontra-se abdome distendido, hipertimpanismo, com sinais de irritação peritoneal, nos exames laboratoriais apresentava leucopenia e elevação da PCR, na tomografia de abdome havia acentuada distensão gasosa gástrica com elevação da cúpula frênica diafragmática esquerda e deslocamento do baço e do pâncreas medialmente bem como pneumatosis na parede gástrica, presença de gás no sistema porta e ascite moderada. Conclusão: O doente foi tratado cirurgicamente por gastrectomia parcial vertical associado a esplenectomia.

PALAVRAS-CHAVES: VOLVO GÁSTRICO | GASTRECTOMIA PARCIAL | ESPLENECTOMIA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1521

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise de Fatores Relacionados com Apendicectomia Complicada no HRG

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO KOUZAK MAYER (HRG), NATACHA THALITA SANTOS AMORIM (UNB), KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HRG), HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE (HRG), VINICIUS ALVES FONSECA (HRG), MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS (HRG), DIMITRI CARVALHO HOMAR (HRG), DANIELLA SILVA MENA (HRG)

RESUMO: Objetivos: Foi realizada análise das apendicectomias realizadas no Hospital Regional do Gama (HRG) com objetivo de determinar variáveis relacionadas com a predição de apendicectomia complicada e tempo de internação. Métodos: Foram avaliadas retrospectivamente todas apendicectomias realizadas no HRG no período de 01/01/2016 a 30/04/2016, quando ao tempo de dor abdominal à admissão, tempo de internação, leucograma admissional, achado cirúrgico, drenagem abdominal e necessidade de reintervenção cirúrgica. Os pacientes foram divididos entre grupos com complicações da apendicectomia (peritonite ou abscesso) e sem complicações. Análise estatística foi realizada no programa SPSS Statistics. Resultados: Foram realizadas 57 apendicectomias no período, sendo 2 excluídas por impossibilidade de resgate do prontuário. Das 55 analisadas, 20 (36,3%) apresentavam peritonite ou abscesso. Todos abscessos foram drenados, sendo que 37,5% necessitaram de relaparotomia com lavagem da cavidade. Um paciente faleceu de complicação cirúrgica (1,8% de mortalidade). Em 3 procedimentos (5,4%), foram evidenciadas outras causas de dor abdominal. Apendicectomias não complicadas tiveram média de 1,62 dias de dor à admissão, enquanto no grupo das complicadas essa média foi de 2,89. Os achados de complicações durante a cirurgia tiveram relação positiva com os dias de dor, $p = 0,01$. Leucograma médio no grupo sem complicações foi de 13527, enquanto no grupo com complicações foi de 18644; esta relação foi positiva com $p = 0,005$. Leucograma inicial não teve relação com tempo de dor ou de internação. O tempo de internação também teve relação positiva significativa com tempo de dor, $p = 0,001$. Conclusões: O índice de mortalidade apresenta-se pouco acima do descrito na literatura (1%), provavelmente devido ao pequeno N avaliado. O percentual de apendicectomias complicadas também está acima do encontrado na literatura, sendo que tal achado cirúrgico apresentou relação positiva significativa com tempo de dor à admissão e leucograma inicial. Entretanto, o leucograma não foi útil para prever tempo de internação, diferentemente do tempo de dor. Bibliografia: 1. Ceresoli, Marco, et al. "Acute appendicitis: Epidemiology, treatment and outcomes-analysis of 16544 consecutive cases." *World journal of gastrointestinal surgery* 8.10 (2016): 693. 2. Naderan, Mohammad, et al. "Risk factors for the development of complicated appendicitis in adults." *Turkish Journal of Surgery/Ulusal cerrahi dergisi* 32.1 (2016): 37.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicectomia | Complicada | Abscesso

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1530

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Gastrostomia cirúrgica para retirada de corpo estranho em estômago de um usuário de drogas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPPE DAVID SILVA FERNANDES SA (HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANA), AMANDA RAMINHO LUZ (UFPA), JUND SILVA REGIS (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), ALINE POZZEBON GONÇALVES (HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA), TIAGO FRANCO DAVID (UFPA), PATRÍCIA TAVARES SENA (UFPA)

RESUMO: Introdução: A ingestão de corpo estranho (CE) é ocorrência comum nas urgências, sendo que dos CE ingeridos 90% passam espontaneamente através do trato gastrointestinal; 10-20% requerem remoção endoscópica; e 1% procedimento cirúrgico. Crianças e idosos são as maiores vítimas por ingestão acidental. Existem pacientes com história prévia de doenças psiquiátricas, como depressão, esquizofrenia, sequelas por uso abusivo de drogas ilícitas, como o crack e que ingerem objetos de forma não acidental, caracterizando a síndrome de Alotriofagia. Nesta síndrome, o indivíduo manifesta obsessão pela ingestão de substâncias sem valor nutritivo e desassociada a práticas sociais, e tem como diversas causas os distúrbios psiquiátricos. Relato de caso: Paciente de 27 anos, vítima de agressão física, deu entrada no pronto-socorro, com queixa de dor em abdome. Ao exame físico tinha bom estado geral, levemente descorado (3+/4+), eutrófico, FC 102 bpm, PA: 110 x 70 mmHg, abdome plano, flácido, doloroso à palpação profunda de hipogastro. Na radiografia de abdome evidenciou-se uma grande quantidade de objetos metálicos, como pregos, parafusos, moedas, chaves e lâminas em hipogastro e fossa ilíaca direita. A irmã do paciente relatou que ele vem ingerindo CE há 2 anos, que não apresentava anorexia, vômitos ou alterações no trânsito intestinal. Ela contou também que o irmão é usuário de crack há mais de 2 anos e que escuta vozes que o mandam engolir os objetos. Apesar disso, ele nunca recebeu atendimento psiquiátrico. Foi indicada laparotomia exploradora com incisão infra umbilical e posteriormente supra umbilical, quando percebeu-se o estômago em hipogastro. Realizada a gastrostomia com incisão transversal na curvatura do corpo do estômago para retirada de mais 200 objetos metálicos, iniciou-se um inventário da cavidade, não sendo encontradas perfurações e obstruções, nem no estômago e nem no intestino. Foi coletado material para o histopatológico. No segundo dia de pós-operatório iniciou-se dieta líquida e o paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. Conclusão: Relatamos o caso de um paciente que ingeriu mais de 200 CE e teve um desfecho favorável, recebendo alta no terceiro dia de pós-operatório com prescrição de protetor gástrico, analgésicos e encaminhamento para atendimento psiquiátrico. O resultado do histopatológico mostrou úlcera péptica crônica. Paciente segue em tratamento com a psiquiatria e se mantém sem intercorrências da cirurgia até o presente momento.

PALAVRAS-CHAVES: Gastrostomia | Corpo Estranho | Psiquiatria

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1534

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Apendicite em Idosos - Perfil Epidemiológico da Doença nas Regiões do Brasil.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BEATRIZ FERREIRA CARVALHO (UNIEVANGÉLICA), CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (UNIEVANGÉLICA), GUSTAVO SIMÃO SOUZA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), JOSÉ LUCAS PONTIERI MELAZO (UNIEVANGÉLICA)

RESUMO: Objetivo: o objetivo deste trabalho é comparar o número de internações hospitalares por apendicite em idosos nas diferentes regiões do Brasil no período de novembro de 2015 a novembro de 2016 e apresentar o perfil epidemiológico desta na região Centro-Oeste, para que assim haja melhor conhecimento das características desta doença na população senil. Metodologia: foi realizado um estudo descritivo e transversal, elaborado a partir de dados obtidos no item ??Informações de Saúde?? - (TABNET), subitem ??Epidemiológicas e Morbidade??, no site do DATASUS. Utilizou-se como critérios de diferenciação as variáveis: regiões do Brasil, faixa etária, sexo e cor/raça. Resultados: a partir da pesquisa realizada, foram constatados, ao todo 5.139 casos de apendicite no período relatado, em pacientes acima de 60 anos. Destes, 9,08% ocorreram na Região Norte, 21,75% se deram na Região Nordeste, 39,42% na Região Sudeste, 21,05% na Região Sul e 8,67% na Região Centro-Oeste. Segundo o IBGE, as regiões Sudeste, Nordeste e Sul são as com maior número de habitantes, sendo a Sudeste a mais populosa. Os valores obtidos coincidem com a densidade populacional de cada região. Na Região Centro-Oeste, ocorreram 446 casos notificados, sendo que 281 (63,00%) se deram na faixa etária de 60 a 69 anos. Salienta-se que 9,64% dos casos ocorreram naqueles acima de 80 anos (muito idosos). Em relação ao sexo, 58,96% eram homens e 41,03%, mulheres. Considerando-se a etnia, tem-se que 41,47% dos pacientes eram pardos e 15,45% eram brancos. Entretanto, 38,78% foram classificados como ??sem informação??, o que torna a análise da variável cor/raça não fidedigna. Conclusão: a Região Sudeste apresenta o maior número absoluto de internações por apendicite em idosos (2.026 casos). A Região Centro-Oeste é a quarta em números absolutos, e nela a maioria dos pacientes encontrava-se na faixa etária entre 60-69 anos, eram homens e pardos. A apendicite aguda é a mais comum emergência cirúrgica e a taxa de perfuração é maior em idosos. Conhecer estes dados incrementa a epidemiologia da doença e facilita sua identificação nestes pacientes, que sabidamente podem apresentar quadro clínico atípico e maior morbimortalidade. Bibliografia: www.datasus.gov.br; JS Bhullar et al. Acute appendicitis in the elderly: diagnosis and management still a challenge. Am Surg. 2014 Nov;80(11):E295-7. Abdelkarim HO et al. Acute appendicitis in the elderly: risk factors for perforation. World Journal of Emergency Surgery 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite | Idosos | Epidemiologia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1542

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: APENDICITE PSEUDOTUMORAL- RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA MARIA GARCIA (ITPAC), JESSIKA RODRIGUES TAUHATA (ITPAC), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC), EDILSON JORGE BORBA SOUSA JUNIOR (ITPAC), ANTONIO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR (ITPAC), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (ITPAC), LUIZ FLAVIO QUINTA JUNIOR (ITPAC), JÚLIO CÉSAR GOMES PAIVA (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO:A apendicite aguda constitui a emergência cirúrgica mais comum no meio médico. É uma doença típica dos adolescentes e adultos jovens.Existe, porém, tipo peculiar de apendicite denominada hiperplástica ou plastrão apendicular que ocorre em 7% dos casos, em que o tratamento é controverso. O tratamento conservador como abordagem inicial é defendido por vários autores. Entretanto, a resolução cirúrgica imediata é o método mais usado na prática médica.OBJETIVO: Relatar a propedêutica diagnóstica e intervenção de um quadro de abdome agudo obstrutivo devido Apendicite Fase IV.MÉTODO: Consulta retrospectiva em prontuário, obtendo dados dos exames de imagem e da conduta cirúrgica empregada.RESULTADOS: Paciente 72 anos, masculino, hipertenso, deu entrada no serviço de saúde com queixa de dor abdominal em hipogástrio há 7 dias, com irradiação para dorso, associado a vários episódios de vômitos pós prandiais, de coloração esverdeada e parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico, abdome volumoso, com ruídos hidroaéreos aumentados, doloroso a palpação superficial em hipogástrio e fossa ilíaca direita.Toque retal livre. Solicitado laboratório que não apresentou alterações. Rotina radiológica de abdome agudodemonstrou distensão de delgado e presença de nível hidroaéreo no íleo terminal. A partir dos resultados, foi indicado uma laparotomia exploradora com incisão mediana infra e supraumbilical com exploração da cavidade, revelando o apêndice com importante aumento de tamanho gerando compressão intestinal e grande quantidade de secreção fétido-purulenta. Realizou-se secção do apêndice e fechamento do coto, com formação da bolsa de Oschner, limpeza exaustiva da cavidade com soro fisiológico e inserido dreno tubulolaminar em fossa ilíaca direita.DISSCUSSÃO:A obstrução intraluminal é o evento inicial na maioria dos casos de apendicite e pode ser causada por fecalito, hiperplasia linfóide, corpo estranho, parasita, doença de Crohn, tumores primários e metastáticos. A apendicite hiperplásica constitui-se em tipo peculiar de apendicite em que o apêndice torna-se intensamente bloqueado por epíplon, com alças de delgado próximas e peritônio parietal, formando uma massa tumoral. O tempo de evolução é mais longo (05 a 10 dias) e com apresentação clínica inflamatória clássica, contudo, podemos encontrar quadros de obstrução funcional, reafirmando a apendicite como um diagnóstico diferencial entre os abdomes agudos.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite | Laparotomia exploratória | Pseudotumor

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1543

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÍLEO BILIAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEANDRO LATORRE (SANTA CASA DE PARANAÍ), BENER AUGUSTO SOUZA MILANI (SANTA CASA DE PARANAÍ), JULIO CESAR HAEFFNER S. DA ROCHA LOURES (SANTA CASA DE PARANAÍ), MARCOS VINÍCIUS MASTELARO (SANTA CASA DE PARANAÍ), GUILHERME NUNES (SANTA CASA DE PARANAÍ), AUDIELLYS TEIXEIRA PIM (SANTA CASA DE PARANAÍ), ANDRE LUIZ MEZZAROBA PELISSON (SANTA CASA DE PARANAÍ), TIAGO MEZZAROBA PELISSON (SANTA CASA DE PARANAÍ)

RESUMO: INTRODUÇÃO Íleo Biliar (IB) é uma obstrução intestinal devido à impactação de um volumoso cálculo de origem biliar em alças intestinais. Na fisiopatologia, o mais observado, é a passagem de um cálculo através de uma fístula bíleo-entérica originada de um episódio de colecistite aguda com necrose e perfuração da vesícula biliar para uma víscera adjacente. O IB é responsável por cerca de 1% a 4% dos casos de obstrução intestinal mecânica, mas pode ocasionar mais de 25% das obstruções intestinais não estranguladas em pacientes com idade acima de 65 anos. Ocorre em apenas 0,5% dos casos de colecistite. Seu pico de incidência é de 65 e 75 anos, predominante no sexo feminino. A taxa de mortalidade é de 15% a 18% e os sintomas mais comuns são náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal que podem ser precedidas por queixas biliares. A radiografia de abdome é diagnóstica em menos da metade dos casos. O exame de imagem com maior importância diagnóstica é a tomografia computadorizada. Das obstruções intestinais por cálculo biliar, 63,3% ocorrem no íleo, 13,3% no jejuno e 3,3% no duodeno. **RELATO DE CASO:**JPW, feminino, 83 anos, apresentou vômitos e hematêmese há 15 dias. Após 7 dias apresentou dor abdominal associado à vômito e após 4 dias parada de eliminação de gases e fezes. **Ex Físico:** REG, eupneica, corada, hidratada, anictérica, afebril, pouco comunicativa. Glasgow 14 **Sem alterações cardiopulmonares** **Abdome:** Globoso, flácido, doloroso à palpação difusa, RHA ausente. Blumberg (-). **Portadora de DM e HAS,** ausência de cirurgia prévia abdominal. Apresenta litíase biliar em USGRX de abdome agudo: discreta distensão gasosa de delgado e imagem esférica discretamente radiopaca em flanco esquerdo. **Tomografia abdome:** presença de gás em vias biliares e vesícula biliar. Imagem densa intraluminal de 37mm em jejuno, compatível com íleo biliar. **CD:** Laparotomia exploradora identificando bloqueio de alça em topografia de vesícula biliar e cálculo biliar impactado em jejuno a 60 cm do angulo de Treitz, sendo realizado enterolitotomia, não realizado colecistectomia devido as condições do paciente e das possíveis complicações. **Conclusão** O diagnóstico de IB é difícil e na sua maioria confirmados durante a laparotomia, devendo ser lembrado nos atendimentos de urgência e emergência, nos pacientes idosos e do sexo feminino atendidos com quadros sugestivos de oclusão intestinal.

PALAVRAS-CHAVES: ÍLEO|BILIAR|OBSTRUTIVO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1567

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTICULOSE JEJUNO-ILEAL: RELATO DE UM CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURO ANDRÉ GONÇALVES CARVALHO E SILVA (HOSPITAL SANTA MARIA), GERMANO DE SOUSA LEÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), DJALMA RIBEIRO COSTA (HOSPITAL SANTA MARIA), CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), ÁLISSON DUARTE MARTINS (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), LEVY DE AGUIAR PONTES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI)

RESUMO: Introdução: A diverticulose jejuno-ileal foi descrita pela primeira vez por Sommering em 1794. Sua prevalência varia de 0,06% a 1,3%. A maioria dos pacientes está na sexta e sétima década de vida. A doença é duas vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres. A diverticulose do intestino delgado é muitas vezes assintomática e pode ser encontrada como achados em exames de imagem, cirurgias e autópsias. Como, em geral, não apresentam manifestações clínicas por um longo período, seu diagnóstico, dificilmente, ocorre na ausência de complicações. Quando se tornam sintomáticos, apresentam-se com quadro de diverticulite aguda que, mesmo rara, deve sempre ser lembrada em pacientes idosos com dor abdominal. Na maioria dos casos, o tratamento conservador pode ser realizado com sucesso. No entanto, na presença de complicações, o tratamento é cirúrgico, sendo indicada ressecção da porção intestinal acometida. Relato de caso: Paciente, feminino, 79 anos, deu entrada em serviço de emergência com dor abdominal na fossa ilíaca direita que iniciou na região epigástrica há dois dias, juntamente com náuseas, vômitos e anorexia. Ao exame físico estava com dor à palpação superficial e profunda na fossa ilíaca direita (FID) e na região hipogástrica, com sinal de irritação peritoneal à descompressão brusca em FID. Hemograma com leucocitose e desvio à esquerda. Tais achados são compatíveis clinicamente com apendicite aguda. O diagnóstico foi confirmado pela ultrassonografia, sendo indicada apendicectomia. Foi realizada laparotomia mediana infra-umbilical com achados de peritonite difusa, plastrão em apêndice cecal e divertículos jejunais em todo o jejuno proximal, posicionados na borda mesentérica. Foi realizada apendicectomia. Não foi realizada ressecção da porção jejunal que continha os divertículos, pois o quadro da paciente era proveniente da apendicite aguda e não da doença diverticular, que se tratava de um mero achado cirúrgico, sem sinais de inflamação, ruptura ou qualquer outro achado que justificasse a ressecção dos mesmos. Conclusão: este relato de caso vem para complementar a literatura já existente sobre divertículos de jejuno, visto que estes são raros e de relativa importância à prática médica, pois, apesar de existirem diversos casos descritos na literatura que foram diagnosticados ou após a necrópsia ou incidentalmente, como neste relatado, os divertículos de jejuno podem ser uma causa incomum de abdome agudo, resultando em altas taxas de mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: DIVERTICULOSE JEJUNO-ILEAL|APENDICECTOMIA|ACHADO CIRÚRGICO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1589

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFURAÇÃO GÁSTRICA E HEPÁTICA POR INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALVARO BULHOES DA SILVA NETO (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), PEDRO BASTOS DE SOUZA MONTEIRO (HOSPITAL GERAL DO ESTADO), LUCAS ROBERTO DA SILVA BARBOSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC), GABRIELA CORREIA DE ARAÚJO NOVAIS (CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC), DANIELLE ALMEIDA MAGALHÃES (CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC), IAGO MOURA AGUIAR (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), MARIA EDUARDA LINS CALAZANS (CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Os corpos estranhos no trato gastrointestinal (TGI) são considerados causa importante de morbimortalidade, especialmente em crianças e idosos. Dos objetos ingeridos, 10 a 20% impactam em algum segmento do trato digestivo, exigindo alguma intervenção para remoção; já que um objeto impactado no TGI pode levar à obstrução, perfuração, peritonite ou formação de fístula. Porém, a grande maioria dos objetos ingeridos passa inofensiva e espontaneamente através do TGI, menos de 1% dos casos ocorre perfuração, que decorre normalmente devido à característica pontiaguda do objeto ou por erosão. Os sinais e sintomas produzidos dependem da natureza, tamanho, localização e tempo de alojamento do objeto no TGI. O presente trabalho tem como objetivo demonstrar a importância do diagnóstico e tratamento dos corpos estranhos no TGI. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 56 anos, apresenta-se ao Hospital Geral do Estado (HGE) relatando febre e dor abdominal em região epigástrica há 15 dias, refere uso de antiinflamatório não esteroide (AINE) e corticoide para artralgia em joelho. Nos últimos oito dias descreve que apresentou disfagia ao ingerir líquido e nega a possibilidade de ingestão de corpo estranho. Ao procurar atendimento médico em sua cidade são receitados AINEs e ciprofloxacino por suspeita de infecção urinária. A radiografia de abdome evidenciou a presença de artefato metálico alongado (agulha) em projeção do epigástrico. Já na endoscopia digestiva alta observou-se corpo estranho penetrante em mucosa gástrica antral sem sucesso na sua retirada. Ao ser admitida no HGE para avaliação da cirurgia geral, o exame físico revelou abdome tenso e doloroso em epigástrico com sinais de irritação peritoneal. Seguiu-se com laparotomia exploradora por meio de uma incisão mediana supra umbilical, apresentando aderência em estômago e fígado, coleção purulenta e corpo estranho transfixante em antro gástrico (parede anterior) e fígado, cerca de 90% do objeto penetrando segmento IV hepático. Realizada a retirada do corpo estranho, foi executada lavagem e aspiração da cavidade. A paciente evoluiu sem intercorrências, deambulou no quarto dia pós-operatório e iniciou dieta no dia seguinte. **CONCLUSÃO:** A investigação clínica e imaginológica para diagnóstico e consequente tratamento, cirúrgico ou não, é essencial para os casos em que os corpos estranhos no TGI impactam segmentos do tubo digestivo, evitando dessa forma, consequências mais graves para o paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Corpos Estranhos | Perfuração Gástrica | Endoscopia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1590

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR MALIGNO PRIMÁRIO DO INTESTINO DELGADO ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANTONIO CUSTODIO DA COSTA JÚNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA), FELIPE SOARES BRANQUINHO (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA), ERIKA PATRICIA NETO DE FREITAS (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA), RAFAEL DA ROSA ERGANG (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA), RODRIGO LIMA ROSA (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA), CALIL SALOMÃO ABUD NETO (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA), HEVERTON RAMOS DOS SANTOS (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA), RODRIGO ROSSI BUENO (HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA)

RESUMO: IntroduçãoAs neoplasias do intestino delgado são raras, menos de 5% de todos os cânceres do trato gastrointestinal. São divididos em adenocarcinoma, carcinoides, sarcomas e linfomas. O Adenocarcinoma é o mais prevalente e ocorre em adultos na faixa etária entre 50 e 60 anos, sendo mais comum no sexo masculino. O duodeno é o mais atingido (38-55%), seguido do jejuno (18-33%) e íleo (13-24%). Devido a raridade, indolência e inespecificidade dos sintomas, o diagnóstico da doença, geralmente, é tardio e está avançada. A principal forma de tratamento é o cirúrgico que depende da localização e extensão do tumor, podendo ser curativo ou paliativo. Relato de Caso Paciente AMC, feminina, 64 anos, natural do Ceará, admitida na UTI deste nosocômio proveniente de outro serviço com quadro de sepse abdominal. Foi submetida a laparotomia exploradora, sendo evidenciada volumosa tumoração em mesentério e intestino delgado, sólido-cística, violácea, abscedada e com saída de secreção fecalóide local. Foi realizada ressecção segmentar da tumoração com margens cirúrgicas e anastomose primária. No pós-cirúrgico, a paciente seguiu para UTI em gravíssimo estado e evoluiu ao óbito no dia seguinte. A anatomia patológica evidenciou neoplasia maligna do intestino delgado pouco diferenciada, com alta celularidade, índice mitótico baixo, exibindo áreas fusocelulares (sarcomatóides), outras ora com esboço de rosetas, ora com esboço carcinomatóide. Extensas áreas de necrose. Invasão angiolinfática não evidenciada. Invasão perineural presente e ulceração da serosa. Conclusão As lesões neoplásicas malignas do intestino delgado representam um desafio devido a raridade, ao vago quadro clínico e a dificuldade diagnóstica. O quadro clínico da paciente foi uma sepse abdominal, devido um abscesso do tumor e o seu aspecto macroscópico também sugere que a lesão possa ser um sarcoma. Na descrição do anatomopatológico evidenciamos a presença de algumas células que sugerem esta lesão. O diagnóstico histológico final ficou comprometido devido a indisponibilidade da imunohistoquímica neste serviço.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR MALIGNO PRIMÁRIO DO INTESTINO DELGADO | GRAVIDADE | TRATAMENTO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1603

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OBSTRUÇÃO PILÓRICA POR CORPO ESTRANHO EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE COLECISTECTOMIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL ALVES CARVALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), AMANDA FERREIRA NAZARETH MARQUES (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), FABIANA CASSIANO VICENTE (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), MARCELO POLASTRI GOMES FERREIRA (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), MARCOS LANNA BICALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A incidência de corpo estranho proveniente de acessos à cavidade abdominal é baixa, porém há alta suspeição de subnotificação devido a questões legais relacionadas. São fatores de risco: cirurgias de emergência, obesidade, controle deficiente de material e achados inesperados. São em sua maioria têxteis. Podem evoluir como foco de abscessos, encapsulação por processo reacional, eliminação pela ferida operatória ou migração para o lumen do trato gastrointestinal, este último ocorrido no presente relato. RELATO DO CASO: Homem de 57 anos, admitido por pancreatite aguda biliar. Procedeu-se ao protocolo clínico do serviço cirurgia geral do HJK que consiste em tratamento clínico inicial e após melhora clínica e laboratorial é submetido a colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia. Ato laborioso devido a inúmeras aderências, sendo convertido à via aberta. Colangiografia evidenciou fístula colecistocolédociana. Realizada colecistectomia e coledocoplastia. Readmitido após 4 meses com dor epigástrica, vômitos e melena. Apresentou RNI de 4,5 sem outras alterações (anticoagulado com varfarina devido a fibrilação atrial crônica). Pela suspeita de melena em paciente com RNI alargado, procedeu-se à endoscopia digestiva alta. Evidenciada estase gástrica com piloro obstruído por corpo estranho de natureza têxtil, compatível com compressa cirúrgica, que se exteriorizava proximalmente, sendo tracionado por pinça de polipectomia. Houve sangramento discreto, porém sem perfuração. Submetido a vigilância clínica com jejum, sonda nasogástrica e omeprazol em dose plena. Radiografias seriadas sem pneumoperitônio. Tomografia computadorizada não evidenciou extravasamento de contraste para a cavidade, tampouco coleções ou fístulas. Evoluiu de forma favorável e recebeu alta em boas condições clínicas, assintomático. CONCLUSÃO: Trata-se de caso incomum de obstrução por compressa cirúrgica, em contexto de pós-operatório tardio de cirurgia difícil, convertida à via aberta, com achados inesperados. Todavia, apresentou evolução favorável, sem complicações perforativas, infecciosas ou hemodinâmicas. A publicação de relatos sobre o tema é salutar no sentido de alertar a comunidade científica sobre a necessidade de adotarmos protocolos assistenciais que contribuam para a segurança do paciente, aos moldes do Protocolo de Cirurgia Segura.

PALAVRAS-CHAVES: CORPO ESTRANHO | GOSSIPIBOMA | OBSTRUÇÃO INTESTINAL

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1629

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Dilatação gástrica aguda com necrose e perfuração devido à Síndrome da Artéria Mesentérica Superior: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA (HOSPITAL JULIA KUBITSCHKEK), MARCELO POLASTRI GOMES FERREIRA (HOSPITAL JULIA KUBITSCHKEK), TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO (HOSPITAL JULIA KUBITSCHKEK), FABIO GONTIJO RODRIGUES (HOSPITAL JULIA KUBITSCHKEK), MARCOS LANNA BICALHO (HOSPITAL JULIA KUBITSCHKEK), LARISSA AMARAL CARREGAL (HOSPITAL JULIA KUBITSCHKEK), AMANDA FERREIRA NAZARETH MARQUES (HOSPITAL JULIA KUBITSCHKEK), RODRIGO GUIMARÃES CORRADI (HOSPITAL JULIA KUBITSCHKEK)

RESUMO: Introdução: A Síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS), também conhecida pelo nome de Síndrome de Wilkie, é uma causa rara de obstrução intestinal. Acontece pela compressão da terceira porção duodenal entre a aorta e a artéria mesentérica superior, quando o ângulo entre essas duas artérias é menor que 20 graus. Pode ser congênita ou secundária a outras condições, como perda de peso ou trauma. Os pacientes geralmente respondem a tratamento conservador. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 21 anos, procurou atendimento médico com desconforto abdominal intenso e difuso, hiporexia, náuseas sem vômitos, parada de eliminação de fezes e flatos há 2 dias, após alimentação copiosa. Ao exame físico da admissão apresentava taquicardia, dor e distensão abdominal, sem sinais de peritonite. Tomografia computadorizada de abdome e pelve evidenciou acentuada dilatação gástrica e duodenal até a terceira porção, redução do ângulo entre a artéria mesentérica superior e a aorta, medindo 15 graus, derrame pleural bilateral e ascite. Este achado foi confirmado por angiotomografia e feito diagnóstico de SAMS. Foi realizado tratamento clínico inicial com jejum, passagem de sonda nasogástrica (SNG) e hidratação. Mesmo após 8 dias de medidas clínicas paciente manteve quadro de desconforto abdominal, débito de SNG acima de 1000 ml e sem eliminação de fezes ou flatos. Optou-se por realização de laparotomia exploradora, com identificação de necrose e perfuração de parede anterior e posterior do estômago. Foi submetida à gastrectomia total com reconstrução do trânsito em Y de Roux em dois tempos. Recebeu cuidados intensivos no pós-operatório e recebeu alta em boas condições clínicas após um período prolongado de internação. Atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, após 11 meses do primeiro procedimento cirúrgico, sem complicações. Conclusão: Apesar da SAMS ser uma condição rara, deve-se levar em consideração como diagnóstico diferencial em pacientes com quadros sugestivos de obstrução intestinal alta e distensão gástrica aguda. Diagnóstico e manejo precoces são essenciais para a boa evolução do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: SINDROME DA ARTÉRIA MESENERICA SUPERIOR|DILATAÇÃO GÁSTRICA AGUDA|PERFURAÇÃO GÁSTRICA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1636

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento cirúrgico na doença de crohn após falha no tratamento com imunobiológicos com reconstrução precoce do trânsito intestinal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HIGOR COSTA GOMES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), NATÁLIA GOMES NAGATO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), PATRICK CORREIA DE SOUZA ARAÚJO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), YURI KOSSA BARBOSA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), TIAGO MORAES ARAUJO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), CLAUDIA CAROLINA SAID OTTAIANO REVIGLIO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), FERNANDO CORREA AMORIM (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), FERNANDO GONÇALVES LIMA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS)

RESUMO: Introdução: As doenças inflamatórias intestinais compreendem a retocolite ulcerativa e doença de crohn (DC) são doenças de característica idiopática e não contagiosa. A DC pode acometer desde a cavidade oral até região anal, com predileção pela parte distal do intestino delgado e grosso, sem prevalência por idade ou sexo, porém com incidência aumentada pelo fator familiar e com sintomatologia vasta. Relato de caso: Paciente G.F.V. masculino 16 anos apresentou quadro de perda de peso e dor abdominal infraumbilical, intermitente de resolução espontânea iniciado há 8 meses, evoluindo com diarreia há 30 dias sem febre e perda de peso de 13kg, tem tia e prima com doença de crohn. Fez uso de azatioprina, meticortem, proepa, modulem, esomeprazol, sem melhora mantendo quadro diarréico de 3 evacuações ao dia aquosas. Seus exames: Hb 8,9 Ht 26,7% leucócitos 5.900 sem desvios e plaqueta de 305.000 proteínas totais 4,8, albumina de 2,5 e PCR 16,6, sorologia para HIV, hepatite C e toxoplasmose negativas, e imunidade a citomegalovírus e hepatite B. Colonoscopia indicando somente ileíte terminal. Enterotomografia de abdome com espessamento concêntrico com realce pelo meio de contraste do íleo terminal, associado a ingurgitamento da vasa recta regional, consequente dilatação de alças ileais. Repete após 6 meses que mostra espessamento com estratificação parietal do íleo terminal, ingurgitamento dos vasos retos, pequenas coleções, focos gasosos de permeio junto à parede do segmento ileal distal, a maior medindo 2,3x0,6cm. Recebe o diagnostico de DC e mantém o tratamento com corticoide e imunobiológicos. Evolui com abdome agudo obstrutivo quando da entrada no serviço de cirurgia geral, então submetido à ileocelectomia direita e confecção de ileostomia terminal. A biópsia com doença intestinal inflamatória. Paciente recebe alta com retorno à azatioprina e infliximabe para acompanhamento ambulatorial onde retorna com ganho ponderal 13kg e então submetido a reconstrução de trânsito intestinal. Conclusão: Ao caso nota-se tratamento efetivo a ressecção da parte acometida, sendo isso essencial para melhora do indivíduo no intuito de possibilitar o tratamento clínico com imunobiológicos, antes falho, além do caso já evoluir rapidamente para forma estenosante. Contudo a boa resposta possibilitou a reconstrução do transito intestinal em prazo inferior a 60 dias mesmo tendo uma ileostomia que nesse caso, não se mostrou fator prediletor de piora nutricional.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de crohn | Ressecção na falha clínica | Ileostomia na doença de crohn

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1647

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Diverticulite perforada de intestino delgado: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), RAFAEL DE FREITAS OLIVEIRA (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), DAFNE MARIA VILLAR GONÇALVES (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), PABLO SILVA DOS ANJOS (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), MARCOS LANNA BICALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), RAFAEL ALVES CARVALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), AMANDA FERREIRA NAZARETH MARQUES (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK)

RESUMO: Introdução: Divertículos de intestino delgado (ID) consistem em herniações da mucosa e submucosa através da parede da borda mesentérica (falsos divertículos). São associados a distúrbios de motilidade intestinal, como neuropatias viscerais e miopatias. Apresentam incidência entre 0,5-2,3% em estudos contrastados e são mais comuns acima dos 50 anos. Localização mais comum é no jejuno proximal (75%), seguida do jejuno distal (20%) e íleo (5%). Maioria dos pacientes é assintomática e apenas 1-2% dos pacientes demandam tratamento cirúrgico por complicação - perfuração intestinal, fístula, abscesso ou sangramento gastrointestinal refratário. Relato do caso: ACS, mulher, 64 anos, hipertensa e portadora de Chagas com miocardiopatia em uso de marcapasso, foi admitida em pronto-atendimento com dor abdominal difusa há um dia associada a vômitos. Exame físico revelava dor em flanco esquerdo com descompressão dolorosa. Revisão laboratorial à admissão com leucocitose discreta sem desvio. Radiografia de abdome agudo sem alterações. Submetida à tomografia computadorizada de abdome total que descreveu: espessamento parietal e indefinição dos contornos de alça de ID no flanco esquerdo, com focos de pneumoperitônio adjacentes, inferindo perfuração; quantidade mínima de líquido livre na cavidade abdominal; doença diverticular do cólon, sem diverticulite. Procedida laparotomia exploradora: pequena quantidade de líquido livre na cavidade; processo inflamatório intenso, envolvendo alças da primeira porção jejunal, no ângulo de Treitz; identificados 8 divertículos na primeira porção jejunal; perfuração bloqueada de um dos divertículos com presença de fibrina, demais divertículos com aspecto reacional. Realizada enterectomia do segmento acometido (33cm) com anastomose manual látero-lateral. Paciente intercorreu no pós-operatório imediato com instabilidade hemodinâmica, necessitando de cuidados intensivos por três dias. No entanto, tolerou bem reinício da dieta (iniciamente via entérica, seguida de via oral), recebendo alta hospitalar em boas condições. Anátomo-patológico descreveu diversas formações diverticulares, por vezes com reação inflamatória mononuclear e neutrofílica, compatível com doença diverticular com diverticulite. Conclusão: O tratamento cirúrgico dos divertículos de ID é pouco comum e é reservado às complicações. O relato mostra um caso raro em que a paciente intercorreu com complicação aguda, com diverticulite e inflamação, necessitando de enterectomia segmentar.

PALAVRAS-CHAVES: divertículos intestino delgado|diverticulite intestino delgado|perfuração divertículo intestino delgado

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1648

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Sucesso da prótese enteral em tumor gástrico avançado: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GEORGIA TERRA LUSTRE DI FLORA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MARCELINO QUAGLIA MORATO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), LARA COSSI PINEZI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), RONALDO NONOSE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JULIANA SANTOS VALENCIANO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente portador de câncer gástrico avançado com obstrução tumoral, desnutrido, tratado com Prótese Endoscópica. Discutir as opções terapêuticas e revisar as modalidades de tratamento em obstruções mecânicas causada pelo tumor. DISCUSSÃO: O objetivo do tratamento paliativo do câncer gástrico é restaurar a capacidade do paciente de se alimentar. A jejunostomia geralmente é a escolha para pacientes com boa performance status e com sobrevida maior que dois meses, já que a chance de complicações a longo prazo é menor em relação ao uso da prótese endoscópica, no entanto essa técnica aumenta a mortalidade intraoperatória por ser invasiva, além de promover maior tempo de internação hospitalar e ser um procedimento sujeito a complicações. O uso da prótese endoscópica por outro lado, permite aliviar os sintomas obstrutivos, habilitando o paciente à uma ingesta oral precoce, com consequente melhora do seu quadro geral, é menos invasiva, diminui o tempo de internação hospitalar e seus custos. Apesar de apresentar complicações, como estenose por crescimento tumoral, migração do stent e obstrução por resíduos alimentares, foi a técnica escolhida pelo paciente. Até o momento, mais de 60 dias após, o procedimento foi efetivo e sem complicações. CONCLUSÃO: O uso de Prótese Endoscópica é indicado para pacientes com performance status ruim, com sobrevida menor que dois meses, demonstrando vantagem por se tratar de um método menos invasivo, de curta duração, que não necessita de internação hospitalar prolongada, além de promover uma melhora na qualidade de vida do paciente permitindo a alimentação via oral precoce.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer Gástrico | Neoplasia | Procedimentos Cirúrgicos Endoscópicos

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1670

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUBERCULOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUIA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), RAISSA DE ALMEIDA MARTINS (HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - HR), RODRIGO SANTIAGO MOREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), VICTOR CARVALHO MACIEL GIRÃO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), NORTON NUNES DE LIMA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), FRANCIS ANDREW DA SILVA SOUSA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE), THIAGO SOUZA E SILVA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), NINA ROSA TENÓRIO LIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV)

RESUMO: Introdução: A tuberculose intestinal geralmente é uma complicação da doença pulmonar sendo o seu envolvimento relativamente raro. Quase todos os casos de tuberculose intestinal são causados pela *Mycobacterium tuberculosis*. Clinicamente, a evolução costuma ser insidiosa apresentando-se com um quadro de dor abdominal e síndrome consumptiva; em raros casos, pode adquirir caráter agudo em consequência de obstrução ou de perfuração intestinal. Relato de caso: O estudo em questão visa descrever um caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 32 anos, admitido no serviço de emergência com quadro algico abdominal crônico, febre, calafrios e poliartrite que evoluiu com íleo-paralítico, sendo realizada laparotomia exploradora para tratamento e diagnóstico, no qual evidenciou, em uma cultura de material colhido intraoperatorio, o *Mycobacterium tuberculosis* confirmando o diagnóstico de tuberculose intestinal. Foram utilizados recursos teórico-científicos através de uma revisão bibliográfica, oferecendo dados essenciais para melhor compreender a relevância da abordagem desse tema. Conclusão: A orientação clínica de médicos e profissionais de saúde para a possibilidade diagnóstica de tuberculose naqueles casos de dor abdominal de evolução insidiosa sem causa aparente é fundamental para o diagnóstico precoce e melhor o prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Tuberculose intestinal; abdome agudo; |diagnóstico precoce|prognóstico

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1673

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÚLCERA DUODENAL PERFURADA APÓS CORTICOTERAPIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TICIANE DA COSTA MARTINS (UFAM), RUBEM ALVES DA SILVA NETO (UFAM), MARIA CAROLINA COUTINHO X. SOARES (UFAM), IZABELA AUGUSTA DE OLIVEIRA MEDEIROS (UFAM), CAROLINA VERTEMATI CAVALIERI (UFAM)

RESUMO: Introdução: A úlcera péptica resulta de um desequilíbrio entre suco gástrico e as barreiras de defesa da mucosa. Afeta cerca de quatro milhões de pessoas em todo o mundo anualmente, com incidência estimada em 1,5% a 3%. Etiologia é multivariada, e os principais são uso de AINEs, tabagismo, H.pylori. O uso de corticosteroides está associado a um aumento no risco de perfuração da úlcera duodenal. Objetivo: Apresentar um relato de caso de perfuração de úlcera duodenal em um paciente que recebeu tratamento com corticosteróide para lesão eritematosa de pele. Relato do caso: Paciente do sexo masculino de 43 anos, apresentando lesões papulosas pruriginosas e eritematosas em tronco e extremidades com duas semanas de evolução. Iniciou, após avaliação médica, corticoterapia com prednisona 60mg/dia (1mg/kg/dia). Não houve remissão das lesões, mantendo o prurido e evoluindo com coalescência das lesões em tronco e extremidades. Após duas semanas do uso da droga, apresentou dor abdominal súbita de forte intensidade em epigastro, sendo diagnosticado em exame de imagem com abdome agudo perfurativo. No intra-operatório, úlcera perfurada em duodeno foi identificada, sendo feito rafia primária e patch de omento. Conclusão: A associação de corticoterapia e úlcera gastrointestinal é relatada na literatura, e contrariando a apresentação do caso citado, os sintomas são abrandados principalmente em uso de doses acima de 20mg/dia. Apesar de seu efeito imunossupressor, o paciente deste relato apresentou o quadro clássico com dor abdominal, taquicardia e abdome em tábua. Referências: CHUNG, K. T.; SHELAT, V. G. Perforated peptic ulcer-an update. World Journal of Gastrointestinal Surgery, v. 9, n. 1, p. 1, 2017. NGUYEN, M. H. K; ISAAC, K. M.; DOUGHERTY, R. Gastrointestinal perforation: relation to corticosteroid use and COPD? a case report. Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives, v. 6, n. 4, 2016.

PALAVRAS-CHAVES: ULCERA PERFURADA|CORTICOTERAPIA|DOR ABDOMINAL

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1680

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Associação do receptor órfão relacionado ao receptor retinóide e o câncer gástrico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AMANDA POLARO MARREIRO (HOSPITAL DA SANTA CASA DE SAO PAULO), FERNANDA CAVALCANTI CABRAL (HGI), DANIELLEN LINS LOURENÇO (HGI)

RESUMO: OBJETIVO: O objetivo deste trabalho consiste em analisar a associação do receptor órfão relacionado com o receptor retinóide (ROR) e o câncer gástrico. MÉTODO: Realizou-se uma revisão da literatura com as bases de dados eletrônicos da Pubmed e Scielo, utilizando como palavra-chave: receptor órfão relacionado ao receptor retinóide e o câncer gástrico. RESULTADOS: O câncer gástrico apresenta heterogeneidade biológica e genética. A obtenção da compreensão molecular detalhada associada ao câncer gástrico parece ser fundamental para melhorar os resultados do paciente. O receptor órfão relacionado com o receptor retinóide é membro da superfamília dos receptores nucleares. Funcionam como fatores de transcrição dependentes de ligando. Regula a inflamação, aumenta a apoptose, diminui a proliferação celular e desempenha papel crítico na regulação do relógio circadiano. Dados epidemiológicos indicam que a interrupção da ritmicidade circadiana está associada ao desenvolvimento de neoplasias. Descobriu-se que sua expressão está reduzida em tecidos gástricos com câncer, o que correlacionou-se com o estadiamento avançado dos pacientes. A sua diminuição reduz genes de supressão tumoral, diminuindo a apoptose em células neoplásicas. Algumas estratégias promissoras estão sendo estudadas, como o tratamento com o agonista receptor órfão relacionado com o receptor retinóide ou um ativador seletivo de AMPK, agindo ativando o p53, uma terapêutica anticancerígena. CONCLUSÃO: Conclui-se que o receptor órfão relacionado com o receptor retinóide tem importante associação com o câncer gástrico, apresentando-se em níveis baixos. BIBLIOGRAFIA:1. Solt LA, Burris TP. Action of RORs and their ligands in (Patho)physiology. Trends Endocrinol Metab. 2012. December; 23(12):619-627.2. Wang Y, et al. Regulation of p53 stability and apoptosis by a ROR agonist. PLoS ONE. 2012.3. Lee BJ. The association between stomach cancer and colorectal cancer: it still remains unclear. Korean J Gastroenterol. 2013.4. Pedamallu C, et al. Comprehensive molecular characterization of gastric adenocarcinoma. The Cancer Genome Atlas Research Network. 2014.5. Tan P, Yeah KG. Genetics and Molecular Pathogenesis of gastric adenocarcinoma. Gastroenterology. 2015.149:1153-1162.6. Wang Z, et al. Nuclear receptor retinoid-related orphan receptor alpha promotes apoptosis but is reduced in human gastric cancer. Oncotarget. 2016. December, 29.

PALAVRAS-CHAVES: câncer gástrico|receptor orfão relacionado receptor retinoide|ROR

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1686

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONALDO RODRIGUES ZACARIAS (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), HAMILTON LUIZ XAVIER FUNES (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FERNANDA RIBEIRO FUNES (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FERNANDO BATIGALIA (2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP)), JONAS DIAS CAMPOS SEVERI (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), DANIEL AUGUSTO DE FERNANDES (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FABIANO DE ALMEIDA FERRARI (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR)

RESUMO: O Divertículo de Meckel (DM) é consequência de obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico ou vitelino, ao não regredir completamente em torno da quinta semana de vida intrauterina. Ocorre com frequência no intestino delgado, e prevalece em até 2% da população. Comumente assintomático, pode haver hemorragia, obstrução intestinal e diverticulite. O presente estudo tem por finalidade relatar caso de Divertículo de Meckel. Paciente jovem do sexo feminino admitida com quadro de dor abdominal aguda difusa em cólica e descompressão brusca positiva. Tomografia computadorizada de abdome indicou suspeita de intussuscepção por compressão extrínseca. Laparotomia exploradora evidenciou DM, com realização de ressecção ileal com anastomose término-terminal e evolução favorável. O tratamento definitivo do DM é cirúrgico, e pode ser efetuado por meio de laparoscopia ou laparotomia, com indicação absoluta em pacientes sintomáticos. Em pacientes assintomáticos, seu tratamento cirúrgico ainda é controverso, ao se considerar o potencial de complicações e o risco inerente ao procedimento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo Meckel|Obstrução intestinal|Diagnostico

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1701

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMORES DE APENDICE: DOIS RELATOS DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONALDO RODRIGUES ZACARIAS (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), HAMILTON LUIZ XAVIER FUNES (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FERNANDA RIBEIRO FUNES (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), JONAS DIAS CAMPOS SEVERI (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FERNANDO BATIGALIA (2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP)), CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), DANIEL AUGUSTO DE FERNANDES (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FABIANO DE ALMEIDA FERRARI (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR)

RESUMO: Tumores apendiculares apresentam frequência de 0,5%; existem tumores in situ em 0,5% das apendicites (adenocarcinoma mucinoso ou colônico correspondem de 0,08% a 0,2% das peças cirúrgicas de apêndice, e tumores benignos como cistadenoma mucinoso são encontrados em 0,2% a 0,4% das apendicectomias). Este estudo visa relatar um caso de cistadenoma mucinoso apendicular (CMA) e outro de adenocarcinoma de apêndice (AA). Na primeira condição, paciente do sexo masculino admitido com quadro sugestivo de apendicite aguda e histopatológico compatível com CMA, com invasão ileocecal por mucocele que resultou em ileocectomia segmentar direita e evolução favorável. Na segunda situação, paciente do sexo feminino apresentou quadro intestinal obstrutivo, com histopatológico apendicular indicativo de adenocarcinoma túbulo-viloso moderadamente diferenciado, o que resultou em ileocectomia segmentar direita e evolução para óbito por complicações hemodinâmicas. Necessário ressaltar que CMA prevalece em mulheres em proporção de 4:1, o que justifica a importância do primeiro relato, e constitui tumor cístico com indicação de hemicolectomia direita em casos de aderência ou invasão ileocecal por mucocele ou se houver supuração local. Já AA acomete homens de meia idade (o que justifica a importância do segundo relato, pois é mais comum em mulheres), e apresenta quadro clínico e abordagem cirúrgica semelhantes ao CMA. Uma vez que tumores apendiculares em geral são diagnosticados somente durante análise histopatológica, torna-se premente conhecer condutas previamente estabelecidas, sobretudo pelo fato de que na maioria dos casos existe quadro clínico compatível com apendicite aguda.

PALAVRAS-CHAVES: cistadenoma mucinoso apendicular | adenocarcinoma túbulo-viloso de apêndice | apendicite aguda

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1704

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Íleo Biliar: causa de obstrução intestinal em paciente com volumosa hérnia umbilical

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANTONIO FERREIRA ROCHA JUNIOR (HOSPITAL HELIÓPOLIS), ÉDER OLIVEIRA ROCHA (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução. Íleo biliar, uma rara complicação decorrente de colelitíase, é definida como fistulização de um cálculo biliar volumoso através do estômago/duodeno provocando obstrução intestinal aguda mecânica. A maior parte das fistulas acontecem em pacientes idosos com histórico de calculose de vesícula biliar não tratada, ocorrendo inflamação crônica da vesícula ou necrose da parede vesical por pressão. Material e Métodos. O relato de caso a seguir é de uma paciente feminina de 70 anos de idade com quadro clínico típico de obstrução intestinal aguda e presença de volumosa hérnia umbilical. No toque retal, foi encontrado grande cálculo biliar de aproximadamente 2,5cm. Submetida à laparotomia exploradora sendo encontrado, no conteúdo do saco herniário, outro grande cálculo biliar impactado no intestino delgado formando uma faixa de necrose circular na alça acometida e sofrimento de alças intestinais a jusante até transversa proximal. Realizado enterectomia do segmento acometido e anastomose primária. Objetivos. Tal relato visa destacar a importância de identificação de uma complicação de colecistopatia calculosa, bem como a sua conduta de urgência diante desses casos. Conclusão. A identificação precoce e o tratamento correto de pacientes acometidos com íleo biliar são fundamentais para o prognóstico, visto que acometem em sua maioria pacientes idosos, com múltiplas comorbidades e com risco cirúrgico elevado.

PALAVRAS-CHAVES: íleo-biliar | obstrução intestinal aguda | hérnia umbilical

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1707

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCOLICA COM LINFOMA NÃO HODGKIN: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONALDO RODRIGUES ZACARIAS (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), HAMILTON LUIZ XAVIER FUNES (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FERNANDA RIBEIRO FUNES (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), JONAS DIAS CAMPOS SEVERI (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FERNANDO BATIGALIA (2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP)), CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), DANIEL AUGUSTO DE FERNANDES (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FABIANO DE ALMEIDA FERRARI (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR)

RESUMO: Intussuscepção em adultos é uma ocorrência rara, e pode se originar de um linfoma não-Hodgkin (LNH) e ser de difícil diagnóstico devido à indefinição sintomática. Muito embora o linfoma não-Hodgkin (LNH) primário do trato gastrointestinal (TGI) esteja classificado como o mais frequente linfoma extranodal, cerca de 40% de todos os LNH extranodais são de ocorrência incomum em que a sintomatologia principal é a dor abdominal inespecífica e em 44% dos casos pode haver massa abdominal palpável. Intussuscepção é causa menos comum de abdome obstrutivo e é mais frequente em adultos de 50 anos associada a cólicas abdominais, náuseas, vômitos e obstrução parcial. O presente estudo tem por finalidade relatar caso Intussuscepção Ileocolica (IIC) com LNH em paciente jovem do sexo masculino admitido com quadro de dor abdominal difusa com peristalse intestinal. Tomografia computadorizada de abdome total apresentou IIC associada a acentuada distensão de alças intestinais delgadas. Laparotomia exploratória resultou em ileocelectomia direita Histopatologia evidenciou LNH difuso de células pequenas (baixo grau), invasor até o limite da serosa. Abordagem de IIC por LNH necessita de intervenção cirúrgica e sua sintomatologia e relativa raridade fazem de seu diagnóstico um desafio.

PALAVRAS-CHAVES: INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCOLICA|LINFOMA NÃO HODGKIN|Abdome agudo

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1717

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: LIGADURA ENDOSCÓPICA COMO TRATAMENTO ALTERNATIVO DA ANGIODISPLASIA DE CORPO GÁSTRICO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SANDRO RODRIGO VALE DE SOUZA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), DANILO GOIS SOUZA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA), JOSE VALMIR MOURA JUNIOR (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA)

RESUMO: A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma causa frequente de hospitalização de urgência. Ela é definida como todo sangramento do trato digestivo em regiões acima do ligamento/ângulo de Treitz, podendo ser evidenciada clinicamente através de hematêmese (vômitos de sangue vivo ou em borra de café), de melena (fezes negras), de hematoquezia (eliminação de sangue vermelho vivo, ou de coágulos pelo reto) ou, ainda, de sangue oculto pelas fezes. A HDA pode ser causada por uma relativa variedade de condições patológicas. Dentre elas, temos as malformações vasculares, que representam um grupo heterogêneo de lesões, onde podemos incluir a angiodisplasia gástrica. A angiodisplasia gástrica pode ser encontradas em cerca de 1-3% da população¹ em geral, numa incidência que cresce com a idade e igual em ambos os sexos. Ela é composta por pequenas dilatações vasculares que afetam as veias submucosas e as vênulas e capilares da mucosa, acometendo principalmente pessoas com idade superior a 60 anos. As causas de angiodisplasia gástrica são desconhecidas, embora provavelmente exista uma relação com um processo degenerativo relacionado ao envelhecimento. Estima-se que cerca de 5% dos episódios de hemorragia digestiva alta sejam causados por angiodisplasias gástricas - relação que se eleva com o aumento da idade do paciente. Destes episódios, temos que aproximadamente 15% causam sangramentos vultuosos que podem causar comprometimento hemodinâmico do paciente². Assim, tendo em vista a importância do conhecimento prévio a respeito do perfil epidemiológico e das etiologias relacionadas a HDA, bem como a necessidade de um protocolo de conduta para esta entidade, temos que um aumento no conhecimento a respeito das angiodisplasias gástricas faz-se necessário para tornar o atendimento aos pacientes mais efetivos e eficazes.

PALAVRAS-CHAVES: Angiodisplasia | corpo | endoscópica

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1727

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA INTERNA PELO FORAME DE WINSLOW: Relato de caso com resolução por videolaparoscopia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAIANE CRISTINA FERREIRA CASTRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS - UNIPAM), RENATA LAIZ FERREIRA CASTRO (HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG), EDSON ANTONACCI JR. (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS - UNIPAM), STEPHANIE DE ARAUJO COSTA (HOSPITAL IMACULADA CONCEIÇÃO)

RESUMO: Raiane Cristina Ferreira Castro¹, Renata Laiz Ferreira Castro², Edson Antonacci Junior³, Stephanie De Araujo Costa⁴CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS ?UNIPAM ? MG ? BRASIL 1 Graduanda em medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas ?UNIPAM2 Médica cirurgiã geral pelo Hospital Regional Antônio Dias ?FHEMIG3 Coordenador da residência médica de cirurgia geral do Hospital Regional Antônio Dias ?FHEMIG ; docente e coordenador do internato de cirurgia do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas ?UNIPAM ? TCBC ? MG4 Médica Radiologista - Membro titular do Colégio Brasileiro de Radiologia Introdução: A herniação pelo forame de Winslow pode ser definida como um tipo de hérnia abdominal interna. O primeiro caso foi descrito por Blandin em 1834 e, desde então, menos de 200 casos foram relatados, representando apenas 0,1% de todas as hérnias abdominais. Apresenta alta taxa de mortalidade (49-50%), geralmente associada ao diagnóstico e tratamento tardios. O quadro clínico é inespecífico, varia de acordo com o conteúdo herniado e o tempo de evolução. Os sintomas são geralmente relacionados à obstrução intestinal. A apresentação típica é uma dor aguda epigástrica severa, com irradiação para o hipocôndrio esquerdo ou ombro esquerdo, náuseas, vômitos e distensão abdominal. Relato de Caso: Sexo feminino, 48 anos, apresentando dor abdominal em cólicas e vômitos, após atividade física. Apresentava leve distensão abdominal, em epigástrio e hipocôndrio direito, com peristalse aumentada e sem irritação peritoneal. Leucocitose discreta. A TC de abdome mostrou padrão de suboclusão intestinal com distensão de delgado. Aspecto de torção e compressão dos vasos mesentéricos através do forame de Winslow. Realizada abordagem por videolaparoscopia, que evidenciou herniação pelo forame de Winslow. Exploração cuidadosa com pinças do delgado até a área do forame com redução das alças por tração. Não havia lesões isquêmicas e necrose. Alta no 2º dia pós-operatório, sem complicações. Conclusão: Patologia rara, com quadro clínico variável e inespecífico. O diagnóstico pré-operatório é de difícil suspeição. É importante considerar essa afecção como diagnóstico diferencial em quadros de abdome agudo, pois a detecção e tratamento precoces reduzem a morbimortalidade. A TC de abdome é o método de escolha para diagnóstico. Não há consenso em relação à abordagem cirúrgica, porém a videolaparoscopia oferece possibilidades exploratórias e recuperação rápida.

PALAVRAS-CHAVES: Forame de Winslow | Hérnia interna | Hérnia abdominal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1787

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Antibioticoterapia de curta duração x longa duração na apendicectomia perfurada.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KARLA C M FIDALGO (FACIPLAC), CAMILA MARTINS PINTO (FACIPLAC), MILLENA XAVIER ANDRADE (FACIPLAC)

RESUMO: RESUMO: Racional- Apendicite aguda é a causa mais comum de abdômen agudo cirúrgico. Uma vez realizado o procedimento permanece um desafio, o tempo de duração da antibioticoterapia. Objetivo ? Avaliar se a suspensão da antibioticoterapia pós apendicectomia perfurada é mais efetiva na terapêutica de curta duração ou de longa duração do tratamento. Métodos- Pesquisa em ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas onde foram escolhidos três artigos que citam o tratamento antibiótico no pós-cirúrgico da apendicectomia perfurada. O critério de seleção baseou-se em pacientes em diferentes faixas etárias que foram submetidos às diferentes técnicas de apendicectomia. Todos realizaram antibioticoterapia em internação hospitalar durante o pós-cirúrgico. Resultado ? Em todas as ocasiões os pacientes não seguiram o protocolo de número de dias na suspensão do tratamento microbiano. Seus devidos médicos optaram por suspendê-lo quando os sintomas de infecção deixaram de existir. Conclusão- Independente da idade do paciente ou da técnica utilizada parece ser melhor suspender o tratamento antibiótico quando, em acompanhamento clínico, o paciente não apresenta mais sinais de infecção como febre, leucocitose e taquicardia.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicectomia | Apendicite | Antibioticoterapia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1789

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumores Estromais Gastrointestinais (GIST) gástricos: relato de caso de GIST gástrico de alto potencial de malignidade e comparação do caso clínico com as bases literárias científicas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO SALVIANO DA FONSECA REZENDE (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE), NINA VASCONCELOS PESSANHA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE)

RESUMO: INTRODUÇÃO Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST) gástrico, de origem na célula de Cajal do plexo mioentérico do Trato Gastrointestinal (TGI), representa menos de 1% das neoplasias do TGI, mas tem incidência de 1 a 2/100.000 por ano. Mais comum no estômago (40 ? 60%) e intestino delgado (30%). Incidência maior a partir dos 50 anos e no sexo masculino. Sintomas são dor abdominal, desconforto do TGI ou melena. Obstrução parcial causa sensação de empachamento e disfagia. Pode permanecer assintomáticos, com diagnóstico acidental durante cirurgias ou exame de imagem. Tomografia Computadorizada (TC) de abdome é o principal exame de imagem, pois a camada muscular do estômago pode não ser avaliada por Endoscopia Digestiva Alta (EDA). A análise ultra-estrutural, evidenciando características neuromioentéricas, e imuno-histoquímica (IHQ) pelo estudo dos c-proto-oncogenes kit CD117 e CD34, presentes em 90 e 80% dos casos respectivamente, conclui diagnóstico. O prognóstico está relacionado ao Potencial Maligno, pela análise do tamanho da lesão e quantidade de mitoses da lesão por 50 hpf na microscopia eletrônica. A recidiva é 40% e podem ocorrer 20 anos após o tratamento. A sobrevida à exérese completa do tumor é de 50% em longo prazo. A quimioterapia (QT) com inibidor da tirosina quinase, é eficaz nas recidivas e metástases. Tumores irrissecáveis ou mestastáticos, a QT elevou a sobrevida para 70% em 2 anos e na exérese completa dos tumores, diminuiu a recidiva para 8%. RELATO DE CASO BRSL, sexo feminino, 68 anos. Relata epigastralgia refratária ao tratamento com Omeprazol. Piora com miastenia, disfagia e perda ponderal leve. EDA e TC de abdome evidenciam massa de aspecto neoplásico na região pré-pilórica da pequena curvatura gástrica. Biópsia indica GIST gástrico. Submetida à gastrectomia parcial, derivação intestinal em Y de Roux, evidência peri-operatória de aderências da gordura adjacente em parede anterior do estômago, com aspecto de infiltração. Peça retirada com margens de 2 cm proximal e distal, e não houve ruptura tumoral dentro da cavidade. Anatomopatológico e IHQ confirmaram GIST gástrico, com marcador positivo para CD117, um linfonodo positivo para neoplasia em 10, e infiltrando gordura adjacente. Encaminhada para Oncologia Clínica, proposta de QT adjuvante. CONCLUSÃO diagnóstico acidental, através de EDA devido DRGE e sinais de alarme, se encaixa na descrição padrão da doença. A imagem macroscópica incomum ao padrão da doença, justifica as margens de segurança.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor Estromal Gastrointestinal | GIST | GIST gástrico

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1809

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE BOUVERET

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARDO OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), BRUNA ILA BETHLEM TELLES (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), RENATO DE MEDINA COELI (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), CLAUDIA BEATRIZ OLIVEIRA CASTRO MEDINA COELI (HOSPITAL CENTRAL DA POLICIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO)

RESUMO: Introdução: Leon Bouveret, em 1896, reportou os primeiros dois casos de obstrução duodenal por cálculo biliar. É uma forma bastante rara de íleo biliar (1% a 3% dos casos) ocasionando obstrução ao esvaziamento gástrico por um cálculo único, grande, localizado no duodeno, geralmente maior que 2,5 cm, decorrente de uma fístula colecistoduodenal. Relato do Caso: Apresentamos um caso de uma paciente de 91 anos, sexo feminino, que deu entrada na emergência com queixa de vômitos frequentes, dor e distensão do abdome superior. Tomografia computadorizada do abdome revelou a tríade clássica de Rigler (pneumobilia; dilatação gástrica; cálculo radiopaco no duodeno). Submetida a tratamento cirúrgico, foi encontrado cálculo biliar grande, de 5 cm, impactado na transição da 3ª para 4ª porção duodenal. Realizado manobra de acesso à 3ª e 4ª porções do duodeno e tentativa de ordenha do cálculo para primeira alça jejunal, porém sem sucesso devido à imobilidade do mesmo. Executada duodenotomia transversa na altura da obstrução e extração do cálculo e duodenorrafia em plano único. Não foi abordada a fístula biliar. Paciente apresentou boa evolução e alta no 7º dia pós-operatório. Conclusão: Pelo fato de acometer indivíduos de elevada faixa etária, comumente com múltiplas comorbidades associadas, as complicações pós-operatórias são frequentes. A tentativa de abordagem endoscópica, não operatória, além da potencial complicação de perfuração duodenal pois o cálculo, além de grande é de difícil mobilização, com frequência não é bem sucedida. Portanto, o tratamento cirúrgico é o mais efetivo. Ilustrações: Tomografia computadorizada (tríade de Rigler) e fotos do ato operatório.

PALAVRAS-CHAVES: SÍNDROME DE BOUVERET | ÍLEO BILIAR | OBSTRUÇÃO DUODENAL

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1819

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDÔMEM AGUDO OBSTRUTIVO POR DIVERTÍCULO DE MECKEL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JESSICA CAROLINE VAZ DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA), ROBERTO ANDRADE LIMA (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), CAIO FELIPE CAMILO IBIAPINO (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), THAYANE VIDON ROCHA PEREIRA (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), 5GABRIEL CAMPOS NUNES FREIRE (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), CARLOS FELIPE GONÇALVES RODRIGUES (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL.), PEDRO HENRIQUE DE MEDEIROS DUTRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL ? DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA / CIRURGIA GERAL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Divertículo de Meckel (DM) é a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal, tem em média 3 cm de extensão e resulta do fechamento incompleto do ducto ônfalo-mesentérico. Sua presença tende a ser assintomática, constituindo um achado acidental, mas casos como inflamação aguda, sangramento gastrointestinal baixo e torção do divertículo, seguida de gangrena, podem ocorrer eventualmente. Dentre as complicações mais raras e graves, está o abdome agudo obstrutivo, presente no caso a seguir.RELATO DO CASO: F. P. E., femina, 25 anos, encaminhada de uma Unidade de Pronto Atendimento, com quadro de dor abdominal e vômitos há 7 dias. À anamnese, relatou distensão abdominal e ausência de eliminação de flatus e fezes. Apresentava sonda nasogástrica com drenagem de secreção escura, regular estado geral, afebril, acianótica, anictérica e eupnéica. Abdome distendido e timpânico à percussão, ruídos hidroaéreos diminuídos e dor intensa à palpação abdominal.A radiografia simples e a tomografia computadorizada de abdome evidenciaram distensão de alças intestinais e presença de níveis hidroaéreos. Ante a hipótese de obstrução intestinal alta, a paciente foi submetida à laparotomia mediana infraumbilical, sob raquianestesia.No intra-operatório, encontrou-se ascite importante, com distensão e edema do intestino delgado. Durante revisão das alças, foi encontrado divertículo de Meckel, de 8 cm de comprimento e 2 cm de diâmetro na base, a 30 cm da válvula ileocecal, na borda antimesentérica. A extremidade distal do divertículo era mais estreita e apresentava uma brida filiforme, aderida à raiz do mesentério do íleo terminal, que provocou estenose da porção terminal do íleo, justificando o quadro de abdome agudo obstrutivo.Foi realizada a ressecção da brida e enterectomia parcial no local do divertículo, seguida de anastomose término-terminal em dois planos. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória e recebeu alta após sete dias.CONCLUSÃO: A diverticulectomia aberta na administração do divertículo complicado de Meckel é segura. O manejo conservador de um achado incidental é controverso, levando em conta a necessidade de nova intervenção cirúrgica, a maior dificuldade de ressecção e o difícil diagnóstico nos casos com complicações.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo de Meckel | Abdome Agudo Obstrutivo | Malformações Congênitas

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1825

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Gastrectomia Total por Estenose por Adenocarcinoma Bem Diferenciado

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL VICTOR CAMPOS FREIRE BARELA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), MARCÍLIO CARDOSO DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MANUELA GOMES DE AGUIAR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), RENANNA LYRA LIMA BARBALHO COUTINHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ARTHUR LUIZ NORTE GOMES PEREIRA ARARUNA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ROBERTO MORENO MENDONÇA (INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE NATAL)

RESUMO: Introdução: O câncer gástrico é uma das neoplasias malignas mais comuns e apresenta alta mortalidade, sendo a segunda causa de morte por câncer em todo o mundo. O adenocarcinoma representa 95% dos casos de câncer gástrico e sua incidência é maior em homens (3:2), negros e cerca de 70% ocorrem em indivíduos acima dos 50 anos. O desenvolvimento do adenocarcinoma gástrico é multifatorial, envolvendo tanto aspectos ambientais como genéticos. Dentre os fatores ambientais podemos citar o tabagismo, baixo nível socioeconômico, história familiar, infecção pelo *Helicobacter pylori* e dieta rica em alimentos defumados contendo nitritos ou compostos de nitrosaminas. Relato de caso: M.A.S.B, 61 anos, agricultora, deu entrada pelo ambulatório de cirurgia em Dez/2016 com queixa de dor epigástrica há 05 anos, citando tratamento clínico em tal período, com piora do quadro há 03 meses associado a perda ponderal de 06kg em 01 mês e episódios de hematêmese, melena e vômitos. Antecedente pessoal de Hipertensão Arterial Sistêmica, negando tabagismo, etilismo e histórico familiar de neoplasia. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, hipocorada, hidratada, emagrecida, com abdome plano, doloroso em região epigástrica, sem massas palpáveis. Realizada Endoscopia Digestiva Alta, a qual evidenciou extensa lesão hemorrágica de aspecto infiltrante na mucosa do corpo gástrico médio. Realizada biopsia evidenciando Adenocarcinoma bem diferenciado. A partir desses achados e da avaliação clínica da paciente foi optado pelo tratamento operatório. Foi realizada gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux. Paciente evoluiu bem, estável hemodinamicamente, com boa aceitação da dieta e ausência de dor, recebendo alta hospitalar após sete dias de internação. Conclusão: O adenocarcinoma gástrico é uma neoplasia maligna muito prevalente, estando muitas vezes associado à alta mortalidade. A ressecção cirúrgica é a única possibilidade real de tratamento curativo. No entanto, esse objetivo nem sempre é passível de ser atingido, seja pela extensão do tumor no momento do diagnóstico ou pela impossibilidade clínica do paciente em ser submetido a tal procedimento. Dessa maneira, é obrigatório considerar o risco-benefício e assim optar pela conduta mais adequada a cada paciente, visando à cirurgia curativa ou com finalidade paliativa.

PALAVRAS-CHAVES: Gastrectomia | Adenocarcinoma | Estenose

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1862

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RECIDIVA DE GIST GÁSTRICO EM ANASTOMOSE DE Y ROUX: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO SALVO TORRES DE MELLO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), TARCIANA VIEIRA DA COSTA (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), AMANDA COELHO XAVIER (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA(FAMENE)), AGLAIA MOREIRA GARCIA XIMENES (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), LUNA ISABEL CÁCERES LESSA (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), NARA PERCÍLIA DA SILVA SENA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA(FAMENE)), SARAH MOREIRA E SILVA ALVES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MEDICAS DA PARAÍBA (FCM)), YGOR MARCELO MENDES NEGREIROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA(FAMENE))

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os tumores estromais do trato gastrointestinal (GIST) originam-se das células intersticiais de Cajal, responsáveis pela motilidade gastrointestinal, acometendo principalmente indivíduos de meia-idade e idosos. A apresentação clínica depende do tamanho e localização do tumor, e seu potencial maligno varia também com o índice mitótico. O diagnóstico é confirmado por imunohistoquímica, expressando a proteína c-KIT, empregando-se a tomografia para o estadiamento da neoplasia. O tratamento padrão para GIST não metastático é a ressecção cirúrgica completa da lesão; não se pode excluir a possibilidade de recidivas, sendo mais frequentes em fígado e peritônio. Esse relato trata de um achado incomum de recidiva desse tumor. RELATO DE CASO: TFS, feminino, 63 anos, comparece ao ambulatório com queixa de massa visível e palpável em flanco esquerdo há 3 meses, e perda ponderal. Antecedente de gastrectomia total há 2 anos (por GIST em corpo com estadiamento PT3 N0 MX). Ao exame, apresentava índice de massa corporal de 18kg/m², abdome flácido e tumoração palpável em flanco esquerdo, móvel, indolor. A tomografia de abdome revelou massa de 5x5cm, discretamente captante de contraste em íntimo contato com o cólon transversal. Realizada laparoscopia diagnóstica, que evidenciou tumoração em anastomose jejuno-jejunal (anastomose de Y Roux), compatível com recidiva de GIST e grande número de bridas e aderências. Procedimento convertido para laparotomia exploradora, na qual se realizou enterectomia com ressecção de 40cm de delgado; realizadas duas entero-entero anastomoses (látero-laterais): a 30 cm da esôfago jejunoanastomose prévia, e a 30 cm do ângulo de Treitz. A paciente evoluiu sem complicações e recebeu alta no 8º dia pós-operatório. CONCLUSÃO: A recidiva de GIST é frequente (podendo atingir 40 % dos pacientes) apesar da ressecção cirúrgica completa; o tratamento de escolha é a ressecção completa da recidiva, mesmo que em sítios atípicos do tumor primário.

PALAVRAS-CHAVES: GIST | Recidiva | Intestino Delgado

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1894

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: VOLVO PRIMÁRIO DE DELGADO EM PACIENTE ADULTO SEM MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), ROBERTO ZÍLIO (HUST - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA), AMANDA CAROLINE MASIERO (HUST - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA), RICARDO SILVA POROSKI (HUST - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA), LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), CAROLINE CORAZZA (HUST - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA)

RESUMO: OBJETIVO: Esse trabalho visa relatar uma variação rara de obstrução intestinal, um volvo de intestino delgado, em paciente fora da faixa etária de risco. RELATO DO CASO: Paciente E.M.O., sexo masculino, 59 anos, deu entrada na Emergência, com quadro de dor e distensão abdominal difusa, associado a náuseas, vômitos e parada da eliminação de flatos e fezes, com dois dias de evolução. Sem relato de febre e queixas urinárias, não soube referir fatores agravantes e atenuantes. No exame físico entrava-se taquicárdico, taquipneico, com distensão abdominal, ruídos hidroaéreos diminuídos, hipertimpânico à percussão e indolor à palpação. Tabagista 35 anos/maço, ulcerorrafia duodenal há 20 anos e laparotomia há 72 dias por quadro semelhante, onde foi realizada redução do volvo de mesentério, do intestino delgado. Apresentava leucocitose com desvio a esquerda. O exame tomográfico do abdome evidenciou acentuada dilatação de alças de delgado, com presença de nível hidroaéreo, além de agrupamento de alças de delgado e ausência de gordura interposta, com aparente afinamento de alças em região para-aórtica à direita, pode estar relacionado com quadro oclusivo mecânico. Em se tratando de um quadro de abdome agudo obstrutivo foi realizada laparotomia exploradora, evidenciando intensa dilatação de delgado, sem sinais de sofrimento de alça, e rotação completa do pedículo do mesentério de intestino delgado no sentido horário. Após ordenha do conteúdo líquido das alças, foi realizada fixação do intestino grosso bilateralmente na parede abdominal. Apresentou boa evolução no pós-operatório, recebendo alta após cinco dias, estando atualmente em acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃO: Volvo de intestino delgado é uma causa pouco comum de abdome agudo obstrutivo, sendo raro na idade adulta. Há dados escassos na literatura e poucos trabalhos científicos sobre o tema. Assim, apesar da pequena incidência, essa patologia pode ter desfechos desfavoráveis quando não diagnosticada precocemente. Há necessidade de mais trabalhos para um melhor entendimento da patologia.

PALAVRAS-CHAVES: Volvo | Intestino Delgado | Abdômen Agudo

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1966

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CORPO ESTRANHO NO APÊNDICE VERMIFORME

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANILO AUGUSTO NARCIZO DA SILVA (UFAC), CAIO CIRILLO FREITAS DA SILVA (UFAC), HERCULES MAGALHAES O. DO CARMO (UFAC), ANGELA CLAUDIA PAIXAO SOARES (UFAC), ALINE CRISTINA BATISTA VILELA (UNIDERP), RODRIGO ROCHA RAMALHO (UFAC)

RESUMO: RESUMO Relato de caso de paciente que ingeriu corpo estranho submetido à laparotomia exploradora para remoção do mesmo, na qual se observou prego no lúmen do apêndice vermiforme, por isso, realizada apendicectomia. **INTRODUÇÃO** ingestão de corpo estranho pode ser acidental ou intencional, ocorre em todas as idades e é um motivo frequente de admissão ao serviço de urgência. Os grupos geralmente observados são: crianças, idosos, pacientes desdentados, psiquiátricos, presidiários, dependentes químicos e aqueles em libações alcoólicas. A população pediátrica, entre dois e quatro anos de idade, é responsável por 80% dos corpos estranhos ingeridos, estimando-se que 10% dos casos representem recidivas. Nos adultos, os eventos são mais comuns em pacientes da sexta década de vida, podendo estar relacionados à diminuição da visão, do controle da deglutição e da sensibilidade oral. **RELATO DE CASO** Paciente masculino, 25 anos, proveniente de Rio Branco, Acre, grau de escolaridade E.M completo, solteiro, desempregado, renda familiar de um salário mínimo. Foi trazido por seus familiares ao Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco ? HUERB, com história de queda de altura, escada de aproximadamente 1,5 m, durante reforma da casa, há 21 dias. Relatou que na ocasião estava com quatro pregos (corpos estranhos) na cavidade oral, tendo ingerido um destes. Queixava-se de ansiedade, hiporexia, náuseas, lombalgia e as funções fisiológicas estavam preservadas. Ao exame físico do abdome apresentava dor à palpação da fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal e os outros aparelhos e sistemas sem alterações dignas de nota. Portava raios X prévios, todos sem laudo, além de TC de abdome total, promovendo artefatos em correspondência, localizada na fossa ilíaca direita, aparentemente na topografia ileocecal, sem obstrução do trânsito intestinal, sugerindo correlação clínica. Foi submetido à Laparotomia exploradora, palpado corpo estranho no lúmen do apêndice vermiforme e optado por proceder com Apendicectomia técnica de Ochsner. **CONCLUSÃO** Uma boa inspeção física e clínica têm importância para o êxito no diagnóstico, não podendo descartar a boa conduta no procedimento. Sendo assim, os raios X prévios e a tomografia computadorizada de abdome total, realizada com cortes axiais com técnica de aquisição helicoidal, foram ímpar para o procedimento cirúrgico e, assim, evitar complicações na cirurgia. O paciente evoluiu sem intercorrências no intra e pós-operatória

PALAVRAS-CHAVES: CORPO ESTRANHO | APÊNDICE VERMIFORME | CIRURGIA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1985

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL GIGANTE EM ÂNGULO DE TREITZ ? RELATO DE CASO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO KASSAB (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ELIAS JIRJOSS ILIAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUIZ FELIPE FERREIRA FERNANDES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANA CAROLINA EL ZOUKI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), KAUE POLIZEL SOUZA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RAUL DOS REIS URURAHY (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), GIULIANE GALEOTE RAMIRES FERNANDES DA COSTA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), FELIPE ZOCATELLI YAMAMOTO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Os tumores estromais gastrointestinais, ou GIST, consistem em grupo heterogêneo de neoplasias mesenquimais do trato gastrointestinal, podendo acometer qualquer porção desse. Apresentam-se como tumores com limites precisos, de conteúdo cístico, necrótico e com focos hemorrágicos ao corte, originados na camada muscular própria. Não compõem conjunto uniforme de neoplasias, variando em diferenciação e composição histológica. À imunohistoquímica também não se observa homogeneidade, o marcador de superfície c-KIT (ou CD117) está presente quase na totalidade dessa família, porém há exemplares raros que não expressam tal componente. Da mesma forma, o comportamento clínico não segue padrão, havendo espectro desde pequenos nódulos benignos de achado incidental a tumores de dimensões consideráveis, sintomáticos e francamente malignos. Os sítios acometidos, em ordem de frequência, são: estômago; jejuno / íleo; duodeno; intestino grosso; esôfago / apêndice; GIST extra intestinais. RELATO DE CASO: Feminino, 66 anos, hipertensa, AVC prévio há 3 anos, ex-tabagista. Episódio de enterorragia há 3 meses como antecedente, trazendo resultados de EDA e colonoscopia que não justificavam o evento. Paciente deu entrada no serviço por episódio de fraqueza e tontura, além de massa abdominal indolor palpável à esquerda. Foram realizados exames laboratoriais que detectaram quadro anêmico. Prosseguiu-se a investigação com TC de abdome, demonstrando formação exofítica de 8,5 x 8,5 x 6,7 cm na 4ª porção do duodeno e jejuno proximal, hipervascularizada, com realce heterogêneo pelo contraste e focos de necrose centrais. O processo expansivo apresentava comunicação com o segmento do delgado adjacente, sem determinar obstrução intestinal à montante. Paciente foi então submetida à laparotomia exploradora, na qual se realizou enterectomia segmentar, com retirada da 4ª porção do duodeno e jejuno proximal, permitindo ressecção em bloco da neoformação. Procedeu-se com posterior entero-entero anastomose em dois planos e posicionamento de dreno tubular. Peça cirúrgica encaminhada à anatomia patológica confirmando hipótese de GIST. Houve evolução pós-operatória favorável, com boa aceitação da dieta e progressiva redução do débito do dreno. Paciente recebeu alta hospitalar no 7º PO e permanece em acompanhamento ambulatorial em nosso serviço. CONCLUSÃO: GIST duodenais compõem afecção rara, porém devem permanecer entre os diagnósticos diferenciais de eventos hemorrágicos GI.

PALAVRAS-CHAVES: GIST | TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL | DUODENO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1998

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA DE ÚRACO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC ARAGUAINA), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), FIAMA VIANA DO VALE (ITPAC), JHONATA DE SOUZA MACIEL (ITPAC), PATRICK NUNES BRITO (ITPAC), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (ITPAC), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC), NADER NAZIR SULEIMAN (ITPAC)

RESUMO: Introdução: O úraco é um canal que mede de 5 a 10 cm e se comunica com o alantóide para formar a bexiga primitiva, ainda no período embrionário. É formado por três estruturas: lúmen, camada submucosa e muscular lisa. A obliteração progressiva do lúmen forma o ligamento mediano, que une o domo vesical ao umbigo. Anormalidades nesse processo originam diversas patologias, como os carcinomas. Usualmente, esses tumores não são diagnosticados precocemente, visto a parcimoniosa sintomatologia que, quando presente, nas fases mais avançadas da doença, se expressa por sinais e sintomas consequentes ao comprometimento da bexiga e/ou por dor ou massa suprapúbica. Neste trabalho, foi relatado o caso de um paciente de 48 anos com massa abdominal, hematúria macroscópica e perda ponderal com evolução de 1 ano. Relato do caso: Homem, 48 anos, história de desconforto e aumento de volume progressivo em baixo ventre, hematúria, perda de peso e queda do estado geral há um ano. Ao exame: massa palpável em mesogástrico e hipogástrico, pouco dolorosa e fixa. A TC abdominal demonstrou massa tumoral pélvica de aspecto neoplásico, realce heterogêneo na zona de transição entre o úraco e o domo vesical, próximo à parede abdominal inferior. Foi submetido à laparotomia exploradora que revelou volumosa tumoração pélvica envolvendo parede abdominal inferior, bexiga e púbis com carcinomatose peritoneal extensa (estádio IV). A biópsia da tumoração revelou ?Adenocarcinoma de úraco moderadamente diferenciado?. Recebeu alta no 5º DPO e foi encaminhado para a oncologia clínica onde recebeu um ciclo de quimioterapia paliativa evoluindo com queda progressiva do estado geral e óbito após 33 dias. Conclusão: O prognóstico do carcinoma de úraco é ruim e isso se deve ao diagnóstico realizado geralmente em fase avançada da doença. Além disso, as altas taxas de recidiva local e à distância (fígado, pulmão, ossos, peritônio e linfonodos) são frequentes mesmo nas lesões ressecáveis. Os protocolos de tratamento nos estágios avançados com quimioterapia e radioterapia tem pouca eficácia. A sobrevida geral livre de doença em 5 anos é de 43-70%.

PALAVRAS-CHAVES: Desconforto Abdominal|Hematúria|Úraco

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2000

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE LIPOMA GÁSTRICO APÓS MANEJO DE TUMORAÇÃO GÁSTRICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANNA LUIZA PORTELA TARGINO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOSÉ VICTOR GOMES LOPES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARÍBA), WANUZIA KEYLA SILVA MIRANDA (DOUTORA EM MEDICINA, ESPECIALISTA EM CITOPATOLOGIA E DOCENTE DA DISCIPLINA DE GINECOLOGIA E OBSTETRI), RAIMUNDO SALES FILHO (DOUTOR EM ANATOMIA PATOLÓGICA, DOCENTE DA DISCIPLINA DE ANATOMIA PATOLÓGICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL), THAÍS CARVALHO PIRES DE SÁ (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LETICIA DINIZ ARANDA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GABRIELA SILVEIRA PESSOA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOÃO ANTÔNIO ALVES GONCALVES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Lipomas são tumores mesenquimais benignos compostos por adipócitos maduros que apresentam crescimento lento e podem ser fixos ou móveis. Apresentando etiologia incerta, alguns autores sugerem como causas as alterações endócrinas, a hereditariedade, trauma e infecção local. O lipoma gástrico é raro, representando apenas 3% de todos os tumores benignos do estômago e são usualmente encontrados nas regiões do antro e corpo gástrico, podendo intussusceptar-se para o canal pilórico e o duodeno, obstruindo-os. Eventualmente podem simular tumores malignos do estômago. A sintomatologia é variável e algumas vezes dependente de outras patologias associadas. Mostrando-se de difícil diagnóstico, costuma ser um achado acidental durante a realização de exames, como a radiografia ou endoscopia. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica do tumor por laparotomia ou videolaparoscopia, principalmente quando sintomáticos. RELATO DE CASO: F. F., sexo masculino, 78 anos, paciente do Complexo Hospitalar de Mangabeira em Joao Pessoa-PB, submetido à gastrectomia subtotal após diagnóstico endoscópico de massa nodular na região entre o piloro e o duodeno. Encaminhada ao estudo histopatológico, a avaliação macroscópica da peça constatou corresponder a segmento gástrico/duodenal medindo 7,0 cm de comprimento, revestido externamente por serosa lisa e transparente. Aberta a peça, evidenciou-se uma lesão de aspecto polipoide, séssil, medindo 3,0 cm em seu maior diâmetro, revestida por mucosa de superfície lisa, correspondendo a nódulo amarelado, submucoso, distando 2,0 cm da margem cirúrgica mais próxima. À microscopia, os cortes histológicos correspondiam à região do antro gástrico, contendo massa nodular submucosa composta por acúmulo de adipócitos típicos. A mucosa suprajacente apresentava-se livre de alterações. A lesão foi diagnosticada histopatologicamente como tratando-se de um lipoma gástrico submucoso. CONCLUSÃO: Apesar da baixa incidência e prevalência, o lipoma gástrico é condição benigna rara que deve ser aventada como diagnóstico diferencial em casos de formação tumoral em parede gástrica e sempre que sinais como a sensação de comprimir uma espoja (almofada) e a coloração amarelada da superfície de revestimento da lesão forem evidenciados através da endoscopia. A avaliação histopatológica ainda se mostra como método de eleição para o diagnóstico definitivo.

PALAVRAS-CHAVES: Lipoma | Histopatológico | Gastrectomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2009

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO DE FÍSTULA GASTRO-CUTÂNEA POR VIA LAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE JULIO FARIAS DE ARRUDA (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), CAMILA MARIA NASCIMENTO FIRME (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), VICTOR MELO DINIZ (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), ADNEA CANDIDO GALDINO SIQUEIRA (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), RAISSA QUEIROZ PARENTE (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), FLAVIO AUGUSTO MARTINS FERNANDES JUNIOR (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A fístula gastrocutânea (FGC) é comunicação patológica conectando o estômago à pele, constituído por um orifício interno (saída gástrica), um orifício externo (saída cutânea) e um trato (normalmente recoberto pelo epitélio). Um FGC é uma complicação rara e de difícil tratamento contabilizando 0,5-3,9% dos pacientes com peso normal submetidos à cirurgia gástrica. RELATO DE CASO: Mulher, 63 anos, em uso crônico de anti-inflamatório por artrite reumatoide, submeteu-se a uma gastrorrafia há 3 anos por Úlcera Péptica Perfurada e a retirada de corpo estranho há 2 anos. Após estes dois procedimentos queixava-se de secreção por orifício em pele com sensação de queimação. Estudo tomográfico da fistula relatava: trajeto fistuloso através da parede abdominal, apresentando comunicação com a câmara gástrica ao nível da sua porção antral. Endoscopia Digestiva Alta mostrou fio de sutura em parede anterior de antro proximal com orifício provável da FGC?. Foi tentado suspensão de corticoide por 6 meses, porém sem resolução do quadro. Optou-se por ressecção laparoscópica da fistula por indisponibilidade de abordagem endoscópica. Foi realizado secção do segmento da grande curvatura gástrica aderida a parede com grampeador laparoscópico, que correspondia a FGC. Foi ressecado o trajeto fistuloso da parede com extração do segmento seccionado do estômago. Apesar da necessidade de lise de aderências, o procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências, com alta hospitalar no terceiro dia e evolução favorável no pós-operatório. DISCUSSÃO: FGC ocorre principalmente após lesão iatrogênica, deiscência parcial de anastomose e falha da cura de trajeto de gastrostomia. Para o manejo adequado da FGC, é necessário o seu reconhecimento apropriado. As FGC fecham espontaneamente em apenas 6% dos casos, e a taxa de mortalidade é de cerca de 35% entre os pacientes com peso corporal normal submetidos a cirurgia gástrica recente. Uma vez estabelecida a fístula gástrica, o manejo varia de acordo com a gravidade da apresentação da complicação. A escolha da abordagem aberta ou laparoscópica é feita de acordo com a experiência do cirurgião e a situação clínica. A abordagem endoscópica da FGC com colocação de cliques ou stents metálicos tem ganhado espaço na atualidade. A abordagem laparoscópica é pouco relatada na literatura, mas é factível e eficaz, com baixos índices de morbidade.

PALAVRAS-CHAVES: FISTULA GASTRO-CUTANEA | LAPAROSCOPIA | CIRURGIA GASTRICA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2057

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DESMÓIDE NA FORMA DE FIBROMATOSE AGRESSIVA INTESTINAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCIANA BENEVIDES DE ARAÚJO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS), WENDEL DOS SANTOS FURTADO (HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS), LUCIANA FELÍCIO FERREIRA RIOS (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), MURILO CARNEIRO RIOS (HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS), JOÃO PEDRO CARVALHO ANDRADE TEIXEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS)

RESUMO: Introdução: Fibromatose mesentérica ou tumor desmóide, tumor raro de causa desconhecida, representa 0,03% de todas as neoplasias. Seu crescimento tem mostrado importante relação com a taxa de estrógeno endógeno. É comum originar-se pós-trauma em indivíduos com predisposição e casos de gravidez, doença de Crohn, polipose adenomatosa e síndrome de Gardner. A apresentação clínica varia com o local de implantação e o tamanho da massa tumoral, pode ser assintomática ou cursar com obstrução intestinal ou ureteral, isquemia mesentérica, fístulas intestinais, hidronefrose, plenitude, náuseas, vômitos e dor abdominal difusa. A ressecção com margem livre é o tratamento de escolha nos casos de tumores de crescimento progressivo, pacientes sintomáticos, presença de complicações e em alguns casos nos pacientes assintomáticos. Relato de caso: Paciente 34 anos, obesa, referiu episódios frequentes de dor abdominal intensa em região epigástrica, com irradiação para dorso. Procurou o pronto socorro do Hospital das Forças Armadas?Brasília, onde foi examinada. Realizou-se tomografia computadorizada (TC) de abdome, que mostrou lesão expansiva no mesentério adjacente as alças ileais na região mesogástrica, medindo cerca de 9x7,8x9,6cm; Angio-TC: Formação expansiva sólida de origem mesentérica a esclarecer, com sinais sugestivos de invasão de alças intestinais na raiz do mesentério adjacente e vascularização interna por ramo da artéria mesentérica superior (tumor desmoide?). Submetida à laparotomia com ressecção de massa tumoral, evidenciou-se lesão expansiva no mesentério do jejuno proximal, comprometendo o mesentério de alças intestinais após o ângulo de Treitz, porém sem comprometer vasos. Evoluiu com quadro de abdome agudo sendo encaminhada à relaparotomia, no 5º dia pós-operatório, isquemia e pontos de necrose de alça jejunal distal à anastomose, procedida nova ressecção e anastomose. Evoluiu com fístula enterocutânea e foi encaminhada à UTI. Evoluiu com abscessos abdominais, fistula em região de intestino delgado e deiscência de sutura aponeurótica, além de complicações clínicas. Foi reabordada três vezes para correções de complicações. Atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: Fibromatose mesentérica é um caso raro descrito na literatura de sintomatologia variada, relativamente de fácil acesso e tratamento variado dependendo de cada caso. O diagnóstico mostrou-se correto e a terapêutica bem sucedida, apesar das complicações.

PALAVRAS-CHAVES: fibromatose mesentérica | dor abdominal | complicações clínicas

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2110

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Conduta cirúrgica em hemorragia digestiva por doença diverticular de delgado e cólon em paciente idoso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROMULO HALBERT GRECHI SGARBI (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA), FERNANDO AUGUSTO MATAVELLI (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA), CINARA MARTINS DE OLIVEIRA (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA), JESSICA BOCCHI BACCO (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA), ISABELA ROVERATTI SPAGNOL (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA)

RESUMO: Introdução A doença diverticular pode se apresentar por todo intestino, sendo sua maior incidência no cólon, deste a região mais acometida é o sigmoide (envolvimento em 95% dos casos seja de forma exclusiva ou associada [1]). Na prevalência do acometimento de delgado temos de 0,3 á 2,5% dos casos [2], sendo que dos divertículos jejuno-ileiais 80% estão em jejuno, 15% em íleo e 5% em ambos[3]. O sangramento gastrointestinal maciço é responsável por 30 a 50% das complicações. Sendo este abrupto, indolor e de grande volume, exigindo inclusive hemotransfusões[4].Objetivo e Métodos O presente relato evidenciou ao longo de 5 anos, a tentativa de tratamento conservador em paciente com doença diverticular de todo intestino, apresentando episódios de sangramento recorrentes.Relato de CasoPaciente D.S.C, 69 anos apresentou enterorragia no ano de 2012, internado em UTI. Realizado colonoscopia evidenciando pólipos 06 mm em cólon ascendente e divertículos em cólon sigmóide, ascendente e transverso. Evoluiu até dezembro de 2015 com outros 06 episódios de sangramentos, tendo recebido neste período 18 concentrados de hemácias. Realizou em dezembro de 2015 cintilografia com hemácias marcadas evidenciando acúmulo anômalo na projeção de alças de delgado, em flanco direito (jejuno-íleal) positivo para sangramento digestivo ativo, com foco inicial na projeção de alças de delgado. Apresentou mais 03 episódios de sangramento até março de 2016, sendo optado pela realização de laparotomia exploradora com enteroscopia intraoperatória e enterectomia segmentar, cujo anatomopatológico confirmou inúmeras projeções diverticulares do segmento ressecado. Recebeu alta em bom estado porém apresentou, após três meses novos episódios de sangramento.ConclusãoA hemorragia diverticular é uma complicação que tem habitualmente uma ocorrência tardia na história natural da doença sendo, portanto mais comum no idoso e rara nos doentes com idade inferior a 50 anos [5], assim como evidenciado neste estudo. Na hemorragia digestiva, a parada espontânea do sangramento ocorre em 70-80% de todos os casos em sangramento agudo [6], optado inicialmente pelo tratamento conservador. No entanto, devido á recorrência o tratamento cirúrgico fora indicado. Evidenciamos que mesmo após a identificação do sítio de sangramento com auxílio da enteroscopia e ressecção do mesmo, o paciente voltou a apresentar novos episódios de sangramento de outros sítios.

PALAVRAS-CHAVES: Doença diverticular | delgado | cirurgia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2113

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cisto de Duplicação Gastrointestinal Volumoso Gástrico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS ALANO SFFAIR (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), BRUNA PINTO GREGOLIN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), ALEX OLIBONI SUSSELA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), VICTOR HUGO VIONE SCHWENGBER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), LUIZ HENRIQUE BASTOS CAPAVERDE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), CHRISTINA CAMPANA DUARTE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: Introdução: Os cistos de duplicação gastrointestinais são anomalias raras e, predominantemente, benignas que ocorrem durante o desenvolvimento embrionário precoce. Geralmente, assintomáticos, são encontrados na maioria das vezes de forma incidental em exames de imagem. Quando sintomáticos, possuem apresentações clínicas diversas. Eles são mais frequentemente encontrados no intestino delgado proximal, embora também possam ser encontrados no esôfago, estômago e cólon. Podem causar disfagia, dor abdominal, sangramento e pancreatite. Em geral, são divididos em adjacentes ao lúmen, sem comunicação com a parede gastrointestinal, ou intraluminais, menos comuns que os demais. Os cistos de duplicação são revestidos por epitélio estratificado, ciliado ou colunar e contêm um líquido mucoso. O diagnóstico é feito através de ecografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. O tratamento expectante é possível em cistos assintomáticos, mas a ressecção cirúrgica ou endoscópica tem sido indicada pelo risco de complicações ou potencial transformação maligna. Relato de caso: Paciente masculino, 42 anos, com queixa de dor abdominal em região de hipocôndrio esquerdo, náuseas e vômitos. Sintomas iniciados há 8 meses. Ao exame físico, apresentava abaulamento em região de hipocôndrio esquerdo e dor a palpação superficial e profunda da mesma região. TC de abdômen evidenciou volumosa formação cística na região infradiafragmática esquerda, medindo cerca de 14 x 11 x 10 cm (LL X AP x CC), sem realce pelo meio de contraste, sem definido plano de clivagem com lobo hepático esquerdo e de origem indefinida pelo estudo tomográfico. Submetido à videolaparoscopia, onde foi identificada lesão cística volumosa, firmemente aderida a parede gástrica (pequena curvatura), marginal ao lobo hepático esquerdo, estendendo-se posteriormente em direção e anterior ao baço, até a região anterior do rim esquerdo. Realizada punção e aspiração de conteúdo mucinoso e ressecção do cisto, respeitando limites anatômicos. Retirada da lesão da cavidade abdominal com uso de preservativo, e lavagem da cavidade com soro fisiológico aquecido. Paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta hospitalar precoce. Conclusão: O objetivo desse trabalho é relatar o caso de um paciente com um cisto de duplicação gastrointestinal volumoso, patologia rara principalmente nessa faixa etária e de localização incomum, e enfatizar a viabilidade do tratamento cirúrgico videolaparoscópico dessa patologia.

PALAVRAS-CHAVES: cisto de duplicação gastrointestinal | videolaparoscopia | formação cística volumosa

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2137

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adenocarcinoma mucinoso de apêndice como achado incidental pós trauma ? Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO GUILHERME CAVALCANTI KRIEGER (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), KETHERYN ADNA SOUZA ALMEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), VANDO DE SOUZA JUNIOR (HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSÉ), RAUL CAYE ALVES JÚNIOR (HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOSÉ)

RESUMO: Introdução: Neoplasias mucosas de apêndice são afecções raras, correspondendo a menos de 0.3% das causas de apendicectomias. Descritas originalmente por Rokitansky, em 1842, são divididas histologicamente entre mucocele simples; hiperplasia focal sem atipia, cistoadenoma mucinoso (63-84%) e cistoadenocarcinoma. Geralmente, ocorrem em mulheres (3:1), acima de 55 anos. O quadro clínico geralmente é inespecífico, sendo a maioria assintomática, diagnosticada acidentalmente durante uma cirurgia abdominal. Pela sua baixa prevalência, inespecificidade na apresentação clínica, laboratorial e de imagem, esses tumores são raramente diagnosticados no período pré-operatório, sendo necessário o exame anatomopatológico e imunohistoquímico para confirmação diagnóstica. Relato de caso: O presente trabalho relata o caso de paciente do sexo feminino, 64 anos, encaminhada Pronto Socorro do Hospital Municipal São José devido dor em abdome inferior, distensão abdominal e sudorese iniciada há poucas horas subitamente. Atendida previamente há cerca de 20 dias devido trauma automobilístico (16/11/16), sendo realizada drenagem torácica fechada à esquerda devido pneumotórax e tratamento conservador de lesão esplênica. Realizou nova tomografia de abdome em 04/12/2016 que evidenciou aumento de líquido livre em cavidade abdominal. Opta-se por esplenectomia, apendicectomia e biópsias múltiplas peritoneais, devido achados sugestivo de pseudomixoma peritoneal, confirmado por anatomopatológico como Adenocarcinoma Mucinoso de apêndice, com presença de mucina acelular nas amostras peritoneais, indicando disseminação pela cavidade abdominal da neoplasia de baixo grau (pseudomixoma peritonei de baixo grau). Paciente em acompanhamento ambulatorial aguardando cirurgia citorrredutora e quimioterapia hipertérmica. Conclusão: As neoplasias mucinosas de apêndice são eventos raros, muitas vezes diagnosticados acidentalmente durante laparotomia exploradora ou exames de imagem. A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha. A apendicectomia pode ser realizada em paciente com doença localizada, sem sinais de pseudomixoma ou acometimento linfonodal. Pacientes com doença avançada devem ser submetidos à ressecção cirúrgica citorrredutora associado a quimioterapia hipertérmica intra peritoneal

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma mucinoso | Apêndice | Citorredução

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2140

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTICULITE AGUDA DE MECKEL: UM CASO POUCO FREQUENTE DE ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATÁSSIA ALBERICI ANSELMO (FACERES), FERNANDA FORTUCI RESENDE BOTELHO (FACERES), CARLOS DARIO DA SILVA COSTA (FACERES), PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO (FACERES), RAPHAEL RAPHE (FACERES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Divertículo de Meckel é uma patologia congênita rara, localizada no íleo terminal em sua borda antimesentérica, que predomina no sexo masculino. Hemorragia é a complicação mais comum em crianças, e processos obstrutivos e inflamatórios, em adultos. É um importante diagnóstico diferencial de apendicite aguda. O diagnóstico pode ser confirmado por imagem, principalmente através da ultrassonografia abdominal e tomografia computadorizada de abdome. O tratamento cirúrgico está indicado na presença de sintomatologia e complicações. RELATO: THPL, sexo feminino, 35 anos, procura atendimento na emergência com epigastralgia há 3 dias, que evoluiu com irradiação da dor em fossa ilíaca direita e flanco direito, associada a náusea. Sem febre e sem alteração do ritmo intestinal. Ao exame físico, abdome flácido, com defesa em fossa ilíaca e flanco direito e Blumberg positivo. Na tomografia computadorizada de abdome, foi evidenciada uma imagem nodular localizada em fossa ilíaca direita com aspecto inflamatório/infeccioso, além de aumento de linfonodos na mesma região. Em caráter de urgência, realizou-se laparoscopia diagnóstica sendo identificado o divertículo de Meckel aproximadamente 100 cm da válvula ileocecal, perfurado e com presença de fecalito. A ressecção do divertículo foi feita com grampeador linear laparoscópico já que sua base não era larga, sem necessidade de enterectomia. A peça cirúrgica foi retirada pela incisão do trocater e enviada para anatomopatológico que confirmou divertículo de meckel inflamado. Não houve pontos de sangramento e o apêndice estava sem alterações. Paciente em acompanhamento ambulatorial, assintomática. CONCLUSÃO: Divertículo de Meckel é uma patologia rara. É comum ser assintomática, e quando há sintomas, é decorrente de alguma complicação tais como a obstrução e inflamação. Inicialmente os sintomas da paciente mimetizaram apendicite aguda, mas o diagnóstico final só foi possível à laparoscopia. O tratamento definitivo e preconizado quando há sintomas evidentes é a ressecção, o que foi prontamente realizado na paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo de Meckel | Abdome Agudo Inflamatório | Laparoscopia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2142

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÚLCERA GÁSTRICA PERFURADA TAMPONADA PEL FÍGADO COM EVOLUÇÃO PARA SEPSE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR (FACULDADE ATENAS), BERNARD MOREIRA DE OLIVEIRA (FACULDADE ATENAS), IURY CAMARGOS NERY FERREIRA (FACULDADE ATENAS), CARELL PERES MARRA (FACULDADE ATENAS), ISADORA BRAGA GARCIA NUNES (FACULDADE ATENAS), LAURA CÉSAR ANTUNES (FACULDADE ATENAS), HAMILTON ALEXANDRE GROSMANN BARBOSA (FACULDADE ATENAS), ADÃO JAIR DE SOUZA (FACULDADE ATENAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Úlceras gástricas podem perfurar para órgãos adjacentes, como fígado, pâncreas e coração. O primeiro caso de perfuração para o fígado foi relatado 1880, como um achado de autópsia. O envolvimento hepático é demonstrado pela presença de tecido hepático em biópsias endoscópicas ou pela presença de um abscesso hepático subcapsular. RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, 57 anos, deu entrada no setor de emergência com quadro de epigastralgia refratária ao tratamento clínico associada à febre termometrada de 39°C. Ecografia abdominal e tomografia computadorizada de abdome sugeriram abscesso hepático. Exames laboratoriais evidenciaram anemia normocítica, normocrômica, leucocitose (17500 mm³), hiperbilirrubinemia direta (1,56 mg/dL), hiperbilirrubinemia indireta (0,9mg/dL), aumento de fosfatase alcalina (762 U/L), TGO (76 U/mL), TGP (52 U/mL) e gama GT (439 U/mL). Iniciado antibioticoterapia endovenosa com ciprofloxacino e metronidazol por sete dias. Evoluiu com piora clínica e foi submetido a procedimento cirúrgico. Durante o ato operatório, identificou-se úlcera gástrica perfurada com fístulização hepática, realizado rafia gástrica, além de drenagem de conteúdo com resíduos alimentares em parênquima hepático; realizou-se lavagem exaustiva da cavidade abdominal e colocado dreno de penrose em loja hepática. No três primeiros dias de pós-operatório o paciente evoluiu com drenagem de secreção serosanguinolenta pelo dreno, sendo retirado no quarto dia. Mantida a antibioticoterapia com ciprofloxacino e metronidazol, apresentou episódios de febre esporádicos e recebeu alta no nono dia de pós-operatório. Após seis dias de alta, o paciente retorna ao serviço queixando febre vespertina, refratária ao uso de antitérmicos. Realizado ecografia abdominal que evidenciou abscesso hepático recidivado. Submetido a procedimento cirúrgico com lavagem exaustiva da cavidade e colocado dreno túbulo-laminar na loja hepática. Iniciado cefepime por dez dias, paciente evoluiu sem intercorrências, sendo retirado o dreno no quinto dia. Recebeu alta hospitalar com clindamicina uso por dez dias. CONCLUSÃO: A drenagem do foco infeccioso é imprescindível no tratamento da sepse, devendo ser realizado o mais precocemente possível. A antibioticoterapia com espectro adequado é peça fundamental no tratamento. Úlceras gástricas que fistulizam para o fígado são raras. A maioria das úlceras gástricas são tamponadas pelo omento; sendo assim, este caso é incomum.

PALAVRAS-CHAVES: Úlcera gástrica | Úlcera perfurada | Sepse

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2186

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIAGNÓSTICO PRECOCE DE PÓLIPO FIBRÓIDE INFLAMATÓRIO - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO PEDRO SOARES NUNES (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), ANDRÉA CRUVINEL ROCHA SILVA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), PEDRO ANTÔNIO PASSOS AMORIM (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), JAMILE CRISTINE FERREIRA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), NAYARA FERREIRA FRANÇA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), DANIEL NOGUEIRA LACATIVA LOURENÇO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), JAIR PEREIRA DE MELO JÚNIOR (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), VICENTE GUERRA FILHO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS)

RESUMO: Introdução: Pólipo Fibróide Inflamatório é uma lesão rara, benigna, com baixa transformação maligna, que surge a partir da submucosa do trato gastrointestinal. É mais comum no antro, sendo rara no duodeno, com predominância do gênero masculino e faixa etária de 60 a 70 anos. Relato de caso: Paciente feminino, 76 anos, internada na Unidade de Terapia Intensiva com queixa de dor abdominal intensa, tipo cólica, em região epigástrica e quadro de insuficiência renal aguda com suspeita de Pielonefrite. Foi feita a reposição hidroeletrólítica, levando a melhora do quadro renal, porém a paciente permaneceu hipocalêmica e evoluiu com parada de eliminação de gases e fezes. Ao realizar a tomografia computadorizada de abdome total, foram evidenciados sinais compatíveis com obstrução intestinal ao nível de íleo sugerindo intussuscepção. Encaminhada para a cirurgia, foi feita a Enterectomia segmentar com Enteroanastomose íleo-ileal latero-lateral, com sutura mecânica por videolaparoscopia. Foi realizada análise anatomopatológica da peça cirúrgica e as alterações histopatológicas podiam corresponder a Tumor Gastrointestinal Estromal, Neurofibroma, Leiomioma ou Pólipo fibroide inflamatório, sendo o material encaminhado para a imuno-histoquímica. Através desse estudo estabeleceu-se o diagnóstico definitivo de Pólipo Fibróide Inflamatório de intestino Delgado: CD-117 ? negativo, CD-68 (KP1) ? positivo e Ki-67 (MIB-1) ? positivo, sendo orientado à paciente acompanhamento periódico. Conclusão: Pode-se, por meio deste relato, alertar para a importância do precoce diagnóstico diferencial de Pólipo Fibróide Inflamatório e adoção de intervenções efetivas e rápidas na abordagem de abdome agudo obstrutivo, de maneira a aumentar a expectativa de vida destes pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Abdome agudo | Intussuscepção | Obstrução intestinal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2221

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Intussuscepção em idoso por paraganglioma gangliocítico: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), GABRIEL BROM ANDRADE (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), RENATO MOREIRA SOUTO (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), LIZANDRA OLIVEIRA ROSADO (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), LORENA RODRIGUES OLIVEIRA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), KAROL SOTELO CORTES (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), LUDMILA CASTRO ALVES TEIXEIRA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), ROBERTO MICLOS LEDO JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF)

RESUMO: Introdução: Intussuscepção consiste na invaginação de um segmento intestinal sobre outro e apresenta uma clínica variável, sendo poucos os pacientes que apresentam o diagnóstico pré-operatório. Apesar de frequente em crianças, em adultos é condição rara limitando-se a cerca de 5% de todos os casos de intussuscepção e 1% de todos os casos de obstrução intestinal. Em 90% das vezes tem causa bem definida, ao contrário do que ocorre na idade pediátrica. Em 70% das vezes as lesões de intestino delgado são benignas e embora esta parte do intestino corresponda a 75% do trato gastrointestinal, menos de 25% das neoplasias gastrointestinais se situam nessa área. O paraganglioma gangliocítico duodenal é um tumor extremamente raro e habitualmente benigno. De 1957 a 2011 haviam apenas 130 casos descritos na literatura. Se apresenta normalmente na segunda porção do duodeno e em mais de 50% das vezes a principal manifestação da entidade é a hemorragia digestiva alta. No presente trabalho é descrito o caso de um paciente atendido em uma unidade hospitalar do Distrito Federal com um quadro de obstrução intestinal aguda e diagnóstico final de intussuscepção por paraganglioma gangliocítico. Relato de caso: Paciente sexo masculino, 84 anos, se apresentou com quadro de obstrução intestinal aguda há 6 dias, evoluindo com secreção fecaloide pela sonda nasogástrica. Por falta de exames complementares disponíveis optou-se por laparotomia exploradora. Durante a cirurgia foi encontrada intussuscepção intestinal a 230cm do ângulo de Treitz em região de implante tumoral de aproximadamente 2 cm, além de implante tumoral em mesentério e dois implantes em alça de delgado a 60 cm, 80cm e 220 cm do Treitz, respectivamente. Foi realizado enterectomia de 30cm do íleo terminal, envolvendo dois implantes tumorais, e finalizado com entero-entero anastomose término-terminal. A biópsia e imuno-histoquímica do segmento retirado revelaram neoplasia epitelióide que invadiu camada muscular, sem alcançar a muscular da mucosa, com características sugestivas de paraganglioma gangliocítico. Conclusão: Este artigo chama atenção por apresentar dois eventos individualmente raros na prática cirúrgica, mas que devem ser pensados como diagnóstico diferencial para menores taxas de morbimortalidade. O tratamento mais indicado para o paraganglioma é a retirada das lesões via endoscópica ou cirúrgica, apesar do seu caráter benigno na maior parte dos casos.

PALAVRAS-CHAVES: Intussuscepção | Paraganglioma gangliocítico duodenal | Obstrução intestinal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2224

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FIBROMATOSE MESENTÉRICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA HELEN BIAZI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), MARIA EDUARDA DA COSTA LEMOS CARAMORI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), BRUNO LORENZET FLORIAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), CAROLINE BECKER GIACOMAZZI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), PAULO ROBERTO OTT FONTES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), EDUARDO MENEGAT (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE)

RESUMO: Fibromatose mesentérica é definida como um tumor benigno raro, caracterizada pela proliferação de fibroblastos e miofibroblastos. Apresenta comportamento localmente agressivo, com capacidade de infiltração e de recorrência, porém, sem gerar metástases. Neste relato, apresentamos o caso de um paciente masculino, 49 anos, previamente hígido, sem antecedentes de cirurgia ou trauma abdominal. Procurou atendimento por quadro de dor abdominal de forte intensidade, com três dias de evolução, associada a episódios de febrículas. Ao exame físico, os sinais vitais eram estáveis, o abdome flácido, levemente distendido, doloroso à palpação em região periumbilical, onde era possível identificar uma massa endurecida de aproximadamente 10 cm. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose. Na tomografia de abdome, observou-se lesão expansiva no mesentério com densidade de partes moles, que media cerca de 8,3 x 6,4cm, com íntimo contato com alças do intestino delgado. Adjacente à lesão, havia área de pneumoperitônio de pequeno volume, aparentemente bloqueado. A endoscopia digestiva alta evidenciou quatro úlceras em bulbo duodenal, sem sinais de sangramento e a realização da colonoscopia foi prejudicada devido à presença de resíduos fecais, sendo possível identificar mucosa intestinal normal até ângulo hepático. Após a realização dos exames endoscópicos, o paciente apresentou quadro de dor abdominal intensa, sendo submetido à laparotomia exploradora no dia 11/01/2017. Durante o inventário da cavidade, identificou-se moderada quantidade de secreção purulenta e a presença de lesão de aspecto neoplásico com cerca de 10cm em intestino delgado e mesentério, a 120 cm do ângulo de Treitz. Foi realizada enterectomia segmentar com margens macroscópicas livres e anastomose primária término-terminal. O exame anatomopatológico apresentou como laudo fibromatose mesentérica, sem invasão da muscular própria e com margem cirúrgica capsular focalmente comprometida. O diagnóstico foi corroborado pelo estudo imunohistoquímico da peça cirúrgica, cujo painel de anticorpos utilizados apresentou resultado positivo para Beta-Catenina-1 e Actina ML. O paciente recebeu alta em boas condições clínicas no oitavo dia pós-operatório e permanece em acompanhamento ambulatorial regular. A fibromatose mesentérica é um tumor raro, cujas informações presentes na literatura provêm principalmente de relatos de caso isolados e pequenas séries de casos.

PALAVRAS-CHAVES: fibromatose mesentérica | tumor benigno raro | Beta-Catenina-1

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2261

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GIST duodenal como causa de hemorragia digestiva alta: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), FELIPE GILBERTO VALERINI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), VALDIR TERCIONI JUNIOR (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), JOAO DE SOUZA COELHO NETO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), LUIZ ROBERTO LOPES (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), NELSON ADAMI ANDREOLLO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS)

RESUMO: Contexto Descrito inicialmente por Mazur e Clark em 1983, os tumores gastrointestinais estromais (GIST) são raros, representando 1 a 3% dos tumores que acometem o aparelho digestivo. A topografia mais frequente é o estômago. A localização em duodeno é rara e está associada a maior risco de hemorragia digestiva alta (HDA). Sua apresentação clínica é variável, podendo ainda envolver dor abdominal, massa abdominal palpável ou achado de exame em paciente assintomático. Objetivo Relatar caso de GIST de duodeno sangrante em paciente com antecedente de hepatopatia; bem como as medidas terapêuticas empregadas para seu tratamento. Métodos Estudo retrospectivo que envolveu revisão de dados coletados prospectivamente em prontuário e arquivos médicos do paciente. As informações coletadas incluíram: dados demográficos, sintomatologia, procedimentos realizados, exames laboratoriais, de imagem e endoscópicos. Relato de caso Paciente feminina de 61 anos com antecedente de cirrose hepática criptogênica, já tendo apresentado ao longo de seu seguimento, episódios prévios de encefalopatia hepática e hemorragia digestiva alta por varizes de esôfago sangrantes. Admitida em serviço de urgência devido episódios de enterorragia e melena com repercussão hemodinâmica iniciados havia um dia. Realizou endoscopia digestiva alta que demonstrou lesão subepitelial duodenal de 3 cm, com ulceração central, sugestiva de GIST. Realizada complementação da investigação com Tomografia Computadorizada de Abdome. Internada para cuidados de terapia intensiva, evoluiu com necessidade de suporte transfusional e encefalopatia hepática, motivos pelos quais foi optado pela não realização de tratamento cirúrgico. Realizada hemostasia endoscópica da lesão, com o emprego de adrenalina, eletrocoagulação com plasma de argônio e hemospray. Também realizada abordagem por radiologia intervencionista para embolização de artéria gastroduodenal, com controle dos episódios de sangramento. Houve melhora clínico-laboratorial após 14 dias de internação. A paciente permanece em seguimento ambulatorial, sem complicações até o presente momento. Conclusão Apesar de infrequente, o GIST duodenal está associado à maior probabilidade de HDA como manifestação clínica. Embora a ressecção cirúrgica permaneça como a modalidade de tratamento de maior efetividade, o emprego de técnicas endoscópicas e radiologia intervencionista consistem em alternativas para a terapêutica desta condição rara porém potencialmente ameaçadora à vida.

PALAVRAS-CHAVES: GIST | Duodeno | Hemorragia digestiva alta

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2269

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Aplicação da escala de Boey como preditora de mortalidade em pacientes com úlcera péptica perforada.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SCARLETT CARVALHO NABUCO D'ÁVILA CESPEDES (UNIFESP), MATEUS FONSECA DE GOUVÊA FRANCO (UNIFESP), CARLOS AUGUSTO PINTOR DE ARRUDA (UNIFESP), MILTON SCALABRINI (UNIFESP), LAERCIO GOMES LOURENCO (UNIFESP), RAMIRO COLLEONI NETO (UNIFESP)

RESUMO: Contexto: A úlcera péptica perforada, apesar de menos frequente nos dias atuais, ainda apresenta expressivas morbidade e mortalidade. A escala de Boey consiste na análise de três variáveis: presença de choque na admissão, atraso de mais de 24 horas entre o início dos sintomas e a realização de tratamento cirúrgico, e presença de comorbidades severas. Os pacientes são classificados em grupos de 0 a 3 segundo essas categorias. Objetivo: Avaliar a escala de Boey como preditora de mortalidade em doentes operados por úlcera perforada. Resultados: A escala foi aplicada retrospectivamente em 22 pacientes atendidos no período de 2012 a 2016, dos quais 12 eram do sexo masculino, com idades entre 26 e 83 anos. Houve um intervalo maior que 24 hs entre o início dos sintomas e a cirurgia em 14 doentes (63.6%), quatro pacientes (18,2%) apresentavam choque na admissão e 10 (45,5%) apresentavam comorbidades severas, dos quais 66.7% doenças cardiovasculares e 33.3% falência hepática. A topografia da úlcera era gástrica em 11 doentes (50%) e duodenal nos restantes. O procedimento mais empregado foi a laparotomia com sutura da lesão, omentoplastia, lavagem e drenagem da cavidade. A mortalidade geral foi 45.5%. Quanto à distribuição dos pacientes nos grupos e respectiva mortalidade observamos: no grupo 0 seis pacientes que não apresentaram óbito, no grupo 1 oito doentes e 37.5% de mortalidade, no grupo 2 quatro pacientes com 75% de mortalidade e quatro doentes no grupo 3 com mortalidade de 100%. Discussão: A mortalidade geral foi mais elevada do que o relatado (30%) na revisão sistemática mais recente. Comparativamente com os resultados encontrados em Boey (1987), foram encontrados resultados idênticos nos extremos (grupos 0 e 3), porém observamos um aumento de 3.75 vezes da taxa de mortalidade encontrada no grupo 1 e de 1.64 vezes no grupo 2. Nos pacientes que faleceram: 40% apresentavam choque, 80% mais de 24 horas entre o início dos sintomas e a cirurgia e 90% comorbidades severas. Nos sobreviventes: ausência de choque, 50% com mais de 24h e apenas 8.3% com comorbidades severas. Isso pode sugerir que a presença de comorbidades severas seria ainda mais preditiva de mortalidade nestes doentes que o atraso do tratamento cirúrgico. Conclusão: A escala de Boey é uma ferramenta útil para classificar pacientes portadores de úlcera péptica perforada quanto ao risco de morte e pode contribuir para planejar o uso de protocolos e gerenciar recursos em serviços médicos.

PALAVRAS-CHAVES: úlcera perforada | abdome agudo | sepse

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2272

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil dos pacientes portadores de úlcera péptica perforada atendidos no Hospital São Paulo (HSP/UNIFESP) num período de cinco anos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATEUS FONSECA DE GOUVÊA FRANCO (UNIFESP), SCARLETT CARVALHO NABUCO D'ÁVILA CESPEDES (UNIFESP), CARLOS AUGUSTO PINTOR DE ARRUDA (UNIFESP), MILTON SCALABRINI (UNIFESP), LAERCIO GOMES LOURENCO (UNIFESP), RAMIRO COLLEONI NETO (UNIFESP)

RESUMO: Contexto: Úlcera péptica perforada é uma complicação grave, que geralmente cursa com alta morbidade e mortalidade. A taxa de perfuração em pacientes portadores de úlcera péptica é de cerca de 5% e apresenta taxa de mortalidade de até 30% em 90 dias de acordo com a literatura. Objetivo: Descrever o perfil dos pacientes com úlcera péptica perforada atendidos num hospital universitário no período de cinco anos Resultados: Entre 2012 e 2016, foram atendidos 22 casos de úlcera perforada no Hospital São Paulo (HSP-UNIFESP), dos quais 54.5% do sexo masculino. A idade dos pacientes variou de 26 a 83 anos com mediana de 54 anos. O tempo de internação variou entre 1 e 129 dias, com mediana de 19 dias. Nove doentes (40.9%) foram transferidos para Unidade de Tratamento Intensivo durante a internação, onde permaneceram de 1 a 38 dias (mediana = 5). Os sintomas mais frequentes na admissão foram, em ordem decrescente: dor abdominal difusa, dor epigástrica, anorexia, distensão abdominal, náusea e/ou vômitos, hematêmese e melena, parada de eliminação de gases e fezes e perda ponderal. Nenhum dos pacientes referia febre. Quatro pacientes (18,2%) apresentavam choque na admissão e 10 (45,5%) apresentavam comorbidades severas. Quanto aos exames de imagem na admissão: 40.9% dos pacientes realizaram raio-X de abdome, 50% tomografia computadorizada abdominal e 13.6% a ultrassonografia de abdome; Vinte pacientes (91%) foram operados e dois, em estado crítico, faleceram antes do tratamento cirúrgico. Houve um intervalo maior que 24 hs entre o início dos sintomas e a cirurgia em 14 doentes (70,0%), Em metade dos casos a úlcera localizava-se no estômago e o restante no bulbo duodenal. As cirurgias realizadas nos diferentes pacientes foram: sutura da perfuração com omentoplastia em 17 doentes gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II em 2 doentes e gastrostomia em um doente. Três doentes foram reinternados em menos de 30 dias de e a taxa de mortalidade encontrada ao longo de todo o período foi de 45.5%. Conclusão: Observamos neste período um atendimento pouco frequente de casos de úlcera perforada porém geralmente admitidos já com longo tempo de evolução, portadores de doenças associadas e com sinais de disfunção orgânica o que pode explicar a expressiva morbidade e mortalidade observadas.

PALAVRAS-CHAVES: úlcera perforada |abdome agudo |sepse

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2280

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR DIVERTÍCULO DUODENAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), FERNANDA NEIVA RIBEIRO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUCIANO CRUANES GULLO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUANA ARRUDA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), VALTER FABRICIO FERREIRA DARI (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), MARILIA IAIA NAHAS JUNQUEIRA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As hemorragias digestivas representam emergência clínica importante, com alta taxa de morbimortalidade. É preciso diagnóstico rápido e medidas clínicas eficazes para estabilidade do paciente. O tratamento endoscópico ainda continua sendo o padrão ouro, porém em alguns casos a abordagem cirúrgica é mandatória. O caso trata-se de um tipo raro de causa de hemorragia digestiva alta de tratamento cirúrgico. RELATO DE CASO: Paciente MLS, 87 anos, sexo masculino, aposentado, hipertenso, hipotireoideo, iam prévio, proveniente de Campinas-SP. Atendido no pronto socorro do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi "Ouro Verde" dia 13/09/16 devido quadro de melena há 03 dias. Paciente acordado, orientado, hipocorado++/4+, estável hemodinamicamente, toque retal: melena. Apresentando hemoglobina de entrada de 10,7g/dl evoluindo com dois episódios de hematocromia em grande quantidade com repercussão hemodinâmica, com hemoglobina de 4g/dl respondendo a volume. Submetido a hemotransfusão de quatro concentrados de hemáceas, com Hb de controle 8,7g/dl (14/09 às 18h). Realizado EDA (14/09/16): evidenciando divertículo duodenal com coto vascular visível, sem sangramento ativo. Injeção de solução de adrenalina. Foi transferido para UTI com estabilidade hemodinâmica, porém queda de Hb para 7,8, optado por abordagem cirúrgica e hemotransfusão pré-operatória de 2 concentrados de hemáceas. No intra-operatório: optado por duodenotomia transversal em segunda porção duodenal, localizado o divertículo em posição postero-medial, realizada diverticulectomia + sutura a parker-kher. Paciente no pós-operatório retornou para UTI para cuidados intensivos evoluiu com quadro séptico e insuficiência renal, evoluindo ao óbito após 15 dias do procedimento. CONCLUSÃO: A hemorragia digestiva alta é uma patologia de alta taxa de mortalidade. Embora as úlceras gástricas e duodenais sejam mais comuns assim como as varizes de esôfagos sangrantes, por mais que seja raro a presença de um divertículo em duodeno com sangramento ativo, pode ser fatal. É preciso diagnóstico rápido e eficaz nas hemorragias digestivas para diminuir a morbimortalidade da patologia.

PALAVRAS-CHAVES: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA|DIVERTICULO DUODENAL|CIRURGIA GERAL

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2338

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ENTERITE TUBERCULOSA: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LÍVIA CARDOSO REIS (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), BRUNO DE FREITAS BELIZIA (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), JORDANIA ALKMIM JORDÃO (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), LAURA ALVES DE SOUZA DIAS (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), GABRIEL MARTIN LAUAR (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), MARCELO MARTINS CASAGRANDE (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), PEDRO HENRIQUE BAUTH (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), DANIEL ADONAI MACHADO CALDEIRA (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS)

RESUMO: Introdução: Enterite tuberculosa é uma forma de tuberculose extrapulmonar que responde por 1 a 3% dos casos de tuberculose no mundo. Associa-se a tuberculose pulmonar em atividade, com disseminação hematogênica, deglutição de catarro infectado ou ingestão de alimentos contaminados. A doença se apresenta com sinais inespecíficos, agudos ou crônicos, como dor abdominal, febre, anorexia, perda de peso, diarréia sanguinolenta, ascite e obstrução intestinal. A região ileocecal é a mais acometida e o *Mycobacterium tuberculosis* se aloja no tecido linfóide submucoso provocando intensa reação inflamatória com conseqüente linfangite, formação de granulomas, necrose caseosa, espessamento da parede e múltiplas ulcerações de mucosa. Relato de caso: DFV, masculino, 27 anos, história prévia de hanseníase e diagnóstico recente de eritema nodoso em uso irregular de Talidomida e Prednisona, admitido com quadro de dor abdominal, febre, vômitos, diarréia e perda ponderal de 5kg em 14 dias. Realizou tomografia de tórax e abdome que evidenciou imagem de caverna em ápice pulmonar direito, consolidações bibasais, distensão difusa de alças de delgado sem ponto de obstrução, linfadenomegalia importante e líquido livre intrabdôminal. Realizada pesquisa de BAAR em 03 amostras de escarro com resultado negativo. Evoluiu com insuficiência respiratória e hematoquezia com queda hematimétrica importante, sendo encaminhado ao centro de terapia intensiva. Iniciada antibioticoterapia de amplo espectro e tuberculostáticos. Após avaliação da cirurgia geral, optado por laparotomia exploradora. Achados intra-operatórios de líquido ascítico sero-hemático, 19 perfurações em jejuno e íleo, sangue vivo e coágulos em toda luz intestinal, além de numerosos linfonodos em meso. Procedida jejunoileocectomia direita preservando 60 cm de jejuno. A despeito do tratamento cirúrgico e suporte intensivo, paciente manteve hematoquezia e melena, além de choque séptico refratário, evoluindo a óbito no 4º DPO. Anatomopatológico post-mortem evidenciou ileíte crônica granulomatosa ulcerada e linfadenite tuberculosa. Conclusão: A presunção de enterite tuberculosa pode ser feita em pacientes com tuberculose pulmonar ativa associada à clínica abdominal inespecífica e achados tomográficos como espessamento da região ileo-cecal, com distensão de alças a montante e linfadenomegalia. A confirmação é feita baseada no exame histológico e cultura do material biopsiado e deve ser diferenciada principalmente da doença de Crohn.

PALAVRAS-CHAVES: ENTERITE TUBERCULOSA|TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR|MÚLTIPLAS PERFURAÇÕES DE DELGADO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2344

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR ESPINHO DE PEIXE ? Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA CARRARA CAPARELLI (UNAERP), ANA CLARA SILVA E DEUS (UNAERP), MARIANNA CABRAL DE JESUS (UNAERP), DARLAN PEREIRA BRITO (UNAERP), FABIO AUGUSTO BRASSAROLA (UNAERP), FERNANDO CESAR FERREIRA PINTO (UNAERP), LEONARDO CASTRO MARINZECK (UNAERP), OCTAVIO ASSUMPCÃO FAGUNDES DE MACEDO (INSTITUTO DE CIRURGIA DE RIBEIRAO PRETO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Quadros abdominais dolorosos, súbitos ou progressivos, não traumáticos, conhecidos como abdome agudo, correspondem a 10% dos atendimentos de emergência. Englobam uma variedade de etiologias, dentre elas a perfurativa. A perfuração de vísceras ocas pode decorrer da ingestão de corpos estranhos. Dentre esses corpos estranhos, não é incomum a ingesta de espinho de peixe, que pode causar lesões em órgãos do trato gastrointestinal, sendo a perfuração uma complicação preocupante. A abordagem terapêutica é cirúrgica e deve ser feita o mais precoce possível, pois a mortalidade da perfuração visceral encontra-se entre 8 a 10%.RELATO DE CASO Paciente I.V.C., feminino, 48 anos, do lar, solteira, procura atendimento com queixa de dor abdominal difusa há sete dias, iniciada após ingestão de peixe. Negou náusea, vômito, febre. Refere fazer acompanhamento psiquiátrico para síndrome do pânico e depressão. Nega cirurgias prévias, tabagismo e etilismo. Ao exame abdominal apresentava abdome semigloboso, ruídos hidroaéreos presentes e hipoativos, tenso, com dor intensa à percussão e à palpação de abdome superior e sinais de peritonite. Exames laboratoriais apresentavam-se dentro dos padrões de normalidade. Realizada tomografia computadorizada de abdome que evidenciou densificação de gordura adjacente a curvatura maior do estômago e antro gástrico, associado a espessamento parietal e linfonodo inframesentérico. Laudo radiológico interrogou provável neoplasia gástrica. Durante avaliação do caso, foi levantada hipótese diagnóstica de abdome agudo perfurativo devido espinho de peixe. No segundo dia de internação, paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora, em que foi identificada uma perfuração em região antro-pilórica tamponada por um abscesso intracavitário. Como causa da perfuração, foi encontrado um espinho de peixe, que estava retido interior do estômago. A cirurgia ocorreu sem nenhuma intercorrência. Após oito dias de internação, paciente teve uma boa evolução, recebeu alta hospitalar e foi encaminhada para seguimento em ambulatório de cirurgia geral. CONCLUSÃO O abdome agudo perfurativo é a terceira síndrome abdominal aguda mais frequente. Os dados da história clínica e do exame físico definem ou sugerem o seu diagnóstico. Após um exame de imagem confirmatório, o tratamento é cirúrgico. O prognóstico depende do local e da causa da perfuração, do tempo de evolução da doença, da idade e de condições locais da cavidade e sistêmicas do doente.

PALAVRAS-CHAVES: ABDOME AGUDO PERFURATIVO|TRATO GASTROINTESTINAL|ESPINHO DE PEIXE

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2357

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfuração gastroduodenal relacionada ao uso agudo de crack ? relato de cinco casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SCARLETT CARVALHO NABUCO D'ÁVILA CESPEDES (UNIFESP), MATEUS FONSECA DE GOUVÊA FRANCO (UNIFESP), DAVID CARLOS SHINGUEOKA (UNIFESP), MILTON SCALABRINI (UNIFESP), LAERCIO GOMES LOURENCO (UNIFESP), RAMIRO COLLEONI NETO (UNIFESP)

RESUMO: Contexto: O uso do crack, forma fumada da cocaína, tornou-se sério problema de saúde pública no nosso meio. A perfuração gastroduodenal em consumidores de crack tem sido relatada nas últimas décadas, porém a fisiopatologia dessas lesões ainda não foi esclarecida, sendo geralmente atribuída à isquemia focal secundária à vasoconstrição intensa. A revisão da literatura mostra que, quando comparados aos demais pacientes com úlcera perfurada, os usuários de crack eram mais jovens, seus sintomas foram mais evidentes, as lesões não tinham relação com a presença de *H. pylori* e a evolução clínica foi mais favorável. Objetivo: Apresentamos cinco casos de doentes que desenvolveram quadro de abdome agudo perfurativo por úlcera gastroduodenal após uso agudo de crack. Resultados: No período de 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2016, foram atendidos no Pronto Socorro de Cirurgia do Hospital São Paulo (HSP-UNIFESP) cinco doentes do sexo masculino com idades entre 20 a 50 anos (mediana = 28 anos) que desenvolveram quadro de abdome agudo perfurativo após uso agudo de crack. Todos eram usuários da substância entre cinco e 26 anos, não relataram serem portadores de úlcera péptica e foram atendidos inicialmente por outras especialidades do serviço. A queixa de dor abdominal, referida por todos, estava associada a manifestações do uso do entorpecente. Ao exame físico, no momento da avaliação cirúrgica, todos apresentavam sinais de irritação peritoneal. O pneumoperitônio foi identificado por radiografia abdominal e/ou tomografia. Todos foram tratados com a abstenção da substância durante a internação, antibioticoterapia (metronidazol e ceftriaxona) e foram submetidos à laparotomia exploradora. Em quatro doentes a úlcera estava localizada na parede anterior do bulbo duodenal e em um paciente situava-se no piloro. Todas as lesões mediam entre 10 e 15 mm de diâmetro. A conduta cirúrgica realizada nos cinco casos foi sutura da lesão, omentoplastia, lavagem e drenagem da cavidade. A lesão pilórica foi biopsiada. Os pacientes apresentaram boa evolução e receberam alta hospitalar entre três e cinco dias de pós-operatório, sendo encaminhados para acompanhamento psiquiátrico. Conclusão: As perfurações gastroduodenais associadas ao uso de crack tem sido registradas com maior frequência e a possibilidade desse diagnóstico nos usuários da droga que apresentam dor abdominal aguda deve ser considerada pelos diferentes especialistas.

PALAVRAS-CHAVES: úlcera perfurada |abdome agudo |crack

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2386

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR FITOBEZOAR EM PACIENTE PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAZIR ELIAS CHALELA AYUB (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP), ROBERTO LAZILHA FALEIROS (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP), ERISVALDO FERREIRA CAVALCANTE JUNIOR (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP), THIAGO SIVIERI (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP), GILBERTO BORGES DE BRITO (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP), SHINHITI MORITA (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP)

RESUMO: INTRODUÇÃO Fitobezoares, embora raros, são responsáveis por cerca de 1-3% dos casos de obstruções do intestino. Possuem sua incidência aumentada em pacientes submetidos a cirurgias abdominais, principalmente, as gástricas, como na cirurgia bariátrica. O quadro clínico depende do local da obstrução, sendo desse modo, a anamnese e o exame físico de extrema importância para suspeição diagnóstica. Radiografia e Tomografia de abdome auxiliam para confirmação diagnóstica e local da obstrução. Inicialmente pode se tentar o tratamento clínico para abdome agudo obstrutivo, nos casos de refratariedade o tratamento cirúrgico com a remoção do fitobezoar está indicado. RELATO DO CASO Paciente L.A.D, 39 anos, feminino, admitida com dor abdominal localizada no mesogástro com irradiação para dorso, associado a náuseas e vômitos de início há 24 horas. Tinha história prévia de cirurgia bariátrica (By-pass Gástrico em Y de Roux) há 5 anos. Ao exame físico apresentava abdome com ruídos hidroaéros presentes e aumentados, distendido, doloroso a palpação sem descompressão brusca. Paciente estava estável e com exames laboratoriais dentro da normalidade. Radiografia de abdome agudo com presença de distensão de alças de delgado, empilhamento de moedas e níveis hidroaéreos. Submetida a Tomografia de abdome que evidenciou distensão de todo intestino delgado com provável ponto de obstrução no íleo distal, sendo visualizada imagem ?esponjosa? intraluminal em íleo distal sugestiva de fitobezoar, hipótese essa que foi reforçada com o relato da paciente de ingestão de bagaço de laranja dias anteriores ao quadro. Submetida a laparotomia exploradora com o achado de massa intraluminal móvel no íleo distal (20cm da válvula ileocecal) sugestiva de bezoar. Realizada enterotomia com retirada do bezoar, seguida do fechamento da alça em dois planos. A paciente evoluiu bem no pós-operatório com boa aceitação da dieta e teve alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório. Conclusão Apesar de rara, a obstrução do intestino delgado por fitobezoares pode ocorrer no pós operatório de BGYR, sendo o exame clínico e os exames de imagem em associação a história alimentar, de grande importância para o diagnóstico e resolução do quadro. Obtivemos com o caso relatado e a revisão da literatura uma melhor caracterização dos sinais e sintomas desse quadro de obstrução intestinal por fitobezoar. Destaca-se a importância do diagnóstico rápido e preciso, evitando as complicações associadas.

PALAVRAS-CHAVES: Fitobezoar | Cirurgia Bariátrica | Abdome Agudo Obstrutivo

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2423

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA CIRÚRGICO EM TUMOR GASTROINTESTINAL NÃO METASTÁTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DAVI BRAGA DE CARVALHO (FACID), RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO (FACID), ISADORA MARIA MATIAS BATISTA (NOVAFAPI), JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO (FACID), LEONARDO FORTES GOMES (FACID), DÉBORA SARA NEVES LIMA (FACID), MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO (NOVAFAPI), RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO (NOVAFAPI)

RESUMO: Introdução: O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é raro, representando em torno de 1% de todos os tumores gastrointestinais. Atualmente admite-se que sua patogênese está relacionada com mutações no receptor Kit tirosinaquinase transmembrana das células intersticiais de Cajal, responsáveis pela motilidade intestinal. A faixa etária mais prevalente dessa patologia são adultos velhos e idosos e o gênero mais acometido é o masculino. Ocorre mais comumente no estômago, embora de acordo com a literatura possa acometer qualquer porção do trato gastrointestinal. Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 61 anos, com antecedentes de emagrecimento e tabagismo crônicos, diabético, hipertenso, dislipidêmico procurou médico em agosto de 2015 queixando-se de plenitude pós-prandial, dor epigástrica e náuseas sem vômitos há mais de 4 meses. Foi solicitada pelo médico plantonista tomografia computadorizada de abdome total que revelou lesão expansiva sólida bem delimitada, localizada na parede anterior do estômago, sem plano de clivagem com o lobo esquerdo hepático. Posteriormente, uma biópsia guiada por ultrassom evidenciou tratar-se de um GIST. Em setembro, iniciou-se tratamento com imatinibe de 400 mg por dia. Porém, o paciente não respondeu bem ao tratamento, evoluindo com fadiga e edema periorbital com má tolerância apesar da estabilidade da doença durante o tratamento,. Em fevereiro de 2016, optou-se pela suspensão do Imatinibe e encaminhamento para cirurgia de ressecção tumoral, porém ele recusou o procedimento. Paciente permaneceu em observação durante o ano de 2016 sem aumento das dimensões da doença. Em janeiro de 2017, sofreu acidente automobilístico com trauma abdominal acompanhado de quadro de hipotensão, dor abdominal e taquicardia. Em razão de suspeita de ruptura esplênica, foi realizada laparotomia exploradora com achado intraoperatório de rotura tumoral e sangramento ativo, sendo, então realizada a ressecção completa do tumor. Paciente evoluiu com boa recuperação e retorno as atividades habituais. Considerações finais: A relevância do relato é por apresentar uma intercorrência traumática não relacionada com a doença de base consistir no pretexto para a ressecção cirúrgica do tumor. Mesmo com as circunstâncias intrigantes do caso, a ressecção cirúrgica completa ainda é capaz de proporcionar cura do GIST não metastático e deve ser conciliada com a terapia alvo-molecular dirigida.

PALAVRAS-CHAVES: GIST|IMATINIBE|DOR ABDOMINAL

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2484

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Rapunzel- Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAJA NABUT (PUCPR-LONDRINA), LUIS HENRIQUE ANGHEBEN (PUCPR-LONDRINA), DAMIANNE REIS BERTONSELLO (PUCPR-LONDRINA), EMANUEL GOIS JR (PUCPR-LONDRINA), HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR (PUCPR-LONDRINA), RODRIGO EIK SAHYUN (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), KELLYN CRISTINA GARBUJO SILVA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA)

RESUMO: Introdução O bezoar é uma massa composta por material não digerível no trato gastrointestinal, mais comumente no estômago. Os bezoares que alcançam o intestino são raros. A maior incidência é no sexo feminino. Os cabelos são resistentes à digestão e ao peristaltismo, pois são lisos e impedem que sejam movidos facilmente. A ingestão contínua e por um longo período de tempo pode causar o acúmulo desses fios com restos alimentares e formar o bezoar. O Tricobezoar acomete principalmente o estômago, raramente alcança o duodeno e o jejuno. A Síndrome de Rapunzel é uma complicação potencial do Tricobezoar, a qual foi definida como um bezoar gástrico com um apêndice que pode se estender através do piloro até além do ângulo de Treitz com algumas descrições até a junção ileocecal. Relato de Caso J.F.M., feminina, 11 anos, foi encaminhada pela sua pediatra por quadro de dor abdominal e vômitos alimentares pós-prandiais precoces há cerca de um mês, com parada de ingestão de alimentos sólidos e pastosos há uma semana. A mãe referiu distúrbio psiquiátrico ainda não bem definido e uma história de auto-tricofagia, que, após várias repreensões passou a deglutir cabelo das suas bonecas. O exame físico mostrou massa grande palpável no epigástrico e o RX simples de abdome mostrou uma imagem heterogênea grande com o formato do estômago na quadrante superior. Realizado hipótese diagnóstica de tricobezoar, foi proposta intervenção cirúrgica que foi realizada no dia seguinte. A laparotomia mostrou um estômago muito dilatado com conteúdo sólido. Feita a gastrotomia, foi retirada uma massa compacta com o formato do órgão com uma cauda longa que se estende até o jejuno proximal, onde havia sinal de erosão da parede com perfuração recente da mesma. Realizado desbridamento e rafia dos bordos da úlcera jejunal e gastrorrafia. A evolução ocorreu sem intercorrências com alta hospitalar no quarto pós-operatório. A criança foi re-encaminhada para avaliação neuropsiquiátrica sendo prescrito antidepressivo. Conclusão A síndrome de Rapunzel é definida quando o tricobezoar se estende além do ângulo de Trietz. A suspeição deve ser sempre lembrada em jovens com história de ingestão de cabelo, e o diagnóstico deve ser instituído o mais precoce possível, pois em algumas situações a endoscopia é capaz de realizar o diagnóstico com a retirada do material no mesmo procedimento. Nos casos onde a massa é grande há necessidade de intervenção cirúrgica para a resolução do problema.

PALAVRAS-CHAVES: Bezoar | Síndrome de Rapunzel | Tricobezoar

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2487

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Íleo Biliar: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO PAULO DE LACERDA SANTOS (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), BRUNO LUÍS PIMENTEL FARNESE (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), ROBERTO CARLOS DE OLIVEIRA E SILVA (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O íleo biliar é uma causa rara de obstrução mecânica do intestino delgado^{2,3} representando menos de 0.5% dos casos e sendo mais prevalente em adultos. É entidade que tende a desaparecer em virtude das indicações do tratamento da colecistopatia litiásica e dos avanços da cirurgia videolaparoscópica. A afecção caracteriza-se pela impactação de um cálculo biliar no íleo, após passagem através de uma fístula bilio-entérica¹. O diagnóstico é geralmente tardio favorecendo altas taxas de morbi-mortalidade. RELATO DE CASO: Paciente L.B.D.I, 86 anos, sexo feminino, história de HAS, colelitíase, passado de apendicectomia aberta e nefrectomia. Foi admitida com queixa de dor abdominal associada à náuseas e vômitos com uma semana de evolução. Propedêuticas radiológicas realizadas (RX e TC de abdome) demonstraram tratar-se de quadro obstrutivo secundário a corpo estranho em delgado baixo. Foi realizada laparotomia exploradora que revelou grande cálculo biliar obstruindo a luz do íleo proximal. Realizou-se enterotomia com retirada do cálculo e posterior enterorrafia transversa em dois planos. O pós-operatório transcorreu sem maiores intercorrências. DISCUSSÃO: Ainda que a incidência de íleo biliar não seja elevada, essa é uma causa que deve ser aventada. Parece haver associação entre a síndrome de Mirizzi e presença de fístula colecisto-enterica, que proporciona uma via de saída para os cálculos biliares⁴. As manifestações clínicas são de obstrução intestinal aguda, geralmente confirmada tanto por avaliação clínica quanto radiológica. O tratamento é cirúrgico direcionado para resolução da fator obstrutivo. CONCLUSÃO: Deve-se atentar para a apresentação clássica do íleo biliar, caracterizada por um episódio agudo de obstrução intestinal em mulheres idosas. O diagnóstico deve ser baseado na história clínica e propedêutica radiológica. O tratamento é sempre cirúrgico direcionado à resolução do fator obstrutivo.REFERÊNCIAS¹ - Gallstone ileus. Disponível em:² ? Halabi, WJ Kang CY, Ketana N, et al. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. Ann Surg 2014; 259:3293 ? Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. World J Surg 2007; 31:12924 ? Mirizzi PL. Syndrome del conducto hepatico. J Int Chir 1948; 8:731

PALAVRAS-CHAVES: Íleo Biliar | Síndrome de Mirizzi | Obstrução Intestinal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2488

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES E A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO FAMILIAR ? RELATO DE CASOS.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAÍS NATÁLIA DE ALMEIDA (PUC PR - LONDRINA), NAJA NABUT (PUC PR - LONDRINA), RODRIGO EIK SAHYUN (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), DÉBORA SANTOS RODRIGUES (PUC PR - LONDRINA)

RESUMO: Introdução: A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante originada de mutação na linhagem de células germinativas no gene da polipose adenomatosa coli encontrado no cromossomo 5q21. Classicamente ocorre formação de centenas de pólipos adenomatosos que evoluem para câncer colorretal em cerca de 40 anos. Quando se apresentam em número inferior a 100 adenomas denomina-se PAF atenuada. O presente estudo relata 5 casos com diagnóstico de PAF, para estes, discutiram-se as características dos pacientes, os aspectos relacionados à ocorrência de neoplasia associada por ocasião do diagnóstico, cirurgia realizada, estudo anatomo-patológico, evolução clínica e a incidência da patologia nos parentes próximos. Os casos clínicos foram atendidos nos serviços de cirurgia do aparelho digestivo do Hospital Universitário e Hospital do Câncer de Londrina. Relato de casos: Relata-se uma série de 5 casos com diagnóstico de PAF ou referenciados pós diagnóstico de algum familiar. Dentre eles, 1 paciente do sexo feminino e 4 do sexo masculino, com idade variando entre 26 e 61 anos. Três deles com diagnóstico de adenocarcinoma, sendo um de cólon direito e dois de sigmoide (um na vigência de quadro obstrutivo). Este último, foi submetido a retossigmoidectomia apenas, pois não tinha diagnóstico prévio de PAF a qual foi evidenciada na avaliação anatomo-patológica. Este paciente apresentou ainda pólipos na terceira e quarta porções do duodeno com displasia sendo submetido a ressecção segmentar. Quatro pacientes foram submetidos a proctocolectomia total com bolsa ileal e tiveram boa evolução. Dois casos apresentaram complicações pós operatória com resolução adequada (um deles apresentou fístula com resolução espontânea e o outro granuloma pelo fio de sutura, com ressecção do mesmo). Os 2 pacientes mais jovens não apresentavam neoplasia concomitante. Dos pacientes descritos, um não relatou presença de neoplasia na família. Conclusão: A PAF é uma doença pouco frequente, porém, de caráter genético dominante e pode afetar várias pessoas na mesma família quase sempre evoluindo para degeneração neoplásica. Quando diagnosticada a PAF há necessidade de investigação, através da colonoscopia, em todos os familiares próximos, inclusive crianças a partir dos 10 anos de idade. A proposta terapêutica mais aceita é a proctocolectomia total, já no diagnóstico, a fim de evitar evolução para neoplasia.

PALAVRAS-CHAVES: POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR | CÂNCER COLORRETAL | GENÉTICA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2500

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome da Artéria Mesentérica Superior: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAJA NABUT (PUC PR - LONDRINA), DAMIANNE REIS BERTONSELLO (PUC PR - LONDRINA), LUIS HENRIQUE ANGHEBEN (PUC PR - LONDRINA), EMANUEL GOIS JR (PUC PR - LONDRINA), HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR (PUC PR - LONDRINA), KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), RODRIGO EIK SAHYUN (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA)

RESUMO: IntroduçãoA Síndrome da Artéria Mesentérica Superior (SAMS), chamada também de Síndrome de Wilkie, é uma patologia rara causada pela compressão vascular da terceira porção do duodeno. Essa compressão ocasiona a obstrução duodenal por um pinçamento entre as artérias aorta abdominal (AAA) e mesentérica superior (AMS), com uma diminuição do ângulo entre elas. Ocorre geralmente em crianças e jovens com história de emagrecimento prévio rápido e acentuado. A sintomatologia característica é dor epigástrica, saciedade precoce, desconforto pós-prandial, náuseas e vômitos. Alguns fatores predisponentes para a SAMS são anorexia nervosa, múltiplos traumas, imobilização supina, sepse e queimaduras. O diagnóstico baseia-se em achados de exames de imagem como dilatação duodenal, compressão do duodeno pela AMS e ângulo aorto-mesentérico menor que 15°. O tratamento consiste na incrementação do aporte calórico e consequente aumento do ângulo aorto-mesentérico até as intervenções cirúrgicas com desvio do trânsito duodenal. Relato de Caso J.F.N.F., feminino, 13 anos, com história pregressa de episódios recorrentes de dor abdominal e vômitos pós-prandiais desde os 8 anos de idade. Investigações anteriores mostravam apenas quadro de gastrite, sendo interpretada como a causa dos sintomas. Não havendo melhora do quadro e a criança continuando a perder peso (35 kg), foi submetida a tomografia computadorizada de abdome que evidenciou o pinçamento aorto-mesentérico. Optou-se pela intervenção cirúrgica, com a interposição do trânsito com duodeno-jejunoanastomose. A paciente apresentava já nessa fase uma dilatação do estômago em forma de J indo até a pelve e motilidade bem diminuída. Logo após a correção cirúrgica, a paciente apresentou alguns episódios de vômitos, porém melhorou com medidas clínicas e posturais com peso de 44 kg em 6 meses. Evoluiu bem até os 18 anos, quando voltou a apresentar vômitos alimentares tardios. A endoscopia mostrou retenção alimentar na bolsa gástrica mesmo após jejum prolongado e a seriografia ainda mostrava estômago em J com retardo importante do esvaziamento gástrico. Foi realizada gastrectomia parcial com reconstrução em Y-de-Roux, com boa evolução e cessação dos sintomas. Conclusão A SAMS é uma entidade pouco frequente, com sintomas comuns a outras patologias, o que pode retardar seu diagnóstico. Evolui habitualmente com perda ponderal importante, motivo pelo qual é importante lembrar-se desta entidade e oferecer tratamento adequado o mais precoce possível.

PALAVRAS-CHAVES: síndrome da artéria mesentérica superior | síndrome de wilkie | obstrução duodenal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2506

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA DE JEJUNO CURSANDO COM HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO DE BARROS PENA RIBEIRO PAIVA (HSPE), JOAO PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA (HSPE), BRENNO IVO SOARES SANTOS (HSPE), MARCOS VINICIUS PASSOS RODRIGUES SILVINO (HSPE), BRUNO DE MELO VELOSO COUTO (HSPE), ITHALO RODRIGO MEDEIROS ARAUJO DE LIMA (HSPE)

RESUMO: INTRODUÇÃO O Intestino delgado é responsável pela maior parte do comprimento e superfície do trato gastrointestinal. Não obstante, ele é um raro local para o desenvolvimento de doença neoplásica, uma vez que apenas de 2 a 3% dos tumores gastrointestinais se originam no duodeno, jejuno ou íleo¹. Devido sua baixa incidência e dificuldade diagnóstica, costuma iniciar suas manifestações com uma complicação aguda da doença e muitas vezes em um estágio avançado, cursando com doença metastática². RELATO DO CASO CLÍNICO Paciente, L.C., 59 anos, portadora de hipertensão e diabetes, sem cirurgias prévias. Procurou o pronto socorro do HSPE com queixa de diarreia sanguinolenta, sendo internada pela clínica médica, com diagnóstico de gastroenterite infecciosa e insuficiência renal aguda pré renal por desidratação. Recebeu antibioticoterapia venosa por 3 dias e após, alta com antibióticos via oral. Desde a alta referia hiporexia, adinamia, vômitos e perda de peso. Aproximadamente 10 kg em 2 meses. Retornou ao pronto socorro com quadro de vômitos biliosos incoercíveis, sendo internada novamente. Na internação evoluiu com quadro de hemorragia digestiva baixa. Realizados endoscopia (sem alterações) e colonoscopia (que mostrava um pólipó pediculado de 2 cm em colón sigmoide), sem sinais de sangramento. Paciente persistiu com quadro de enterorragia recebendo aproximadamente 5 concentrados de hemácias e apresentou quadro de instabilidade hemodinâmica. Realizado arteriografia que não identificou o ponto de sangramento. Foi indicado laparotomia exploradora. No intra-operatório foi achado uma lesão em jejuno a aproximadamente 70 cm do ângulo de Treitz e realizado enterectomia com anastomose termino terminal. Paciente evoluiu bem após a cirurgia. No 8º dia de pós-operatório apresentou afasia súbita, realizada TC de crânio que evidenciou 2 lesões cerebrais em região insular esquerda e de fossa posterior sugestivas de metástases. Paciente foi transferida aos cuidados da neurocirurgia que optou por tratamento paliativo. O anatomopatológico da peça confirmou que se tratava de adenocarcinoma CONCLUSÃO A baixa prevalência e a sintomatologia inespecífica podem justificar o atraso diagnóstico e, conseqüentemente, o prognóstico ruim para estes pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: ADENOCARCINOMA | JEJUNO | ENTERORRAGIA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2511

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VOLVULO DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAILTON GALDINO DE OLIVEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Introdução: vólculo do Intestino Delgado é uma condição rara e frequentemente se apresenta como doença congênita que afeta crianças menores de um 1 ano de idade. Sua ocorrência na vida adulta pode estar relacionada à má rotação do intestino médio na vida embrionária ou como resultado de aderências pós cirúrgicas, ou ainda, uma combinação de ambas. Vólculo de intestino delgado pode representar um desafio para o cirurgião, principalmente, quando sua presença está associada à sinais e sintomas insidiosos leves e a achados de imagens inconclusivos. Relato de Caso: paciente do gênero feminino, 67 anos, procurou serviço de urgência com história de dor abdominal difusa, tipo cólica, em crises, associada à parada de eliminação de flatos e fezes há 1 semana. Referiu apendicectomia por laparotomia mediana há 17 anos, quando iniciou quadro de obstipação, e episódios álgicos semelhantes recidivantes há 10 anos. Ao exame físico, apresentava bom estado geral, abdome discretamente distendido e doloroso difusamente a palpação, com ampola retal repleta de fezes e os exames laboratoriais e a radiografia de abdome estavam normais. Medidas conservadoras aliviaram os sintomas e, no 3° dia de internação, recebeu alta hospitalar assintomática com solicitação para realizar tomografia computadorizada (TC) de abdome ambulatorialmente. Este exame evidenciou vólculo de delgado marcado pelo sinal da roda. A paciente foi internada e submetida a laparotomia exploradora, que evidenciou vólculo de delgado em jejuno proximal com rotação de 360 graus em sentido horário e inúmeras aderências (bridas), sem sinais de sofrimento. As aderências foram desfeitas e o intestino foi desvolvulado. A paciente evoluiu bem no pós-operatório com introdução da dieta no 3° dia e alta no 6° dia pós-operatório, está em acompanhamento ambulatorial com relato de melhora do transito intestinal e sem queixa de dor. Conclusão: o vólculo de intestino delgado é uma patologia incomum, pode se apresentar de maneira insidiosa e exige tratamento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: VOLVULO|INTESTINO DELGADO|Dor abdominal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2512

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Prevalência de Câncer Duodenal em Pacientes com Polipose Adenomatosa Familiar: diagnóstico precoce e tratamento cirúrgico adequado

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BARBARA G F MELO (UEL), MÁRIO LIBERATTI (UEL), GUILHERME DE GODOY SANTOS (UEL), CAROLINA CAIRES AMORESE (UEL), EDUARDO HENRIQUE RODRIGUES (UEL), VIVIANE MIRANDA FORISTIERI (UEL)

RESUMO: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma síndrome genética autossômica dominante que leva ao desenvolvimento de centenas de pólipos colo-retais e algumas manifestações extracolônicas. A PAF afeta um a oito indivíduos a cada 10.000 habitantes. A incidência de adenomas duodenais e periampulares, em pacientes com PAF, permanece acima de 80% e aumenta consideravelmente com a idade. Em pacientes após colectomia, as principais causas de morte são pelos tumores desmóides e duodenais. O objetivo principal deste trabalho é relatar dois casos em acompanhamento no Hospital Universitário de Londrina e, com auxílio da literatura especializada, constatar a maior prevalência de câncer duodenal em pacientes com PAF. Além disso, objetiva-se também demonstrar a importância do acompanhamento para o diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico adequado. Para isso, foram selecionados dois casos de pacientes com diagnóstico de PAF do Hospital Universitário de Londrina, os quais, durante o acompanhamento, desenvolveram pólipos no trato gastrointestinal alto, diagnosticados como alto risco e com necessidade de ressecção da lesão. A partir desses dados foram selecionados artigos, metanálises e relatos de casos semelhantes em banco de dados como PubMed, Medline e Bireme. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2000 e 2016. Um dos pacientes em questão teve o diagnóstico de adenocarcinoma de papila duodenal e o outro com adenoma túbulo-viloso com focos de displasia grave na segunda porção do duodeno. Ambos foram tratados com cirurgia e seguem em acompanhamento até o momento sem recidiva tumoral. A literatura pesquisada e os casos relatados reforçam a necessidade de acompanhamento regular do trato gastrointestinal alto em pacientes com PAF. Está bem estabelecido na literatura atual a maior prevalência do câncer duodenal em pacientes com PAF. Portanto, um rigoroso acompanhamento dos pacientes com PAF, com endoscopia digestiva alta, é de vital importância para o diagnóstico precoce e para o tratamento cirúrgico adequado.

PALAVRAS-CHAVES: polipose adenomatosa familiar | manifestação extracolônicas | tumor duodenal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2542

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ISQUEMIA MESENTÉRICA DIFUSA E PNEUMOPORTA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ANTONIO SCROCCO DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MARCELO PAULO SERAFINI GONÇALVES (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), RENATHA PAIVA DE CASTRO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Introdução: Pneumoporta, descrita pela primeira vez em 1955 por Wolf e Evans, é a presença de gás no sistema venoso portal, podendo estar associada a casos de isquemia mesentérica, trauma ou procedimentos endoscópicos. Relato de Caso: gênero masculino, 59 anos, branco, admitido no pronto socorro com quadro de diarreia intensa, distensão abdominal há 24h e vômitos há 48h. Negava febre e comorbidades. No exame físico, apresentava-se em regular estado geral, hemodinamicamente estável, apenas com distensão abdominal difusa. Realizada hipótese diagnóstica de abdome agudo inflamatório. Os exames laboratoriais evidenciaram Hb 19,4g%; leucograma: 18.500 leucócitos/mm³, 1% de bastões e 89% de segmentados; plaquetas 155.000/mm³; uréia 69 e creatinina 1,67. A TC de abdome com contraste EV, identificou pneumatose intestinal difusa e presença maciça de gás no interior da veia porta e de seus ramos. Introduzido antibioticoterapia empírica com ciprofloxacino e metronidazol. Submetido a laparotomia de emergência que evidenciou isquemia intestinal difusa com viabilidade duvidosa optando-se por peritoneostomia e reabordagem em 48h. Evoluiu no pós-operatório imediato com choque séptico. Na reabordagem cirúrgica, identificou-se áreas de necrose segmentar localizada a 100cm do ângulo de Treitz com extensão de 10 cm e perfuração única de 6 mm. Realizada enterectomia segmentar com enteroenteroanastomose e reconfeção de peritoneostomia. No 5º dia de internação foi submetida a fechamento de peritoneostomia sem intercorrências. A TC de abdome de controle no 13º dia de pós-operatório demonstrou ausência de gás no sistema portal e de alterações na cavidade abdominal. Apresentou quadros febris sem foco infeccioso aparente no 18º dia de internação, introduzindo-se antibioticoterapia de amplo espectro. Evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 26º dia de internação, sem sequelas. Conclusão: pneumoporta, mesmo de forma maciça, associada a isquemia mesentérica pode apresentar evolução benigna

PALAVRAS-CHAVES: Sistema Porta | Isquemia Mesentérica | Embolia gasosa

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2554

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SCHWANNOMA DE CÓLON DIREITO ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), GERMANO DE SOUSA LEÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), HELDER DE MELO SÉRVIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), INGRID ANDRADE DE MENESES (UNIVERSIDADE MAURICIO DE NASSAU), LUCÍDIO BALDUÍNO LEITÃO (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA), MARIA IVONETE SILVA URBANO (HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TERESINA), MARLON MORENO DA ROCHA CAMINHA DE PAULA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA DIGESTIVA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Schwannoma é um tumor mesenquimal com incidência semelhante em ambos os sexos e com média de apresentação aos 65 anos. Além disso, quanto à localização, ele possui raridade de casos referentes ao cólon e reto. O tratamento de eleição é cirúrgico selecionando o clínico para alguns casos. RELATO DE CASO: Homem, 51 anos, comparece à consulta em virtude apenas de alteração do trânsito intestinal há 1 mês com alternância entre quadros de constipação e diarreicos. Assim sendo o paciente foi submetido à uma videoendoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada de abdome que revelaram, respectivamente, esofagite erosiva distal leve e sinais de intussuscepção no cólon ascendente com espessamento parietal circunferencial do segmento intestinal envolvido e linfonodos mesentéricos adjacentes. Afim de mais detalhes sobre o achado foi indicado videocolonoscopia a qual concluiu formação polipoide gigante em cólon ascendente de aspecto degenerado. Devido ao achado, encaminhou-se o paciente à ressecção do segmento acometido (laparotomia exploratória) e envio da peça ao histopatológico que demonstrou neoplasia mesenquimal fusocelular de baixo grau. Com a finalidade de diferenciar GIST e leiomioma foi realizado o estudo imuno-histoquímico que detectou schwannoma. Atualmente, o paciente encontra-se em seguimento clínico sem queixas. CONCLUSÃO: O caso acima revela a importância do diagnóstico diferencial das causas de alteração do trânsito intestinal, cujo diagnóstico necessita de um bom rastreio e conhecimento médico adequado.

PALAVRAS-CHAVES: Schwannoma | Cirurgia | CÓLON

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2575

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR CARCINOIDE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS OBSTRUÇÕES INTESTINAIS NA URGÊNCIA ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), DIEGO COIMBRA ALENCAR (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), HELDER DE MELO SÉRVIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), JOELSON OLIVEIRA MOREIRA (HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TERESINA), GERMANO DE SOUSA LEÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), DJALMA RIBEIRO COSTA (HOSPITAL INFANTIL LUCÍDIO PORTELA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O tumor carcinoide é um dos tumores malignos de intestino delgado extremamente raro com pico de incidência em homens negros acima de 65 anos. Além de estar relacionado com células produtoras de serotonina e em 40% dos casos essa neoplasia situa-se nos 60 centímetros distais do íleo. O diagnóstico pode ser sugerido através do aumento de serotonina sérica e confirmado pelo histopatológico. RELATO DE CASO: Paciente 63 anos, feminino, procura hospital com quadro de distensão abdominal associado à êmese há 1 semana. Ao exame físico apresentava-se astênica, orientada, eupneica, abdômen globoso, flácido e doloroso à palpação profunda. Os exames laboratoriais apresentavam aumento de bastões (6%) sem leucocitose e gama glutamil transferase levemente alterada. A seguir foi solicitada tomografia computadorizada de abdômen que revelou espessamento parietal de segmento do íleo, associado a lesão nodular sólida com focos de calcificações e contornos irregulares e estrelado (sinal do carangueijo) reforçado com contraste venoso. Em virtude disso, optou-se pela laparotomia exploradora a qual mostrou uma massa em região ileal ressecada, através de uma ileocelectomia radical, e enviada para estudo histopatológico. Esse exame diagnosticou tumor neuroendócrino grau I / tumor carcinoide com invasão neurolinfática e margens cirúrgicas livres. Após cirurgia a paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta hospitalar no 7º dia de pós operatório. Consecutivamente associada à alta houve encaminhamento da paciente para seguimento oncológico ambulatorial. CONCLUSÃO: Esse caso revela um caso pouco frequente no cotidiano justificando uma obstrução intestinal. Além disso é necessário que a equipe médica tenha conhecimento dos achados radiológicos e associá-los com as devidas patologias (sinal do carangueijo ? tumor carcinoide) tornando diagnóstico e tratamento precoces favorecendo assim uma evolução clínica positiva.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR NEUROENDÓCRINO | CIRURGIA | HOSPITALIZAÇÃO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2580

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRICOBEOZAR GÁSTRICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO PAULO DE BRITO (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA), ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA), SARA VENOSO COSTA (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA)

RESUMO: Introdução: A tricotilomania é um distúrbio psiquiátrico crônico caracterizado pelo desejo incontrolável de ingerir pelos e cabelos, associada a distúrbios emocionais, mais comum no gênero feminino. O diagnóstico pode ser realizado por exames de imagem, tais como radiografia simples de abdome, tomografia computadorizada de abdome e endoscopia digestiva alta. O tratamento depende do tamanho do bezoar e de sua composição, podendo ser realizado por via endoscópica ou cirúrgica (laparotômica e laparoscópica). Existe necessidade de seguimento no serviço de psiquiatria, pois a recidiva é alta. Relato de Caso: paciente feminina, 17 anos, com história de dor abdominal, náuseas e vômitos pós-prandiais há 30 dias. Ao exame físico, apresentava-se corada, hidratada, acianótica e anictérica. Notou-se que a paciente apresentava rarefação de cabelos. Abdome era plano, mas doloroso e com massa epigástrica endurecida, de aproximadamente 30 cm de diâmetro. Foi levantada a hipótese, pela equipe de atendimento, de neoplasia abdominal. Os exames laboratoriais eram normais. A tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso, identificou importante distensão gástrica às custas de corpo estranho (?massa de aspecto enovelado? ou ?miolo de pão?), sugestivo de tricobezoar. Optado por realização de laparotomia exploradora, devido às grandes dimensões do material. Realizou-se laparotomia explorada com incisão mediana xifo-umbilical, gastrotomia e retirada de massa capilar com aproximadamente 20 x 30 cm de dimensão. Paciente apresentou boa evolução clínica, recebendo dieta no 2º pós-operatório e alta hospitalar após 7 dias, encaminhada para acompanhamento ambulatorial cirúrgico e psiquiátrico. Conclusão: A presença de corpos estranhos no aparelho digestório deve ser investigada, principalmente em pacientes jovens e com sinais de distúrbio psiquiátrico. A conduta cirúrgica possibilita rápida recuperação com baixa morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Pica | Tricotilomania | Estômago

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2586

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor Glômico Gástrico: Um caso raro

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO PINHEIRO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), PAULO HENRIQUE NUNES FERREIRA A DE FARIA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), RENZO ALEXIS DELGADO FERNANDEZ (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), GUSTAVO ARISTOTELES GONÇALVES CARVALHO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), CIBELLE MARION BERTOLLI (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), AGEU DE LIMA VALVERDE (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), ALLISON TAKEO TSUGE (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI)

RESUMO: Introdução: O tumor glômico gástrico é um tumor (TU) mesenquimal raro, usualmente benigno e mais frequente em mulheres na 5ª/6ª década de vida. Tem origem no canal neuromioarterial (canal Soucquet-Hoyer), responsável pela termorregulação. Esse TU, usualmente solitário, costuma ocorrer nos tecidos moles periféricos, especialmente na parte distal das extremidades (leito ungueal), porém são citados casos em outros órgãos. Foi descrito pela primeira vez, no estômago, em 1928 por Talijsa e até hoje são poucos os casos relatados. No trato gastrointestinal, os tumores glômicos são mais comumente encontrados no estômago e a principal manifestação clínica é a hemorragia digestiva alta (HDA). Objetivo: Apresentar um caso raro de tumor glômico gástrico. Método: Análise de prontuário, entrevista do paciente e familiares, registros fotográficos do procedimento, peça cirúrgica e revisão de literatura médica. Resultados: Paciente feminino, 27 anos, admitida no pronto socorro de cirurgia geral, com quadro clínico de HDA há três dias. À admissão apresentava choque hipovolêmico grau I, sendo realizada ressuscitação volêmica. Encontrava-se em bom estado geral, descorada 3+/4+, desidratada, FC:91bpm, PA:120x80mmHg. Abdome flácido, indolor a palpação e sem massas, ruídos hidroaéreos propulsivos. Toque retal sem lesões, com melena em dedo de luva. Exames: Hb: 4,9g/dL; leucócitos: 7,03 mil/mm³; plaquetas: 269 mil/mm³, INR: 1,22. A endoscopia digestiva alta evidenciava lesão elevada recoberta por mucosa, com ulceração central, com coágulo e necrose, localizada em transição de parede anterior de antro e pequena curvatura de 3cm de diâmetro. A biópsia evidenciou neoplasia de padrão epitelióide com atipias discretas, ulcerada e com ausência de mucosa gástrica. A imunohistoquímica foi positiva para antígenos CD34, actina, KI-67, vimentina, colágeno IV, o que favorece o diagnóstico de TU glômico. Tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve não demonstrou outras lesões. Optado por enucleação cirúrgica da lesão em parede anterior antral, na pequena curvatura, com sutura primária da parede em dois planos. Paciente apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar no 5º dia de pós operatório. O exame de anatomia patológica e imunohistoquímica da peça confirmaram o diagnóstico de tumor glômico. Conclusão: O presente relato demonstra um caso raro de TU glômico gástrico, que deve ser considerado nos casos de HDA e no diagnóstico diferencial de lesões de submucosa gástrica.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor Glômico | Estômago | Hemorragia Digestiva

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2635

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR GLÔMICO GÁSTRICO: RARA CAUSA DE SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PALOMA ALVES BEZERRA MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), RENAN TORRES CAETANO DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GABRIEL SANT'ANA ZUCOLOTO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA), PAULO ALVES BEZERRA MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), DOGLAS GOBBI MARCHESI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), MARCELO MARTINS DE MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO)

RESUMO: Introdução: O tumor glômico é uma lesão benigna que se origina de células musculares modificadas do glomo o qual ajuda a regular o fluxo de sangue arterial¹. São raramente vistos na prática clínica e correspondem a, aproximadamente, 2% de todos os tumores gástricos benignos. Há predomínio em mulheres e maior ocorrência a partir da 4ª década de vida. Apresenta-se principalmente com quadro de dor ou desconforto epigástrico. Também pode se manifestar com hemorragia digestiva baixa² e, em casos raros, com anemia severa.¹Relato do caso: Paciente, 62 anos, sexo feminino, admitida em Hospital Universitário (HU) em agosto de 2016 com histórico de dor epigástrica crônica, em queimação, com piora há 8 meses, acompanhada de hiporexia. Apresentou episódios de melena e hematêmese sucedidos por síncope, necessitando realizar hemotransfusão. Portadora de hipotireoidismo e ex-tabagista. Relato de perda ponderal de nove quilos em oito meses. Nega história familiar de câncer.Em acompanhamento hospitalar prévio, realizou esofagogastroduodenoscopia que evidenciou lesão gástrica com presença de gastrite enantematosa leve de antro e teste da urease negativo. Histopatológico revelou gastrite crônica ativa discreta, Helicobacter pylori negativa, e inflamação crônica ativa associada a material necrótico fibrino-leucocitário. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou lesão expansiva sólida localizada na parede posterior do antro gástrico, de provável natureza neoplásica além de colecistopatia calculosa. Marcadores tumorais, CEA, Ca 19-9 e alfafetoproteína, dentro dos valores de referência. Após preparo pré-operatório, procedeu-se a gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth II, enteroenteroanastomose à Braun e colecistectomia sem intercorrências.Imunohistoquímica evidenciou anticorpos para Ki-67, colágeno tipo IV e sinaptofisina positivos e conclui tratar-se de neoplasia composta por células arredondadas monótonas em meio a vasos de pequeno calibre. O conjunto dos achados é compatível com tumor glômico. Histopatológico da peça concluiu tratar-se de tumor glômico com limites de ressecção livres de comprometimento neoplásico.Conclusão: Tumores glômicos são um raro tipo de tumor solitário submucoso. Diagnóstico pré-operatório é um desafio e requer uma abordagem médica detalhada¹. Ressecção em cunha ou gastrectomia subtotal para remoção do tumor pode ser curativo³. Apresenta prognóstico favorável devido à baixa recidiva e à raridade da malignização.¹

PALAVRAS-CHAVES: Tumor glômico | neoplasia benigna | sangramento gastrointestinal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2639

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GASTRECTOMIA SUBTOTAL CONVENCIONAL NO TRATAMENTO DO GIST GÁSTRICO ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AIRTON ZOGAIB RODRIGUES (FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES), JOAO CARLOS MENDES DE V. GUIDO (FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES), GEORGE AIRES FERREIRA PINTO (FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES), MATHEUS SAAD VARELLA (FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES), TAMARA MAIA NESTLEHNER BELLONI (FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES), VINICIUS CAMPOS DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES)

RESUMO: Introdução: Embora relativamente raro, o GIST representa 80% dos tumores mesenquimais do trato digestório e constitui 5% de todos os sarcomas. Ocorrem, predominantemente, em indivíduos de meia idade (média em torno de 60 anos) e em igual frequência entre homens e mulheres. Podem ter origem em todo trato gastrointestinal, sendo mais comuns no estômago. GISTs são frequentemente assintomáticos, sendo diagnosticados incidentalmente por exames de imagem ou endoscópicos, histopatologia e imunoistoquímica. Constatou-se que alguns desses tumores estromais expressavam a mutação do proto-oncogene codificador do receptor transmembrânico tirosina quinase (c-KIT ou CD-117). A ressecção cirúrgica é considerada tratamento padrão ouro e os principais fatores prognósticos são o número de mitoses por 50 campos de grande aumento e o tamanho do tumor. Relato de caso: Paciente, 53 anos, sexo feminino, com queixa dor abdominal e episódios de melena há mais de um ano. Foi internada duas vezes pela mesma sintomatologia. Na última das internações realizou endoscopia e foi diagnosticada com úlcera gástrica. Já realizou cirurgia de fissura anal, mamoplastia e cesárea. No exame físico encontrava-se hipertensa e descorada 3 em 4 +++. Foi submetida a uma ultrassonografia onde foi diagnosticada colelitíase e ecoendoscopia digestiva alta em que se verificou a presença de lesão polipóide ulcerada com sinais de sangramento recente de aproximadamente 3 cm de diâmetro na transição entre o corpo e a grande curvatura gástrica e que invadia a camada muscular do estômago. Foi identificado discreto enantema da mucosa e presença de diminuta lesão polipóide sésil de 3 mm no antro gástrico que foi retirada com pinça de biópsia. Foram realizadas biópsias do antro gástrico e a retirada do pólipo sésil do antro, além de biópsias das bordas da lesão polipóide ulcerada da transição de corpo e antro. O material foi encaminhado para estudo anatomopatológico e verificou-se tratar-se de pólipo hiperplásico e tumor compatível com GIST, HP negativo. O tratamento escolhido foi a gastrectomia subtotal em ?Y? de Roux com linfadenectomia D2, epiplectomia, omentectomia e colecistectomia. Conclusão: Os autores deste relato apresentam um caso de GIST gástrico diagnosticado em paciente com sintomatologia de hemorragia digestiva alta há um ano e o tratamento indicado foi a ressecção por cirurgia convencional ? gastrectomia, em decorrência do tamanho do tumor que impossibilitava a ressecção endoscópica.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor estromal gastrointestinal | tratamento | gastrectomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2644

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ENTERÓLITO FORMADO EM DIVERTÍCULO DE MECKEL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VIVIANE WILLIG BRASIL (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), PAULO EDUARDO GARCIA PINHEIRO SOUSA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), GUILHERME TEIXEIRA DE SOUZA E CASTRO (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), MARCO ANTONIO DE CALDAS MENDES (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), VINICIUS DUARTE AMORIM (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), MICHAEL GIOVANNI LADEIA ALMEIDA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), RODRIGO CALDAS TRINDADE (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), CLAUDIO LUIZ VIEIRA TANNUS (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal. Incide em 2% da população, sendo resultado da falha na obliteração do ducto onfalomesentérico. Cerca de 2 a 16% dos pacientes terão alguma complicação, incluindo hemorragia, diverticulite, ulceração e obstrução, a qual é a complicação mais comum no adulto, observada em 26 a 53% dos casos, sendo algumas das causas mais frequentes a intussuscepção, aderências e inflamação. Mais raramente, pode ser secundária à formação de enterólito formado no interior do divertículo, que, ao migrar, impacta na válvula ileocecal. Geralmente, sua formação ocorre na ausência de tecido gástrico ectópico. RELATO DE CASO: M.O. 64 anos, masculino, obeso, queixando de parada de eliminação de flatos e fezes há 03 dias, associado a dor, distensão abdominal e vômitos. Colectomia convencional há 30 anos. Ao exame o paciente apresentava-se desidratado, com abdome distendido, timpânico, sem sinais de irritação peritoneal, toque retal sem fezes em ampola retal. Foi identificado presença de hérnia incisional, sem sinais de encarceramento. Tomografia evidenciou dilatação difusa de delgado e ausência de alças intestinais em saco herniário, levantando, então, a hipótese de obstrução por bridas. Submetido à laparotomia exploradora, identificado divertículo de Meckel em íleo, dilatação das alças de delgado à montante da válvula ileocecal e presença de estrutura de consistência endurecida intraluminal impactada anteriormente à válvula. Realizada ordenha da estrutura para o interior do divertículo, com ressecção de ambos. Não foi identificado trajeto fistuloso entre via biliar e delgado. CONCLUSÃO: A obstrução intestinal por enterólito é uma condição extremamente rara, com poucos relatos descritos até o momento. Sua formação no interior dos divertículos é dificultada pela base geralmente larga do mesmo, além do peristaltismo muscular impedir a estase de conteúdo. Sendo assim, apesar de o pH alcalino do intestino favorecer a precipitação de sais, esta condição assume uma incidência muito reduzida, havendo relatos de que apenas 10% dos divertículos podem desenvolver enterólitos no interior.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo | Meckel | Obstrução

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2655

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABORDAGEM CIRÚRGICA DA ÚLCERA POR ESTRESSE EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), RONE ANTONIO ALVES ABREU (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), NATÁLIA LUDMILA CANÊDO LOPES (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os pacientes criticamente doentes correm o risco de desenvolver lesão da mucosa relacionada ao estresse (LMRE), levando a um aumento de morbidade e mortalidade. Nos pacientes pediátricos, a prevalência de sangramento relacionado com a úlcera de estresse varia de 6 a 43%. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de úlcera por estresse em paciente pediátrico. CASO CLÍNICO: DGBV, 14 anos, masculino, pardo, previamente hígido, internado na unidade hospitalar devido a um quadro de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo evoluiu no 4º dia de internação hospitalar (DIH) com queda do estado geral, hipertermia de 38°C, taquicardia. Ao exame encontrava-se hipocorado e com abdome rígido e doloroso difusamente à palpação superficial e profunda, com sinais de irritação peritoneal. No 5º DIH foi avaliado pelo serviço de cirurgia geral que interpretou o quadro como abdome agudo cirúrgico. Foi encaminhado ao centro cirúrgico, onde foi submetido a Laparotomia exploradora (LE) que evidenciou grande quantidade de secreção entérica na cavidade, úlcera gástrica pré pilórica perfurada (confirmada por biópsia) de +- 4,0 cm em parede anterior, sendo realizada antrectomia usando grameador linear 70mm, Gastroenteroanastomose em Y de Roux, limpeza exaustiva da cavidade e drenagem da cavidade com drenos túbulo-laminares. Iniciou-se antibioticoterapia com ceftriaxona, metronidazol e vancomicina. A cultura de líquido entérico evidenciou presença de *Candida tropicalis* e a hemocultura evidenciou *S. aureus*. Paciente permaneceu na UTI até o 14º dia pós operatório (DPO) e no 15º DPO evoluiu com hipersensibilidade à palpação superficial difusa de abdome e intercala o quadro com ausência de queixas e sem alterações ao exame físico abdominal durante 12 dias. No 26º DIH, houve piora do quadro e foi submetido a novo procedimento cirúrgico de LE, onde foi encontrado grande quantidade de aderências em cavidade, distensão de alças de delgado e cólon e abscesso em hipocôndrio direito de aproximadamente 200ml sendo realizado drenagem de abscesso, lise de aderências e vagotomia troncular bilateral associado a colocação de drenos de penrose bilateralmente. Paciente necessitou de suporte clínico em UTI para tratamento. CONCLUSÃO: Diante disso, o melhor tratamento para a úlcera péptica perfurada é aquele que leva em conta o tipo de perfuração, as condições clínicas do doente, as condições locais da cavidade abdominal e a experiência do cirurgião na realização da gastrectomia.

PALAVRAS-CHAVES: ÚLCERA PÉPTICA | PERFURADA | ESTRESSE

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2667

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: POLIPOSE GÁSTRICA ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA HARA NAHIME (UNITAU), DIEGO DA SILVA LONGO (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA - HRVP), DIOGO DE OLIVEIRA SOUZA (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA - HRVP), JÚLIO CÉSAR MORENO JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA - HRVP), LEONARDO PEREIRA TAVARES (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA - HRVP), LARISSA BEATRIZ ROMBOLI ROCHA (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA - HRVP), RICARDO CARTAXO FILHO (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA - HRVP), VALDEMIR JOSE ALEGRE SALLES (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA - HRVP)

RESUMO: Introdução: Os pólipos de glândulas fúndicas (PGF) são geralmente assintomáticos e descobertos incidentalmente durante o exame endoscópico podendo, em raras ocasiões, adquirir tamanho grande o suficiente para causar uma obstrução gastroduodenal. Objetivamos relatar um caso de polipose gástrica. Relato de caso: paciente do sexo feminino, 54 anos, branca, com obesidade grau I, portadora de dispepsia crônica, dependente do uso de Omeprazol[®] para o satisfatório controle do quadro dispéptico. Submetida a endoscopia digestiva alta que evidenciou um pregueado mucoso bem distribuído, incisura gástrica íntegra, hiperemia leve difusa da mucosa gástrica, com vários pólipos sésseis medindo entre 0,5 e 2,5 cm, difusos em corpo e fundo gástrico, com piloro pérvio e duodeno sem alterações. O exame anatomopatológico de uma amostra dos pólipos evidenciou pólipo gástrico de glândulas fúndicas, com pesquisa de *Helicobacter pylori* negativa. Conclusão: A hipergastrinemia presente na síndrome de Zollinger-Ellison ou na terapia de longo prazo com IBPs, como no uso de Omeprazol[®] por período igual ou superior a cinco anos, têm se mostrado associadas ao surgimento de PGF. Ao exame endoscópico os PGF são tipicamente pequenos (0,1 a 0,8 cm), hiperêmicos, sésseis e com superfície lisa. Ocorrem exclusivamente no corpo gástrico. Frequentemente são múltiplos e a biópsias de um ou mais pólipos representativos são suficientes. PGF ? 1 cm de diâmetro, pólipos ulcerados ou localizados na região antral devem ser ressecados para confirmar o diagnóstico e descartar displasia ou neoplasia. A possibilidade de uma síndrome familiar deve ser considerada em pacientes com ? 20 pólipos, PGF no antro, pólipos de fundo gástrico em jovens ou adenomas duodenais, sendo indicada colonoscopia nestas situações. O acompanhamento freqüente pela endoscopia digestiva alta não é recomendado para PGF sem displasia, uma vez que a evolução para câncer gástrico é rara. A suspensão do tratamento com inibidor da bomba de prótons e eventual gastrectomia fazem parte do tratamento desta polipose gástrica. Referências: 1. ASGE Standards of Practice Committee; Sharaf RN, Shergill AK, Odze RD, Krinsky ML, Fukami N, et al. Endoscopic mucosal tissue sampling. *Gastrointest Endosc.* 2013;78(2):216-24. 2. Sugai BM, Yamazaki K., Pólipos Gástricos. In: Averbach M, Safatle-Ribeiro AV, Junior AP, Cappellanes CA, Ejima FH, Fang HL, editores. *Endoscopia digestiva: diagnóstico e tratamento.* Rio de Janeiro: Revinter; 2013. p. 317-20.

PALAVRAS-CHAVES: POLIPOSE GÁSTRICA|PÓLIPO DE GLÂNDULAS FÚNDICAS|HIPERGASTRINEMIA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2674

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tricobezoar: um relato de caso de tricotilofagia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AMAURI CLEMENTE DA ROCHA (UFAL), TÚLIO BARBOSA NOVAES (CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC), LUCAS ROBERTO DA SILVA BARBOSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC), GABRIELA CORREIA DE ARAÚJO NOVAIS (CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC), ANIE DEOMAR DALBONI FRANÇA (CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC), DAIANA VIEIRA GOMES (CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC), MARINA VALDEZ DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC)

RESUMO: Introdução: Tricobezoar, um dos diversos tipos de bezoares, caracteriza-se por uma massa composta por cabelos ou pêlos não digeridos e, geralmente, estão localizados no estômago; em alguns casos, podem se estender para o intestino delgado. Os sintomas são associados à localização e ao tamanho dos bezoares, sendo provável a diminuição da secreção de ácido gástrico, gastroparesia e obstrução do TGI. A endoscopia gastrointestinal, o estudo gastrointestinal com contraste e a tomografia computadorizada são os métodos diagnósticos estabelecidos, sendo o primeiro o padrão ouro tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento de pequenos bezoares. Já para abordagem de bezoares maiores a gastrotomia se torna necessária. Relato de caso: ? ?Paciente psiquiátrica do sexo feminino, 40 anos, deu entrada no ambulatório de gastroenterologia referindo dor epigástrica, presença de massa endurecida palpável e dolorosa, além de perda de peso há 25 dias. A acompanhante relatou que a paciente nesse período apresentou perda de cabelo intensa e rápida, cerca de 40% do volume total. Durante a endoscopia digestiva alta foi visualizado um grande tricobezoar. Paciente foi encaminhada para o serviço de cirurgia geral para submeter-se ao tratamento cirúrgico: uma gastrotomia para retirada do bezoar. Subsequente ao esvaziamento gástrico, a cirurgia foi concluída com gastrorrafia em dois planos e sutura da parede abdominal. A paciente não apresentou complicações em sua evolução e recebeu alta no 6º dia pós-operatório e encaminhamento para assistência psiquiátrica. Conclusão: Os tricobezoares são raros e apresentam uma clínica inespecífica e insidiosa, com aumento gradual da sintomatologia devido à evolução. O diagnóstico precoce através de uma boa anamnese associada aos exames de imagem e posterior tratamento auxiliam no prognóstico. Devido ao alojamento de alimentos em seu interior, sua ocorrência favorece a um maior risco de infecção, outra implicação é a formação de úlceras e conseqüente perfurações do TGI. Por isso é imprescindível a presença de uma equipe multidisciplinar composta da psiquiatria, psicologia e gastroenterologia para prevenir a recorrência do quadro e conferir uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Tricotilomania | Endoscopia Digestiva Alta | Gastrostomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2686

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abdome agudo perfurativo por GIST de ileo terminal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAITE MAZIERO AFONSO (UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO), FELIPE RICARDO GRANZOTTO (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE)), JOÃO PAULO DE OLIVEIRA MEDICI (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE)), JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE)), JOSÉ CARLOS S. P. FILHO (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE)), JOSÉ RICARDO W. RISTOW (UNICID), ANDRÉ AUGUSTO CASTELLO ANDRADE (UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Embora os tumores estromais do trato gastrointestinal(GIST) correspondam a apenas 0.4-3% de todas as neoplasias gastrintestinais, estima-se que represente 80% dos tumores mesenquimais deste trato. Afetam principalmente a região gástrica (cerca de 50-60% dos casos), seguida por intestino delgado(30-35%), cólons e reto(5%) e esôfago(RELATO DE CASO Paciente do sexo masculino, 48 anos, admitido no pronto-socorro de Cirurgia Geral queixando-se de dor abdominal súbita de início há 12 horas da admissão, forte intensidade e difusa, associada a náuseas. Ao exame inicial apresentava-se taquicárdico, normotenso e consciente. Sinais de irritação peritoneal presentes, refratários a analgesia otimizada. Radiografias de abdome em decúbito e ortostase constataram pneumoperitônio, e o hemograma admissional com importante leucocitose. Demais exames bioquímicos dentro da normalidade. Após tratamento cirúrgico indicado foi revelada lesão neoplásica em íleo terminal a 20cm da válvula íleo-cecal, acompanhada de fibrina e perfuração, que levou à peritonite difusa. Foi instituída como terapêutica a enterectomia com entero-anastomose grampeada, o material excisado foi enviado ao estudo. A análise anatomopatológica evidenciou resultado de GIST de intestino delgado, confirmado por imunohistoquímica CONCLUSÃO A dificuldade de diagnóstico de GIST deve-se à sua clínica inespecífica, à raridade da doença, e ao fato de muitos casos apresentarem-se de forma assintomática. Atualmente os métodos radiológicos são insuficientes para a conclusão diagnóstica, tornando essenciais os achados ultraestruturais do tecido. Esta investigação é feita através de marcadores imuno-histopatológicos, que tornaram o manejo da doença mais preciso e eficaz, já que cerca de 95% têm expressão da proteína KIT(CD117). A maioria dos pacientes(80-85%) apresenta-se como doença localizada ao diagnóstico. Seu prognóstico é relacionado ao tamanho, atividade mitótica e sítio primário. Devido a baixa incidência e alta variabilidade em suas formas de apresentação, faz-se necessário um alto índice de suspeição, visando um diagnóstico definitivo e instituição da terapia adequada em tempo oportuno.

PALAVRAS-CHAVES: GIST | Abdome agudo perfurativo | íleo

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2729

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MEGA ESTÔMAGO SECUNDÁRIO A OBSTRUÇÃO POR NEOPLASIA DE ANTRO GÁSTRICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA), THAINÁ GONÇALVES TOLENTINO DE FIGUEIREDO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA), ANA CARLA SANTANA SANTOS (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA), MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O câncer gástrico é uma das neoplasias malignas mais comuns e apresenta alta morbimortalidade¹. O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum e tem seu prognóstico e tratamento definidos pela localização e estadiamento do tumor, que em virtude da dificuldade em estabelecer um diagnóstico precoce, implica baixos índices de tratamento curativo². O diagnóstico é quase sempre tardio e feito quando há complicações, como estenose ou hemorragia, visto que os sintomas são inespecíficos sendo encontrado também em outras doenças. RELATO DE CASO: Paciente A.M, sexo feminino, 85 anos, procurou a unidade de emergência com queixa de obstipação há 15 dias associada a distensão abdominal, vômitos em grande quantidade e parada de eliminação de flatos. Acompanhante referiu que paciente vinha evoluindo com sensação de plenitude e empachamento pós-prandial há algum tempo (não soube referir certamente), negava inapetência e não soube referir perda ponderal. Ao exame físico à admissão não apresentava sinais de resposta inflamatória, o abdome estava globoso, distendido, hipertimpanico e indolor. Ao toque retal, ampola vazia. Realizada tomografia computadorizada de abdome que revelou espessamento da parede pilórica/bulbo duodenal estenosando significativamente sua luz e promovendo extensa dilatação do estômago avançando até o hipogástrico com conteúdo de resíduos alimentares. A paciente foi conduzida ao centro cirúrgico para realização de uma laparotomia exploradora. Ao inventário da cavidade notou-se a presença de tumoração gástrica em região de antro/piloro. Fígado sem implantes, ausência de carcinomatose peritoneal ou outras lesões. Realizada uma gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II. Enviada a peça para estudo anatomopatológico com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico. A paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva após o procedimento cirúrgico, recebendo alta hospitalar no décimo segundo dia de internação. Vem sendo acompanhada ambulatorialmente, sem queixas. CONCLUSÃO: O adenocarcinoma gástrico é uma neoplasia maligna muito prevalente em nosso meio e em virtude da inespecificidade dos sintomas são geralmente diagnosticados quando há complicações. Pacientes com obstrução por neoplasia gástrica mais frequentemente apresentam-se com queixas de dor epigástrica, pirose, anemia e perda de ponderal. Relatamos caso de paciente com sintoma atípicos, revelando crescimento indolente da neoplasia com conseqüente dilatação gástrica vultuosa.

PALAVRAS-CHAVES: Megaestômago | Neoplasia gástrica | Obstrução pilórica

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2746

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CÂNCER GÁSTRICO AVANÇADO COM LESÃO PANCREÁTICA ASSOCIADA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (OPHIR LOYOLA), LEANDRO DE SOUSA COELHO (OPHIR LOYOLA), NATALIE ALMEIDA SILVA (OPHIR LOYOLA), FABIO ALVES MORIKAWA CALDEIRA (OPHIR LOYOLA), VICTOR DE FREITAS FERREIRA (OPHIR LOYOLA), HIGOR LUCIANO SERIQUE GATO LEITE (OPHIR LOYOLA), LARA BEATRIX SNIJDERS RIZZI ROGERIO (OPHIR LOYOLA), ERIKA SILVA SPESSIRITS (OPHIR LOYOLA), PEDRO AUGUSTO BISI DOS SANTOS FO. (OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O câncer gástrico é a segunda neoplasia maligna mais comum no mundo, terceira e quinta neoplasia mais frequente para o sexo masculino e feminino. Os sintomas não são específicos, o que dificulta o diagnóstico precoce. Sintomas como massa palpável em abdome superior, hepatomegalia e linfonomegalias já sugerem doença avançada, com presença de metástase à distância. A ressecção completa do tumor gástrico com margens cirúrgicas livres e a linfadenectomia à D2 permanecem como a única chance de cura para os pacientes com câncer gástrico. RELATO DE CASO: E.M.P.C, sexo feminino, 48 anos, residente em Bélem-PA, referindo plenitude gástrica e náuseas há 6 meses com uso de sintomáticos sem melhora. Há 2 meses o quadro evoluiu com epigastralgia associada à melena e perda ponderal 4kg. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciando lesão ulcerada de 4cm com superfície lobulada friável e sangrante no corpo gástrico com histopatológico de adenocarcinoma pouco diferenciado grau III ulcerado. Paciente foi internada sendo para procedimento cirúrgico sendo evidenciado no intra-operatório tumor infiltrando corpo e cauda pancreática, sendo assim submetida à gastrectomia total com pancreatectomia corpo-caudal mais linfadenectomia D2, esplectomia, colecistectomia e reconstrução em Y de Roux. Paciente evoluindo satisfatoriamente no pós-intraoperatório, sem queixas álgicas, redução gradativa dos drenos abdominais e já aceitando dieta líquida via oral. CONCLUSÃO: A alta morbimortalidade desta casuística é devido à presença de doença avançada ao diagnóstico, havendo necessidade de ressecções multiorgânicas. A cirurgia é o tratamento principal, porém isolada é insuficiente para se atingir sobrevida longa em doença avançada.

PALAVRAS-CHAVES: Estômago | Câncer Gástrico | Oncologia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2753

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANGIODISPLASIA DE INTESTINO DELGADO: UMA CAUSA INCOMUM DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO SILVA SOARES (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN), VANESSA DA SILVA AZAMBUJA RIBEIRO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN), NATALIA GOMES CARDOSO E SILVA (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN), HELIO MACHADO VIEIRA JUNIOR (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN)

RESUMO: Objetivo: Demonstrar as características importantes das angiodisplasias, com foco no acometimento do intestino delgado, e atentar para a possibilidade de ocorrência desta condição incomum, a fim de promover o diagnóstico precoce e um tratamento eficaz. Métodos: Relato de caso de uma paciente, Q.A.N., 50 anos, portadora de hepatite autoimune e cirrose biliar primária, admitida no Hospital Israelita Albert Sabin apresentando enterorragia de grande monta, melena, dor abdominal difusa, náuseas e episódios de calafrios. A Angiotomografia de abdome total evidenciou imagem vascular serpiginosa, sugestiva de angiodisplasia, em topografia ileal. A lesão não apresentou expressão arteriográfica e foi optado pelo tratamento cirúrgico. Resultados: A paciente foi submetida à Enterectomia segmentar com enteroanastomose látero-lateral sem intercorrências. Evoluiu com hipotensão e oligúria no pós-operatório imediato e foi mantida em Unidade de Terapia Intensiva por dois dias apresentando melhora clínica. No quarto dia de pós-operatório, apresentou taquipnéia e taquicardia supraventricular sem instabilidade hemodinâmica associadas à náusea, êmese e dor abdominal difusa sem irritação peritoneal. Foram realizados novos exames de imagem e a paciente foi transferida para unidade fechada para suporte clínico intensivo com ajuste do esquema de antibioticoterapia. Apresentou boa evolução, com melhora total da enterorragia e recebeu alta hospitalar no décimo dia de pós-operatório. No período de quatro meses após a cirurgia, não houve recidiva do sangramento. Conclusão: A angiodisplasia do trato gastrointestinal é uma condição rara, porém importante, podendo causar morbidade significativa e mortalidade. É a malformação vascular adquirida mais comum do tubo digestivo e a principal causa de hemorragia do intestino delgado em indivíduos idosos. Os avanços nas técnicas diagnósticas e terapêuticas têm levado a melhores resultados. A escolha do tratamento deve ser individualizada, dependendo da forma de apresentação da hemorragia, do número e localização das lesões, da condição clínica e comorbidades do paciente e da resposta a tratamentos prévios.

PALAVRAS-CHAVES: angiodisplasia | intestino delgado | hemorragia digestiva

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2761

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÚLCERA PÉPTICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JÚLIA CYRÍACO (UNIRG), MESSIAS FROES DA SILVA JUNIOR (UNIRG), BRUNA BERNARDES VIEIRA MAIA (UNIRG), CONRADO ANTONIO VASSELAI (UNIRG)

RESUMO: Introdução: A Doença Ulcerosa Péptica surge do desequilíbrio entre os mecanismos orgânicos de defesa e os fatores de agressão da mucosa gastroduodenal. A infecção pelo *Helicobacter pylori* e o uso de fármacos anti-inflamatórios (AINE) são os principais agentes causadores. Dentre as complicações, a perfuração ocupa o primeiro lugar dentre as causas de óbito. O advento de antibioticoterapia para o *H. pylori* e o uso de bloqueadores de bombas de prótons, tornou o tratamento clínico, o de primeira escolha; restringindo indicações cirúrgicas à refratariedade clínica e/ou endoscópica, úlceras perfuradas e úlceras sangrantes. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas são: reconstrução em Y de Roux, Billroth I e Billroth II. Relato de Caso: Paciente MLS, 46 anos. Queixa de hematêmese há 01 dia. Tem diagnóstico prévio de úlcera gástrica. Foi internado e fornecido tratamento de suporte, e então, estabilizado. À internação apresentava Hb: 8,7g/dL, Ht: 25,1%. Realizou endoscopia digestiva alta a qual indicou gastrite endoscópica enantemática leve de antro e úlcera gástrica do tipo Forrest IIa, logo procedeu-se tratamento endoscópico associada a transfusão sanguínea. No dia seguinte evoluiu com Hb: 9,9g/dL, porém apresentou episódios de melena acompanhada de hipotensão 90x50mmHg e nova queda hematócritica com Hb: 6,2g/dL, Ht: 19,9%. Indicada a cirurgia, na qual realizou gastrectomia subtotal, Billroth 2 associada à anastomose em alça de Braun + vagotomia troncular + sonda nasoenteral. No pós-operatório imediato recebeu transfusão de hemácia, iniciou dieta enteral a partir do terceiro pós-operatório, e alimentação oral no sexto dia, após teste de azul de metileno, sua alta hospitalar ocorreu oitavo dia pós-operatório. Conclusão: Hemorragia digestiva aguda é uma condição clínica comum em prontos-socorros. Sua abordagem inicial deve ser voltada para as condições hemodinâmicas. A endoscopia é o procedimento de escolha para o diagnóstico e terapêutica iniciais, no entanto uma equipe multidisciplinar deve acompanhar o caso, sendo imprescindível a participação do cirurgião nos casos refratários.

PALAVRAS-CHAVES: Úlcera péptica | Úlcera perfurada | Úlcera sangrante

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2789

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome Cronkhite-Canada. Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO DE MORAES CORDTS FILHO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), JOYCE FRANCISCO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), GIULIA GALFANO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), MARIA CAROLINA DE SIMONE (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), RAFAEL ROSALINO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), GABRIEL PACHECO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), ELIAS JIRJOSS ILIAS (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), PAULO KASSAB (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: A síndrome de Cronkhite-Canada consiste na presença de pólipos hamartomatosos no trato gastrointestinal, exceto no esôfago. Trata-se de uma doença não hereditária e associada a distrofia ungueal, alopecia, hiperpigmentação cutânea, diarreia e perda de peso. Objetivo: descrever um caso da Síndrome de Cronkhite-Canada. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 52 anos com quadro de dor epigástrica, anemia e diversos episódios de hematêmese e melena, associados a perda de 23kg nos últimos dois anos. Realizou diversas avaliações por endoscopia digestiva alta que evidenciaram numerosos tumores vegetantes no estômago de aspecto de cachos de uva, cujas biópsias não mostraram malignidade. Realizada enteroscopia de balão duplo, sem sinais de tumor em intestino delgado. Considerada a hipótese de Síndrome de Cronkhite-Canada, foi proposta a realização de Gastrectomia total com reconstrução por técnica de Rosanov modificada, para preservar o acesso endoscópico ao duodeno, permitindo a identificação de novos tumores. No pós-operatório o paciente apresentou taquiarritmia supraventricular revertida espontaneamente, recebendo alta no 9o dia. A peça anatômica evidenciou extensa área com polipose hamartomatosa no estômago, confirmada na avaliação anátomo-patológica. Discussão: A incidência da Síndrome de Cronkhite-Canada é rara, com cerca de 450 casos descritos na literatura. O diagnóstico é baseado nos achados clínicos e endoscópicos.

PALAVRAS-CHAVES: CRNKHITE-CANADA | GASTRECTOMIA | ESTOMAGO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2809

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Ladd's Band em adultos ? Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIOVANNA RICCIOPPO DIEGUES (HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO.), NATALIA SARACENI (HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO.), LEANDRO TRAMA (HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO.), FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO (HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO.), GUSTAVO BERGAMASCHI SACCOMAM (HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO.), MARCELO PEROSA DE MIRANDA (HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO.), TERCIO GENZINI (HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO.)

RESUMO: Introdução: Má rotação intestinal congênita ou síndrome de Ladd's Band, ocorre partir da décima segunda semana de gestação, quando há uma interrupção do desenvolvimento embrionário do intestino, resultando em uma raiz mesentérica estreita e bandas peritoneais anômalas, que geralmente, causam volvo, hérnia interna ou obstrução do duodeno ou cólon (1,5). Em nosso serviço, presenciamos o caso de uma paciente com 77 anos apresentando sintomas de vômitos recorrentes e dores abdominais, sendo tratada cirurgicamente pelo procedimento de Ladd minimamente invasivo. Relato de caso: Paciente I.L., sexo feminino, de 77 anos, natural de São Paulo, descendente de alemães, procurou nosso serviço em consulta ambulatorial em janeiro de 2016, referindo que há dois meses havia apresentado dor abdominal difusa com irradiação lombar, constipação, náuseas e vômitos, procurando um serviço de pronto atendimento que fez diagnóstico de diverticulite aguda, sendo medicada com ciprofloxacino, sem melhora da dor e persistência das náuseas e vômitos. Exames laboratoriais não mostravam alterações, e tomografia computadorizada (TC) de abdômen total apresentou vício de rotação intestinal com intestino delgado ocupando o hemi-abdomen direito e os cólons o hemiabdomen esquerdo. Não havia formação do angulo de Treitz. O ceco era pélvico, com apêndice cecal situado próximo a região obturária direita, sem sinais inflamatórios agudos. Diverticulose colonica universal, sem sinais inflamatórios agudos. Paciente repetiu TC de abdômen com contraste via oral que mostrou diagnóstico compatível com Síndrome de Ladd's Band, sendo indicado laparoscopia. No intra operatório foi realizada inspeção da cavidade identificando o intestino delgado inteiro localizado no lado direito do abdome e o colón fixado nos quadrantes a esquerda, com várias aderências do duodeno ao peritônio do quadrante superior direito (tenda de Ladd), que foram desfeitas. O intestino delgado foi liberado e colocado na posição normal, sem qualquer fixação. Apendicectomia profilática também foi realizada. A paciente respondeu bem durante o pós operatório evoluindo com melhora do quadro de náuseas e dor abdominal recebendo alta em 4 dias e permanecendo assintomática num seguimento de um ano. Conclusão: A técnica laparoscópica demonstrou ser segura para tratamento da má rotação intestinal, com bom resultados pós-operatórios.

PALAVRAS-CHAVES: má rotação intestinal | procedimento de Ladd | vídeolaparoscopia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2825

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Quimioterapia ou Cirurgia como Tratamento Inicial do Linfoma Gástrico Primário? Percalços das Decisões de Tratamento Baseadas em Biópsias Endoscópicas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MILLER BRITO E SILVA (FMUSP), MARCELO MESTER (FMUSP), ANTONIO AFFONSO MIRANDA NETO (FMUSP), RAFAELA BRITO BEZERRA PINHEIRO (FMUSP), SHEILA SIQUEIRA (FMUSP), LUÍS ALBERTO LAGE (FMUSP), JULIANA PEREIRA (FMUSP), BRUNO ZILBERSTEIN (FMUSP), VENANCIO AVANCINI ALVES (FMUSP), IVAN CECCONELLO (FMUSP)

RESUMO: Quimioterapia ou Cirurgia como Tratamento Inicial do Linfoma Gástrico Primário? Percalços das Decisões de Tratamento Baseadas em Biópsias Endoscópicas Mester M, Brito e Silva MB, Miranda Neto AA, Zilberstein B, Siqueira S, Pinheiro R, Lage LA, Pereira J, Sakai P, Avancini Alves V, Hoff PG, Ceconello I Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Disciplina de Oncologia Clínica, Disciplina de Hematologia, Departamento de Patologia, Hospital das Clínicas e ICESP, Faculdade de Medicina da USP Introdução A quimioterapia tornou-se o tratamento inicial de eleição para o linfoma gástrico primário (LGP). Entretanto, esta decisão irá basear-se, por definição, no diagnóstico proveniente de coletas endoscópicas, e de estadiamento não-cirúrgico. Relatamos aqui um caso de LGP avançado de fundo gástrico e cardia (Siewert III) estadiado e operado como adenocarcinoma. Dados relativos ao diagnóstico e estadiamento bem como seus efeitos na decisão final do tratamento são aqui apresentadas e discutidas. Relato de Caso Paciente masculino de 55 anos de idade com epigastralgia e emagrecimento teve diagnóstico endoscópico de lesão úlcero-infiltrativa de cardia e grande curvatura gástrica, de limites imprecisos (Siewert III). A biópsia endoscópica revelou adenocarcinoma pouco diferenciado com distorção glandular. PET-TC-FDG18 foi positivo para massa fúndica de 6 cm (em grande e pequena curvaturas) extensiva à cardia (SUVmax: 16,0). Não havia imagem de linfonodos acometidos. Foi indicada cirurgia radical de intenção curativa (gastrectomia total + reconstrução em Y de Roux + linfadenectomia a D2), realizada com sucesso. O paciente evoluiu sem complicações obtendo alta. O exame anátomo-patológico da peça cirúrgica revelou LGP difuso de grandes células CD20+ (DLBCL) invasivo à muscular própria com 0/59 linfonodos positivos (estádio de Lugano IE). O paciente encontra-se assintomático e em remissão completa após 4 ciclos de R-CHOP. Conclusão Este caso ilustra alguns dos percalços do diagnóstico e estadiamento do LGP nos tratamentos não-cirúrgicos. A possibilidade de mudança do diagnóstico final pode ocorrer em casos de lesões limítrofes quando provenientes de biópsias endoscópicas com possível viés de colheita. A cirurgia além de ainda ser tratamento curativo para o LGP, poderá sempre permitir diagnóstico e estadiamento mais acurados. Este fato deverá ser sempre considerado nos protocolos de tratamento do LGP visando a conservação do estômago.

PALAVRAS-CHAVES: Linfoma|Gástrico|Cirurgia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2826

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Recidiva local extra-gástrica de GIST gástrico com ressecção (R0) sob terapia adjuvante com mesilato de imatinib

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANTONIO AFFONSO MIRANDA NETO (FMUSP), MARCELO MESTER (FMUSP), MILLER BRITO E SILVA (FMUSP), RAFAELA BRITO BEZERRA PINHEIRO (FMUSP), SHEILA SIQUEIRA (FMUSP), OSMAR YAGI (FMUSP), BRUNO ZILBERSTEIN (FMUSP), VENANCIO AVANCINI ALVES (FMUSP), IVAN CECCONELLO (FMUSP)

RESUMO: Recidiva local extra-gástrica de GIST gástrico com ressecção (R0) sob terapia adjuvante com mesilato de imatinib Mester M, Brito e Silva MM, Miranda Neto AA, Zilberstein B, Sahade M, Yagi O, Pinheiro R, Avancini Alves V, Hoff PG, Cecconello I Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Disciplina de Oncologia Clínica, Departamento de Patologia, Hospital das Clínicas e ICESP, Faculdade de Medicina da USP Introdução Tumores estromais (GISTs) > 5 cm são comumente enviados a terapia adjuvante prolongada com mesilato de imatinib. Relatamos uma caso de recidiva local extra-gástrica sob terapia adjuvante com imatinib. Relato do Caso Paciente masculino de 49 anos de idade portador de GIST ulcerado > 5 cm de diâmetro no antro gástrico. Biópsia endoscópica: GIST epitelióide, 1 mitose/10 hpf, CD 117+, CD 34+, DOG1+, CD31-, Cromogranina-, Sinaptofisina-, AE1/AE3-, CD20-, CD3-, 35BH11-, Ki67 20%. TC de abdomen mostrou massa exofítica de 8 cm compatível com GIST. Foi submetido a gastrectomia parcial + Y-de-roux. Peça cirúrgica: GIST de celularidade mista, pT3N0Mx, 8 x 6.5 cm, alto grau, 36 mitoses/50 hpf, invasão vascular presente. Margens proximal (7 cm), distal e laterais livres. O paciente foi tratado com mesilato de imatinib adjuvante, 400 mg/dia. Após 2 anos, recidiva próxima à anastomose foi vista à TC. O paciente foi reoperado, e uma massa externa ao coto gástrico junto à anastomose, de 2,5 cm, foi ressecada, e a anastomose refeita. AP: GIST epitelióide, 2,5 cm f, alto grau, 26 mitoses/20 hpf, no tecido adiposo perigástrico sem invasão da parede gástrica ou anastomose. O paciente está assintomático e sem recidiva, sob imatinib adjuvante. Conclusão: Este caso ilustra os percalços de obter-se remissão completa de GISTs gástricos avançados, grandes, e de alto grau. É necessário buscar-se outros parâmetros clínico-patológicos (incluindo marcadores moleculares), bem como outros protocolos de tratamento, para que se obtenham melhores resultados no tratamento destas lesões.

PALAVRAS-CHAVES: GIST | Estômago | Cirurgia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2828

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfuração ileocecal em Tuberculose

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ MAURÍCIO CALDEIRA FILHO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), ANDREIA AUGUSTA FURUKAWA OKUDA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), MARIA FERNANDA MARTINELLI TRABULSI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A tuberculose intestinal é rara, causada por *Mycobacterium tuberculosis* ou *M. bovis*. O segmento ileocecal é o mais acometido, por possuir grande concentração de tecido linfóide e alto grau de absorção com estase intestinal. Suas formas anatomopatológicas são: ulcerativa, hipertrófica ou mista. A doença pode evoluir com processo ulcerativo que pode sangrar, perfurar ou formar fístula ou ainda produzir uma reação hiperplásica, causando obstrução ou apresentar-se como uma massa abdominal. O tratamento clínico geralmente cura a tuberculose de qualquer região, exceto sistema nervoso central. O tratamento cirúrgico, realizado em casos em que o diagnóstico de tuberculose não está bem estabelecido. Quando ocorre perfuração, é realizada cirurgia de emergência.**RELATO DE CASO:** Paciente IGO, 54 anos, admitido em internação para clínica médica com quadro de dor abdominal associado a hipotensão, hipotermia, astenia e edema de membros inferiores. Submetido a radiografia de torax evidenciando infiltrado pulmonar difuso e pneumoperitônio. Colhido exames laboratoriais, primeira amostra de BK no escarro e solicitado avaliação da equipe de cirurgia geral. Paciente evoluiu com piora clínica, descorado, hipotenso, emagrecido. Abdome flácido, doloroso a palpação difusa, descompressão brusca negativa, sendo indicado laparotomia exploradora (L.E.). L.E. evidenciando grande quantidade de líquido seroso na cavidade (colhido material para cultura e antibiograma), múltiplas áreas de necrose em íleo e jejuno e aumento dos linfonodos em mesentério. Realizada ressecção de áreas necróticas com enterectomia segmentar e enterorrafia com prolene 4-0. BAAR líquido abdominal: negativo. Cultura positiva para *Candida* sp. Patologia evidenciando tuberculose intestinal padrão ulcerativa. Paciente evoluiu com piora no estado geral no pós-operatório. Sendo reoperado por fístula evoluindo para óbito no sexto pós-operatório. **CONCLUSÃO:** A tuberculose é um problema de saúde pública. Sua apresentação intestinal é rara e inespecífica, podendo cursar com complicações agudas que necessitam de tratamento cirúrgico de urgência.

PALAVRAS-CHAVES: Perfuração ileocecal | Tuberculose intestinal | *Mycobacterium*

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2856

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GIST de Intestino Delgado: relato de um caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUIS GUSTAVO CAVALCANTE REINALDO (HGV - TERESINA - PI), VINICIUS DE OLIVEIRA FERRO (UESPI), JOÃO LISBOA DE FLORES NETO (UFPI), ELIO RODRIGUES DA SILVA (UFPI), MOÍSES FRANCO AMORIM VIEIRA SÁ (UESPI), ANDRESSA MARIA CIPRIANO LEAL (UESPI)

RESUMO: Introdução O tumor de células estromais gastrointestinais (GIST) é uma rara neoplasia do trato gastrointestinal correspondendo a 1%-2% dos tumores da região. A maioria se desenvolve no estômago (50%-60%) e intestino delgado (30%-40%). Apenas 5% a 10% surgem no cólon e reto. Outras localizações menos comuns ocorrem fora do trato gastrointestinal. Relato de caso Paciente, 37 anos, masculino, negro, agricultor, admitido na enfermaria da cirurgia geral referindo plenitude pós-prandial associada a aumento do volume e percepção de massa abdominal há um mês. Ao exame físico estava em bom estado geral, normocorado, eutrófico. Apresentava abdômen flácido, com ruídos hidroaéreos e massa em hipogástrio de aproximadamente 10 cm de extensão por 6 cm de largura, fixa, indolor, sem sinais flogísticos. O paciente trazia ultrassom de abdome que evidenciava lesão heterogênea em hipogástrio. Foi internado para investigação e submetido à ressonância de abdome que evidenciou presença de lesão expansiva heterogênea, bem delimitada de 13,6 cm de extensão por 11,7 cm de largura e 7,5 cm em seu diâmetro anteroposterior, com epicentro em região meso/hipogástrica e áreas hemorrágicas de permeio. A lesão rechaçava alças intestinais e comprimia a parte superior da bexiga, o ureter direito (causando hidronefrose) e o retossigmoíde. Optou-se pela ressecção por laparotomia exploradora. Durante a mesma, a massa foi ressecada, sem danos, o que exigiu a retirada de 40 cm de intestino delgado seguida de êntero-êntero anastomose término-terminal. O procedimento ocorreu sem intercorrências e no 3º dia de pós-operatório o paciente teve alta com orientação de acompanhamento. O laudo histopatológico da exérese revelou que o tumor era do tipo GIST. Conclusão O reconhecimento das várias formas de apresentação clínica do GIST é fundamental, afim de que se possa diagnosticar precocemente o tumor e dessa forma ofertar tratamento mais conservador, com menor morbidade e de maior cura para o paciente. Bibliografia 1. Soreide K., Sandvik O. M., Soreide J. A. Global epidemiology of gastrointestinal stromal tumours (GIST): A systematic review of population-based cohort studies. The International Journal of Cancer Epidemiology, Detection and Prevention. vol. 40 2016. 2. Takeshi Nagai, Kazumitsu Ueda, Hiroyuki Hakoda. Primary gastrointestinal stromal tumor of the liver: A case report and review of the literature. Surgical Case Reports. vol. 2 2016.

PALAVRAS-CHAVES: GIST|Tumor de TGI|Tumor de células estromais gastrointestinais

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2857

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PÂNCREAS ECTÓPICO EM ESTÔMAGO MIMETIZANDO GIST: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOHN THIERRY MARQUES DE JESUS (FTC), MARCUS DE ALMEIDA CORREIA LIMA (FTC), WAGNER LUIZ LORA FILHO (FTC), PAULA ARAÚJO AUAD (FTC), FERNANDA SILVA CAMPOS (EBMSP), CARLA VIEIRA STRAUCH (FTC), MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (UNIFACS)

RESUMO: Introdução: Dentre os tumores mesenquimais os GISTs são os mais comuns no trato gastrointestinal, possuem morfologia característica e geralmente são ativados através de mutações nos genes KIT ou PDGFRA. Já os tumores neuroendócrinos gástricos são uma forma rara de tumores advindos das células enterocromafins (ECL) gástricas, sendo mais frequentes em pacientes do sexo feminino e acima dos sessenta anos. O pâncreas ectópico é definido como uma alteração congênita, de causa ainda não bem definida, na qual o tecido pancreático é encontrado fora do pâncreas, não havendo nenhum tipo de comunicação anatômica, vascular ou neural entre o tecido ectópico e o órgão propriamente dito. Por se tratar de uma alteração congênita geralmente assintomática, o pâncreas ectópico é normalmente diagnosticado durante necrópsias. Estima-se que cerca de 75% dos pâncreas ectópicos estão localizados no estômago, duodeno e jejuno. Os quadros de pâncreas ectópico podem complicar-se por conta de inflamações, sangramento, obstrução ou malignização do tecido. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 42 anos, com queixa de epigastralgia e náuseas há 4 anos. Após realização de endoscopia digestiva alta (EDA) foi observada lesão nodular na camada muscular própria em posição antro-pilórica, sendo então levantadas suspeitas de tumor gastrointestinal de células estromais e tumor neuroendócrino. A paciente foi submetida a gastrectomia parcial com gastroenteroanastomose em Y de Roux?, tendo evoluído sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 3º dia pós-operatório. A imunohistoquímica afastou GIST e a anatomia patológica constatou pâncreas ectópico. Conclusão: O GIST é o tumor mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal, enquanto o adenocarcinoma representa a neoplasia maligna mais frequente. O pâncreas ectópico porém, além de não ser tão comum e geralmente ser assintomático, deve ser incluído no diagnóstico diferencial das tumorações gástricas, como vimos no relato acima.

PALAVRAS-CHAVES: GIST | Pâncreas ectópico | Estômago

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2888

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Diverticulite jejunal: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA MARSICO DO COUTO TEIXEIRA (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), ELIZABETH MADRIAGA BITTENCOURT (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), RENATO DE MEDINA COELI (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), ALINE TIEMI KANO SILVA (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), AFRA ROANA SIQUEIRA DE CASTRO (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), LEANDRO ADAMI VASQUES (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), MATHEUS SILVA DE SOUZA BERÇOT (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A diverticulose de jejuno é considerada uma doença rara. Sua incidência varia entre 1 a 2%, sendo mais frequente em homens (2:1) e a prevalência aumenta com a idade, ocorrendo principalmente na 6ª e 7ª décadas de vida. Provavelmente ocorre devido a uma disfunção da musculatura lisa ou do plexo mioentérico, podendo ser congênita ou adquirida. Podem coexistir com divertículos de cólon, duodeno, esôfago e estômago. Normalmente o paciente é assintomático e o diagnóstico é feito incidentalmente. Quando sintomáticos, os principais achados crônicos são: dor abdominal, plenitude pós-prandial, náuseas, vômitos, diarreia e hemorragia digestiva baixa e as complicações agudas são: diverticulite, hemorragia digestiva volumosa e obstrução intestinal. **RELATO DE CASO:** Paciente do gênero masculino, 42 anos, procurou a emergência do Hospital Federal Cardoso Fontes em junho de 2016, com quadro de dor abdominal há 2 dias, acompanhada de náuseas e vômitos. Ao exame: irritação peritoneal, leucocitose e PCR: 13,15. Rotina de abdome agudo com pneumoperitônio. TC de abdome com pneumoperitônio e moderada quantidade de líquido livre peritoneal. Foi submetido à laparotomia exploradora que evidenciou múltiplos divertículos jejunais (até 80 cm do ângulo de Treitz), com área hiperemiada, recoberta por fibrina. Mesentério infiltrado em toda extensão e estendendo-se até a serosa do jejuno e íleo. Realizado lavagem e drenagem da cavidade e antibioticoterapia com ciprofloxacino e metronidazol. Foi realizada investigação de doença inflamatória intestinal, devido ao padrão característico observado durante a cirurgia. Colonoscopia: Ileíte terminal inespecífica. ASCA com resultado indeterminado (valor limítrofe). **CONCLUSÃO:** Apesar de pouco frequente, a diverticulite jejunal deve ser considerada como diagnóstico diferencial nos quadros de abdome agudo. Muitas vezes o diagnóstico pode ser feito por TC, no entanto, no presente caso não foi possível visualizar os divertículos por esse método, sendo indispensável a exploração cirúrgica. Embora em todos os relatos encontrados na literatura tenha sido realizada ressecção do segmento acometido, neste caso optou-se por tratamento conservador, devido à extensa área acometida e à proximidade do ângulo de Treitz, ademais, o jejuno encontrava-se hiperemiado e com meso infiltrado, configurando risco à anastomose. Não há ligação estabelecida entre diverticulose de jejuno e Doença de Crohn, porém, tal associação não pode ser descartada neste caso.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo jejunal | Diverticulite | Abdome agudo

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2903

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor Carcinóide do Apêndice Cecal: Incidência em Dois Anos em Hospitais da Região Sul do Distrito Federal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO KOUZAK MAYER (HRG), RENATO MOREIRA SOUTO (HRG), HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE (HRG), PRISCILA LONGONI (HRG), KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HRG), GABRIEL BROM ANDRADE (HRG), VINICIUS ALVES FONSECA (HRG), JOSÉ HENRIQUE MEZZETH FILIPPI (HRG)

RESUMO: Objetivo:As neoplasias malignas primárias do apêndice cecal são raras e dificilmente diagnosticadas do período pré-operatório, podendo se apresentar como tumores carcinóides, a maioria, com incidência de 66 a 85%; adenocarcinomas ou adenocarcinóides. Este estudo teve como objetivo analisar uma série de casos de tumores carcinóides de apêndice cecal tratados nos Serviços de Cirurgia Geral do Hospital Regional do Gama e do Hospital Regional de Santa Maria, descrevendo a conduta adotada em cada caso. Métodos:Análise retrospectiva dos estudos anatomopatológicos de todas as apendicectomias realizadas entre maio de 2014 e maio de 2016 nos hospitais citados, sendo os dados obtidos pelos anatomopatológicos realizados no Núcleo de Citopatologia e Anatomia Patológica (NUCAP). Resultado:No período, foram realizadas 830 apendicectomias nos dois hospitais, sendo que 815 anatomopatológicos foram feitos no NUCAP e incluídos no estudo. Deste total, foram identificados 3 pacientes com tumor carcinóide de apêndice cecal, o que corresponde a 0,0037% de todas as apendicectomias realizadas. Todos foram operados devido a quadro de apendicite aguda, nenhum apresentou sintomas característicos de Síndrome Carcinóide. 2 pacientes (66%) eram do sexo feminino e 1 (33%) masculino, sendo o masculino de 40 anos e ou outros de 20 e 15 anos. A paciente de 20 anos teve margem cecal comprometida e foi submetida a colectomia direita em segundo tempo, sem recidiva no tempo de seguimento de 16 meses. Os outros dois apresentaram ressecção R0 com apendicectomia simples, sem recidiva com 14 e 5 meses de seguimento. Nenhum apresentou comprometimento linfonodal. Conclusão:Os tumores carcinóides de apêndice cecal são relativamente raros e de bom prognóstico. Com aumento das apendicectomias por laparoscopia, sua suspeição intraoperatória é reduzida devido a perda do tato, enfatizando a grande importância da avaliação anatomopatológica. Apesar de sua baixa incidência seu conhecimento é de suma importância para o adequado manejo desta patologia pelo cirurgião. O tratamento realizados nos hospitais estudados está em conformidade com a literatura. Bibliografia:NETO, I. J. F. C, et. al. Carcinoid tumor of cecal appendix: one-year incidence at the Santa Marcelina Hospital. J Coloproctol. V. 34, n.4, p.245-249, 2014. SUÁREZ-GRAU, J. M, et. al. Tumores carcinoides apendiculares. Evaluación de los resultados a largo plazo em um hospital de tercer nível. Cir Cir. V.82, n.2, p.142-149, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinóide | Neoplasia | Apêndice

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2914

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Transformação de hamartoma gigante duodenal periampular em carcinoma invasivo na síndrome de Peutz-Jeghers: desafio diagnóstico e terapêutico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO VINICIUS HORTENCES DE MATTOS (FMUSP), MARCELO MESTER (FMUSP), BRUNO ZILBERSTEIN (FMUSP), ADRIANA SAFATLE-RIBEIRO (FMUSP), VENANCIO AVANCINI ALVES (FMUSP), IVAN CECCONELLO (FMUSP)

RESUMO: Transformação de hamartoma gigante duodenal periampular em carcinoma invasivo na síndrome de Peutz-Jeghers: desafio diagnóstico e terapêutico Mattos B, Mester M, Zilberstein B, Evangelista J, Safatle-Ribeiro A, Avancini Alves V, Hoff P, Cecconello I Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Disciplina de Oncologia Clínica, Departamento de Patologia, Hospital das Clínicas e ICESP, Faculdade de Medicina da USP

INTRODUÇÃO síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) é uma síndrome autossômica dominante rara, caracterizada por múltiplos pólipos hamartomatosos no trato gastrointestinal, áreas hiperpigmentadas mucocutâneas e risco aumentado de neoplasias. Apresentamos um caso de adenoma viloso duodenal periampular transformado em adenocarcinoma numa paciente portadora de SPJ

RELATO DO CASO Paciente feminina, atualmente com 46 anos de idade, veio ao serviço há 8 anos com 7 cirurgias para SPJ desde os 6 anos de idade. Tinha pólipos intestinais e pólipos duodenal periampular de 7 cm (adenoma viloso). Por 2 anos várias ressecções endoscópicas foram feitas sem sucesso. Ecoendoscopia: minúscula infiltração submucosa preservando pâncreas. Indicada cirurgia. Feitas duodenopancreatectomia, polipectomias de intestino delgado guiadas por enteroscopia (22), e ooforectomia direita. AP: adenoCA duodenal multifocal túbulo-viloso moderadamente diferenciado em hamartoma duodenal tipo Peutz-Jeghers, pT3, invasão perineural e vascular ausentes, margens livres; 22 hamartomas de intestino delgado; cistadenoma mucinoso de ovário. Após 2 anos, massa de 3x2 cm envolvendo a artéria mesentérica superior vista à TC. PET-TC-FDG18 (SUVmax=3,8) sugeriu recidiva irresssecável. Biópsia por agulha inconclusiva. Oncologia optou por seguir. Após 3 anos, discreto aumento da massa, biópsia inconclusiva. Após 1 ano, aumento da massa (5,4x5 cm), afilamento da veia mesentérica superior, adenopatia retroperitoenal, e ascite discreta. Biópsia de implante mesenterial revelou adenoCA biliopancreático. Está sob quimioterapia (mFLOX: oxaliplatina, leucovorin e 5-fluorouracil), com carcinomatose, cerca de 7 anos após a cirurgia duodenal .

CONCLUSÃO diagnóstico precoce de transformação adenoma-carcinoma na SPJ é difícil. A região periampular duodenal é local raro de pólipos hamartomatosos, que poderão ser de difícil ressecabilidade por endoscopia exclusiva. Propomos que os pólipos adenomatosos duodenais na SPJ sofram tratamento cirúrgico se sua excisão endoscópica for inviável.

PALAVRAS-CHAVES: Peutz-Jeghers | Cirurgia | Adenocarcinoma

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2920

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Gastrite Cística Profunda (GCP) - Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAJA NABUT (PUCPR-LONDRINA), LUIS HENRIQUE ANGHEBEN (PUCPR-LONDRINA), DAMIANNE REIS BERTONSELLO (PUCPR-LONDRINA), EMANUEL GOIS JR (PUCPR-LONDRINA), HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR (PUCPR-LONDRINA), RODRIGO EIK SAHYUN (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), KELLYN CRISTINA GARBUJO SILVA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA)

RESUMO: IntroduçãoA gastrite cística profunda (GCP) é um precursor raro de tumor gástrico que ocorre mais comumente em pacientes que foram submetidos a cirurgia gástrica prévias. Essa patologia não possui sintomatologia específica e em exames de imagem este precursor de tumor imitam os de outras condições hiperproliferativas, dificultando o diagnóstico. A doença pode apresentar sintomas gastrointestinais superiores, tais como dor abdominal superior, refluxo ácido, náuseas, anorexia e até sangramento. A GPC é uma lesão benigna rara. Acredita-se que a isquemia somada à inflamação crônica, aos efeitos da cirurgia e à presença de material de sutura pode ter um papel importante na patogênese da GCP, porém o principal fator predisponente são as cirurgias gástricas prévias. Com a perda da integridade da muscular da mucosa pode ocorrer a migração de células epiteliais para a submucosa com subsequente gastrite atrófica, metaplasia intestinal e dilatação cística das glândulas gástricas. Assim, a GCP pode ser um precursor para o câncer de estomagoRelato de CasoM.S, masculino, 58 anos, encaminhado para o serviço de cirurgia do aparelho digestivo no Hospital do Cancer de Londrina por tumor de fundo gástrico. O paciente havia sido submetido a endoscopia digestiva por queixas dispépticas vagas. O exame mostrou lesões submucosas de fundo gástrico com suspeita de GIST. Não foi realizado Ultrassonografia endoscópica pois o único profissional que realiza tal exame estava de férias. O paciente foi submetido a laparotomia com gastrectomia polar. A exploração da peca cirúrgica mostrou tratar-se de uma lesão cística com conteúdo mucoide. O anatomo-patológico mostrou gastrite cística profunda. Foi instituído tratamento com inibidor de bomba de prótons com melhora dos sintomas. A evolução é de 1 ano e o paciente esta sem queixas.ConclusãoA gastrite cística profunda e uma patologia pouco frequente, considera-se pré-cancerosa com necessidade de tratamento e acompanhamento para evitar uma evolução desfavorável. O aspecto macroscópico pode ser confundido com outras lesões malignas. Exames complementares podem ajudar a pensar nesta patologia: a tomografia computadorizada de abdômen e a ultrassonografia endoscópica mostram se tratar de lesões císticas. O tratamento consiste basicamente no tratamento da gastrite e em alguns casos a necessidade de tratamento cirúrgico. Em via de regra a evolução é favorável e o controle endoscópico se faz necessário.

PALAVRAS-CHAVES: Gastrite Cística Profunda | câncer de estomago | cirurgia gástrica

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2930

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Úlcera Péptica Refratária

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VICTOR REMBRANT CAMPOS LICARIÃO (CENTRO UNIVERSITÁRIO NILTON LINS), TIAGO WAGNER DA SILVA PORTELA (CENTRO UNIVERSITÁRIO NILTON LINS), GABRIELA FERREIRA CORREA (FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE), ELAINE CRISTINA MARINHO DA FONSECA (FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE), RODOLFO PORTO REGO (FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE), CLEUCIVAN BASTOS DE OLIVEIRA (FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE), SANDRO PINHEIRO PESSOA COELHO (FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE), CAROLINA VERTEMATI CAVALIERI (FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE)

RESUMO: IntroduçãoA Úlcera Péptica, responsável por 45% de todas as hemorragias digestivas altas (HDA), consiste em uma descontinuidade na mucosa gastroduodenal com diâmetro igual ou superior a 0,5 cm e que penetra profundamente na parede do tubo digestivo. A colonização pelo *H. pylori*, uso contínuo de AINE e tabagismo são considerados facilitadores ao seu desenvolvimento. ObjetivoRelatar caso clínico de HDA refratária no Hospital e Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado, Manaus-AM. Relato de CasoPaciente H.T., masculino, 68 anos, tabagista 20 maços/ano, com episódios prévios de HDA, devido a novo episódio de hematêmese foi submetido à endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou: úlcera gástrica de 3cm, na pequena curvatura do corpo, Classificação Bormann 2, Forrest 2b; lesão cicatricial esbranquiçada na convergência de pregas antral pré-pilóricas; múltiplas erosões em bulbo duodenal elevadas recobertas por fibrina e maiores que 5mm compatíveis com duodenite erosiva. No 5 dia de internação hospitalar (DIH) evoluiu com hematêmese volumosa e instabilidade hemodinâmica sendo abordado clinicamente com transfusão de hemoconcentrados, inibidor de bomba de prótons e cuidados intensivos.No 9DIH teve queda substancial da série vermelha Hb:5.3; HCT:16.4. Nova EDA identificou lesão ulcerada na pequena curvatura gástrica de 1.6cm com vaso visível vermelho com 0.6cm e pulsação arterial (Forrest 2a). Devido falha da terapia endoscópica, recebeu transfusão de 05 concentrados de hemácias e foi submetido a procedimento cirúrgico de emergência, realizando-se vagotomia troncular com antrectomia estendida e reconstrução a Billroth I. Foi encaminhado à UTI no pós-operatório imediato onde permaneceu até o 5PO, recebendo alta hospitalar no 7o PO com melhora clínicolaboratorial, estabilidade da série vermelha e biópsia sem evidências de malignidade.ConclusãoA técnica cirúrgica adotada no presente caso, de úlcera péptica sangrante refratária à terapia endoscópica, é considerada a melhor escolha para úlceras de pequena curvatura gástrica com acometimento da região antral e duodenal por ser uma cirurgia com baixa taxa de recidivas e bom prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Úlcera duodenal|Obstrução intestinal|Síndrome pilórica

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2936

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO APARELHO DIGESTIVO REALIZADOS ENTRE 2012 E 2015 NA PARAÍBA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IRLA ANDRADE DANTAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA), RENATA LIMA MEDEIROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), DAVI LIMA MEDEIROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), VINÍCIUS BEZERRA NOBRE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA)

RESUMO: Objetivo Ao compreender o perfil dos internamentos cirúrgicos do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal (AD), é possível realizar um acompanhamento adequado que reduza significativamente a morbimortalidade, economizando tempo e minimizando custos. Objetiva-se analisar o perfil dos procedimentos de cirurgia do AD nos serviços da Paraíba, entre 2012 e 2015. Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre cirurgias do AD, ocorridas em João Pessoa, Paraíba, durante o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde. Resultado Foram realizados 45.635 procedimentos, sendo os mais frequentes a colecistectomia (12.857), seguida de hernioplastia inguinal unilateral (7.467). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R\$35.283.419 sendo os procedimentos que totalizaram maiores custos a colecistectomia (R\$9.578.972,30) seguida de hernioplastia inguinal unilateral (R\$3.782.172,70). Ao total, foram 152.721 dias de internação, sendo os procedimentos com o maior número de dias de permanência dos pacientes nos serviços a colecistectomia (35.061 dias) e apendicectomia (24.906 dias). Conclusão Os procedimentos mais frequentemente realizados são os de maior custo aos cofres públicos. Ao contrário do encontrado em outras análises, foi possível identificar que um dos procedimentos com maior número de dias de internação não faz parte do grupo de maior custo. Com o conhecimento deste perfil, podem ser identificadas particularidades na distribuição quanto às demandas do serviço, que pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS no acesso aos serviços de saúde. Bibliografia LIMA, AP et al. Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos. Rev. Col. Bras. Cir, v. 43, n. 4, p. 248-253, 2016. NUNES, EC. Internações por colecistite e colelitíase no Rio Grande do Sul, triênio 2011-2013. 49f. Dissertação (Especialização em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015. PERES, RR et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados no pronto-socorro de um hospital universitario. Saúde (Santa Maria), v. 39, n. 1, p. 77-86, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia digestiva | cirurgias eletivas e de urgência | perfil epidemiológico

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2939

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS EM 2015 EM JOÃO PESSOA ? PARAÍBA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IRLA ANDRADE DANTAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA), LUIZ GUSTAVO DELGADO DUARTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE), GUSTAVO HENRIQUE MENDES DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)

RESUMO: Objetivo Trabalhos epidemiológicos sobre procedimentos cirúrgicos realizados em uma determinada região tem importância evidente quando observa-se que esta é a forma mais eficiente de melhorar a qualidade dos serviços, mediante a demanda, e diminuir custos. Objetiva-se analisar o perfil dos procedimentos cirúrgicos realizados em João Pessoa no ano de 2015. Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre os procedimentos cirúrgicos realizados em João Pessoa, Paraíba, durante o período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde. Resultados Foram realizados 34.253 procedimentos, sendo os mais frequentes as cirurgias obstétricas (7.084), seguida das cirurgias do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal (5.527). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R\$61.642.779,12, sendo os procedimentos cirúrgicos que totalizaram maior custo as cirurgias classificadas como "outras cirurgias" (R\$16.377.347,68), seguida de cirurgias do aparelho circulatório (R\$15.878.848,88). Os procedimentos que resultaram em um maior número de dias de permanência dos pacientes no serviço foram cirurgias do sistema osteomuscular (44.678) e outras cirurgias (31.641). Conclusões O conhecimento do perfil de prevalência dos procedimentos e dos gastos relativos aos mesmos nos serviços deste município identifica as particularidades na distribuição quanto às demandas dos serviços, o que pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS no acesso aos serviços de saúde. Bibliografia ARAGÃO, JA et al. O perfil epidemiológico dos pacientes com cardiopatias congênitas submetidos à cirurgia no Hospital do Coração. Rev Bras Cien da Saúde, v. 17, n. 3, p. 263-268, 2013. COSTA, VN et al. Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a cirurgias em um hospital público. Rev Enfer UFPI, v. 3, n. 1, p. 4-9, 2014. DORDETTO, PR et al. Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: caracterização sociodemográfica, perfil clínico-epidemiológico e complicações. Rev Fac de Cien Med de Soroc, v. 18, n. 3, p. 144-149, 2016.

PALAVRAS-CHAVES: procedimentos cirúrgicos | perfil epidemiológico | gastos públicos

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2953

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DAS CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL ELETIVAS E DE URGÊNCIA REALIZADAS ENTRE 2012 E 2015 EM JOÃO PESSOA ? PARAÍBA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), IRLA ANDRADE DANTAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), GUSTAVO HENRIQUE MENDES DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), LUIZ GUSTAVO DELGADO DUARTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE)

RESUMO: Objetivo Compreender o perfil das cirurgias do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal (CAD), possibilitando um acompanhamento adequado que reduza a morbimortalidade, minimizando tempo e custos, através de análise do perfil das cirurgias do AD nos serviços médicos de João Pessoa, Paraíba, entre 2012 e 2015. Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre CAD, ocorridas nos serviços de João Pessoa, Paraíba, durante o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde. Resultados Foram realizados 21.645 procedimentos, classificados quanto ao caráter de atendimento: eletivo (14.431), urgência (6.862), outros tipos de acidente de trânsito (1) e outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos e físicos (351). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R\$18.083.364, sendo os procedimentos de maior custo os classificados como eletivos (R\$10.105.311), seguido dos classificados como urgência (R\$7.425.752,90). Ao total, foram 74.924 dias de internação, sendo os procedimentos com o maior número de dias de permanência dos pacientes nos serviços, os tidos como urgência (39.204), seguidos de eletivo (33.519). Conclusões A maior parte das CAD ocorridas em João Pessoa são realizadas de forma eletiva, sendo que estas trazem maiores gastos para o SUS, o que diverge com dados encontrados em outras pesquisas. Com o conhecimento deste perfil, podem ser identificadas particularidades na distribuição quanto às demandas do serviço, que pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS no acesso aos serviços de saúde. Referências FEITOSA, RGF, et al. Análise da incidência de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias oncológicas do aparelho digestivo no Hospital Geral de Fortaleza. Medicina (Ribeirão Preto), vol. 47, n. 2, p. 157-64. 2014. GERALDO, I, et al. Aspectos epidemiológicos de pacientes com lesões iatrogênicas das vias biliares. Rev. Para. Med, vol. 29, n. 2. 2015. PRADO, CBC, et al. Ocorrência e fatores associados à hipotermia no intraoperatório de cirurgias abdominais eletivas. Acta paul. Enferm, vol. 28, n. 5, p. 475-81. 2015.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgias do aparelho digestivo | gastos públicos | perfil epidemiológico

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2966

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GASTRECTOMIA SUBTOTAL PARA TRATAMENTO DE DISFAGIA EM PACIENTE COM PANCREAS ECTOPICO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THALES STEFFESON SANTOS SANTANA (STELLA MARIS), JOSE CIONGOLI (STELLA MARIS), ANDRE RICARDO VIANA MOURAO (STELLA MARIS), FABIO CESAR RODRIGO B.BENTO (STELLA MARIS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: PANCREAS ECTOPICO E UMA ANOMALIA CONGENITA POUCO INCOMUM. EM ADULTOS, OCORRE PREFERENCIALMENTE NO SEXO MASCULINO ENTRE A QUARTA E SEXTA DECADA DE VIDA, LOCALIZANDO PRINCIPALMENTE NO ESTOMAGO, DUODENO E JEJUNO EM PROPORÇÕES BEM MENORES NO ILEO E DIVERTICULOS DE MECKEL, E RARAS VEZES É ENCONTRADA NO ESOFAGO, FIGADO, VESICULA BILIAR, OMENTO, PULMOES, MEDIASTINO, TROMPAS UTERINAS E UMBIGO. A DISFAGIA É ASSOCIADA AOS SINTOMAS COMUMENTE ENCONTRADOS QUANDO A ECTOPIA SE ENCONTRA E IMPLANTADA NO ESTOMAGO. RELATO DE CASO PACIENTE JVSL, 49 ANOS, AUTONOMO, ADMITIDO EM NOSSO CONSULTORIO EM JANEIRO DE 2016 COM QUEIXA DE DOR EPIGASTRICA TIPO QUEIMACAO DE MODERADA A FORTE INTENSIDADE INICIADA HÁ 10 ANOS POREM ACENTUADA ULTIMOS 2 ANOS. CONCOMITANTE PLENITUDE POS PRANDIAL ASSOCIADO A DIFICULDADE EM GANHO DE PESO. FOI ENCAMINHADO AO NOSSO SERVICO PARA TRATAMENTO DE DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFAGICO. SOLICITAMOS INICIALMENTE ENDOSCOPIA, PH-METRIA E MANOMETRIA. ENDOSCOPIA EVIDENCIOU NA REGIAO ANTRAL, PELA GRANDE CURVATURA, LESAO ELEVADA, COM UMBILICACAO CENTRAL COMPATIVEL COM PANCREAS ECTOPICO, SENDO REALIZADO BIOPSIAS. PH-METRIA DE 24HS DESCREVENDO REFLUXO GASTROESOFAGICO EM NIVEIS PATOLOGICOS ASSOCIADO A POSICAO SUPINA E PRESENÇA DE REFLUXO SUPRA ESOFAGICO PATOLOGICO. MANOMETRIA- DENTRO DOS PADROES DA NORMALIDADE EM SEGUIDA: PARA POSSIVEIS DIAGNOSTICOS DIFERENCIAIS: RESSONANCIA ABDOMEN SUPERIOR DESCREVE A LESAO COMO POLIPO INTRAGASTRICO, NÃO DESCARTANDO POSSIBILIDADE DE NEOPLASIA GASTRICA. ECOENDOSCOPIA DESCREVENDO LESAO HIPOECOICA, IRREGULAR E HOMOGENEA, COM BORDAS ELEVADAS E UMBILICAÇÃO CENTRAL, ORIGINARIA DA CAMADA SUBMUCOSA DA GRANDE CURVATURA DE ANTRO GASTRICO, MEDINDO CERCA DE 1 CM NO SEU MAIOR EIXO. NÃO OBSERVADOS NODULOS LINFATICOS NAS CADEIAS EXAMINADAS. LESAO NÃO PASSIVEL DE PUNCAO ECOGUIADA OU RESSECCAO. BASEADO NOS SINTOMAS E CARACTERISTICAS DA LESAO FOI OPTADO GASTRECTOMIA SUBTOTAL EM Y DE ROUX POR VIDEOLAPAROSCOPIA. PACIENTE PERMANEU INTERNADO POR 7 DIAS, COM EVOLUCAO DA DIETA PARA PASTOSA, NÃO APRESENTANDO QUEIXAS. NO 30 DIA DE POS OPERATORIO PACIENTE RETORNA AO AMBULATORIO COM ALIVIO DOS SINTOMAS. CONCLUSAO: PANCREAS ECTOPICO CONSTITUI PATOLOGIA RARA QUE QUANDO SINTOMATICA INTERFEREM MUITO NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE. A ECOENDOSCOPIA TEM PAPEL FUNDAMENTAL NO DIAGNOSTICO, DESCREVENDO CARACTERISTICAS QUE AUXILIAM NO METODO TERAPEUTICO. GASTRECTOMIA SUBTOTAL ENCONTRA-SE ENTRE UM DOS METODOS DISPONIVEIS TENDO EXCELENTE RESOLUTIVIDADE NO CASO APRESENTADO.

PALAVRAS-CHAVES: GASTRECTOMIA | DISFAGIA | PANCREAS ECTOPICO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2969

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GIST GÁSTRICO APÓS TERAPIA NEOADJUVANTE COM MESILATO DE IMATINIBE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISABELA SOARES FONSECA BATISTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RENATO GOMES CAMPANATI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), FRANCISCO NOLASCO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CLARA ANTUNES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GUSTAVO GOMES GRATEKI (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), ATHOS MIRANDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JOAO BERNARDO SANCIO R. RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), SORAYA RODRIGUES DE ALMEIDA SANCHES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Introdução: O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é o tumor de origem mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal, com incidência estimada de 1-1,5 a cada 100 mil hab/ano no mundo. Apesar de a ressecção cirúrgica ser fundamental, a introdução das terapias-alvo tem revolucionado o manejo desta condição. A neoadjuvância para GISTs gástricos é de aplicação mais recente, visando operações mais conservadoras, sem diminuir, entretanto, os resultados oncológico e funcional. Caso clínico: Trata-se de paciente de 56 anos de idade, sexo feminino, com história de aumento do volume abdominal associado a desconforto epigástrico leve. Propedêutica de imagem evidenciou massa sólida e heterogênea localizada no epigástrio, medindo 23,8 x 14,2 x 25,7 cm. Ecoendoscopia revelou massa heterogênea perigástrica sugestiva de GIST, cujo resultado anatomopatológico da biópsia evidenciou neoplasia mesenquimal compatível com GIST. A paciente foi mantida em uso de imatinibe durante 4 meses. TC abdominal de controle evidenciou redução importante da massa epigástrica em relação ao exame anterior, medindo 15 x 14,3 x 8,6 cm. O medicamento foi então suspenso e a paciente foi admitida para abordagem cirúrgica eletiva. Ao inventário da cavidade peritoneal, observada volumosa massa tumoral aderida ao omento maior, vesícula biliar e lâmina posterior da bainha do músculo reto abdominal esquerdo. Realizada gastrectomia subtotal, colecistectomia e reconstrução em Y de Roux. A peça foi retirada em bloco sem ruptura tumoral e a paciente evoluiu sem maiores intercorrências no pós-operatório, com alta hospitalar no 6o dia após a operação. A análise histopatológica do material confirmou a biópsia prévia além de margens cirúrgicas livres. Os linfonodos perigástricos e a vesícula biliar não apresentaram comprometimento neoplásico. Durante o acompanhamento pós-operatório, optou-se por reintroduzir o imatinibe como terapia adjuvante com duração prevista de 3 anos, haja vista tratar-se de doença metastática com boa resposta prévia ao quimioterápico. Conclusão: O tratamento adjuvante com mesilato de imatinibe durante os primeiros 3 anos após a operação mostra-se como opção segura para casos com elevado risco de recidiva, permitindo ganho de sobrevida livre de doença e aumento da sobrevida global. De aplicação mais recente, a terapia neoadjuvante se apresenta como opção promissora para casos de tumor localmente avançado, permitindo ressecções menores e menor morbidade pós-cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: GIST | Ressecção cirúrgica | Imatinibe

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2999

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: TUMOR DESMÓIDE EM REGIÃO ILEAL APÓS COLECTOMIA DIREITA POR ADENOCARCINOMA TUBULAR INVASIVO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELA QUEIROZ (HOSPITAL ANA COSTA), AIRTON ZOGAIB RODRIGUES (HOSPITAL ANA COSTA), MESSIAS ELIAS NETO (HOSPITAL ANA COSTA), MIRELLA DE FATIMA FUKUDA (HOSPITAL ANA COSTA), FELIPE ARAUJO DE SOUZA (HOSPITAL ANA COSTA), ROBERTO MONTORO NETO (HOSPITAL ANA COSTA), GABRIELA LORENCINI (HOSPITAL ANA COSTA), ANEL JUAREZ CABALLERO (HOSPITAL ANA COSTA), VICTOR MANUEL SIMOES DOS SANTOS JUNIOR (HOSPITAL ANA COSTA), JANAYNA THAINÁ RABELATO (HOSPITAL ANA COSTA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Tumores desmóides são descritos como uma rara proliferação fibroblástica monoclonal caracterizado por uma variável e, frequentemente, imprevisível manifestação clínica.¹ Com uma incidência de 2 a 4 tumores desmóides por milhão de pessoas por ano, 1000 novos casos são diagnosticados por ano nos EUA. Acometem, predominantemente, adultos jovens, especialmente do sexo feminino, tendo uma predileção por extremidades, tronco e o mesentério.² O objetivo desse trabalho é relatar um caso de diagnóstico incidental de Tumor Desmóide de mesentério, bem como discutir suas formas de tratamento. RELATO DE CASO MFR, 57 anos, sexo masculino, diagnosticado com adenocarcinoma tubular invasivo moderadamente diferenciado de ceco - pT2, pN0, pMx - e submetido à colectomia direita em 2014. Pesquisa de instabilidade de microssatélite positiva para MLH1 e MSH2 em 2015, exame físico sem alterações, trouxe consigo colonoscopia de fevereiro de 2016 sem anormalidades e Ressonância Nuclear Magnética de agosto de 2016 com formação cística contendo componente sólido na cavidade pélvica medindo 5,1 x 4,7 cm em íntimo contato com alça ileal, indicando-se tratamento cirúrgico. Paciente foi submetido à Laparotomia Exploradora que evidenciou massa mesenterial em íleo distal, aproximadamente 15 cm da anastomose anterior, realizada Enterectomia e Entero-enteroanastomose. O material foi enviado para anatomopatológico e imuno-histoquímica, com resultado de Actina positivo, favorecendo a tumor desmóide de parede entérica. Permaneceu internado por cinco dias, com alta hospitalar sem intercorrências, segue em acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃO mais comum forma de apresentação da doença é uma massa de crescimento lento, sem dor ou desconforto, porém, pode haver algum sintoma relacionado ao local de aparecimento do tumor.¹ Enquanto alguns tumores exibem uma significativa tendência a invasão local apesar de margens livres à microscopia, outros apresentam regressão espontânea mesmo sem qualquer tratamento específico.² Por serem tumores metastáticos e localmente agressivos, a terapêutica clássica baseia-se no controle local, tradicionalmente realizado através do tratamento cirúrgico.¹ Atualmente, dispomos de uma grande variedade de tratamentos e a escolha depende de questões funcionais e estéticas de cada método, bem como de suas complicações.¹

PALAVRAS-CHAVES: tumor desmóide | mesentério | intestino delgado

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 3065

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE RICHTER DE CANAL INGUINAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS (GRUTORAX), JOSÉ GERALDO TENÓRIO DE BRITO BARBOZA (FAMENE), CAMILA JOB DA SILVEIRA (FAMENE), CECÍLIA ESTRELA RODRIGUES DE CASTRO (FAMENE), BRUNA SILVA DE OLIVEIRA (FAMENE), MARIA ISABEL NUNES GOMES (FAMENE), JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO (FAMENE)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Hérnia de Richter é uma condição rara, frequente em mulheres, caracterizada pelo estrangulamento de apenas uma parte da circunferência do intestino em um saco herniário, levando à isquemia, gangrena e perfuração de víscera oca. Os sintomas iniciais podem ser leves ou exacerbarem-se em pouco tempo e variando entre sistêmicos, abdominais ou localizados, por meio de massa dolorosa na região inguinal. O segmento do intestino aprisionado é quase sempre do íleo distal, embora qualquer parte do sistema gastrointestinal possa tornar-se encarcerado. Pode ainda ocorrer em várias posições, sendo o anel femoral a parte mais comum. RELATO DE CASO: Mulher, 75 anos, freira, deu entrada no serviço de emergência apresentando dor abdominal há 2 dias, associada a aumento do volume abdominal, ausência de flatos e fezes, e vômitos fecalóides nas últimas horas. Hipertensa em uso regular de Captopril (75mg/dia). Nega traumatismos e cirurgias prévias. Ao exame físico: estado geral regular, consciente e orientada, desidratada (++/+++), hipocorada(+/+++), afebril, anictérica, PA = 100 X 60 mmHg, FR = 120bpm. Abdome globoso, doloroso à palpação difusamente, timpânico, RHA presentes e hiperativos, sinal de Bloomberg negativo. Foi submetida a radiografia de abdome em decúbito e ortostase, que evidenciou distensão difusa de alças intestinais, com nível hidroaéreo. Foi realizada laparotomia exploradora, evidenciando a presença de impactação da alça ileal em sua borda anti-mesentérica na topografia do anel interno do canal inguinal, seguida de enterectomia segmentar com entero-enteroanastomose, além do reparo do orifício herniário. Paciente evoluiu bem e teve alta 5º DPO. DISCUSSÃO: A hérnia de Richter é um achado extremamente raro e representa 10% das hérnias estranguladas. O local mais comum é o anel femoral, seguido pelo canal inguinal e hérnia incisional da parede abdominal. Para a formação desta é necessário ter margem do anel herniário firme e anel de constricção apertado o que leva ao estrangulamento e comprometimento da circulação, com conseqüente isquemia e gangrena do intestino envolvido. O achado físico mais constante é o aumento de sensibilidade ou tumefação ao longo do orifício herniário. Progride mais rapidamente para gangrena do que as hérnias estranguladas comuns. A hérnia de Richter é associada a uma taxa de mortalidade alta de 17%, mostrando a importância de unir uma boa história clínica, exame físico adequado e exames imagiológicos apropriados.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia | Canal Inguinal | Procedimentos Cirúrgicos do Sistema Digestório

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 3072

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE CHILAITITI: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE (FAMENE), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FAMENE), JÉSSICA MONTENEGRO PONTES (FAMENE), ANTONIO MATEUS ANDRADE DE SOUSA (FAMENE), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FAMENE), GABRIELLA SANCHO LEITE (FAMENE), JOSANN FREDERICO RIBEIRO (FAMENE), ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO (FAMENE)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O achado da interposição hepatodiafragmática de algum segmento gastrointestinal na radiografia de tórax é conhecida como sinal de Chilaiditi. Caracteriza-se, portanto, como uma anormalidade anatômica e assintomática que geralmente é identificada por acaso em radiografias e pode ser falsamente diagnóstica como um achado de pneumoperitônio. Quando sintomático, este sinal recebe a denominação de síndrome de Chilaiditi. **RELATO DE CASO:** Homem, 58 anos, com história clínica e tratamento medicamentoso e endoscópico refratário para úlcera péptica. Severa perda de peso em 3 meses e má nutrição marcou a totalidade dos sintomas, que incluíam dor abdominal e síndrome pilórica. Em admissão, exame físico revelou distensão abdominal e percussão timpânica difusa, com sinal de Jobert e peristaltismo de Kussmaul visível. Exame endoscópico foi realizado para diagnosticar complicações pela úlcera péptica e para posicionar a sonda nasoenteral de Dubhof em posição pós-pilórica para melhor parâmetro de nutrição com dieta entérica. Foi identificado deformidade pilórica sem úlceras ativas, gastrite em todo estômago e esofagite erosiva distal (terceira escala de Los Angeles). Biópsias foram feitas e revelaram condições benignas. A dilatação de estenose com balão endoscópico foi realizada sem sucesso. Exames contrastados do estômago e duodeno revelaram estenose alta do duodeno e piloro. Tomografia abdominal contrastada foi realizada identificando interposição de segmento intestinal entre o diafragma e os espaços supra-hepáticos anterior e posterior. O paciente foi submetido a uma anastomose gastroileal ao mesmo tempo em que foi encontrado no intra-operatório uma fístula íleo-ileal com uma hérnia interna envolvendo o segmento ileal. Uma redução da hérnia interna e uma enterectomia com anastomose íleo-ileal foi realizada. **CONCLUSÃO:** Uma revisão de literatura mostrou que a Síndrome de Chilaiditi está associada com muitas morbimortalidades, mas este é o primeiro caso em associação com úlcera péptica e hérnia interna com segmento ileal. Essa síndrome deve ser incluída no diagnóstico diferencial nas afecções abdominais que envolvem síndromes dispépticas, consumptivas e obstrutivas, já que se assemelha a sinais e sintomas de vários distúrbios relacionados ou não com a condição.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Chilaiditi | Úlcera Péptica | Procedimentos Cirúrgicos do Sistema Digestório

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 3075

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ISQUEMIA MESENTÉRICA PROGRESSIVA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PALOMA ALVES BEZERRA MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), MILENA DE SOUZA ALVARENGA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), DOGLAS GOBBI MARCHESI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), PAULO ALVES BEZERRA MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GABRIEL SANT`ANA ZUCOLOTO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA), VICENTE SATHLER DELGADO FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO)

RESUMO: Introdução: Intestino delgado é um dos órgãos mais sensíveis à isquemia, o que resulta em dano epitelial, translocação bacteriana e perda de função.¹ Isquemia de intestino delgado geralmente se manifesta como dor abdominal e a taxa de peritonite varia de 7,7 a 61,5%. Em um estudo com 53 pacientes com isquemia mesentérica aguda, a faixa etária de maior prevalência foi de entre 64,6 anos e 87 anos² sendo uma causa comum de emergência abdominal em idosos.³ Relato do caso: Paciente, sexo masculino, 86 anos, admitido no Pronto Socorro de um Hospital Universitário em fevereiro de 2017 com quadro de dor e distensão abdominal, diarreia e parada de eliminação de flatos há três dias. Histórico de hipertensão, glaucoma, fibrilação atrial crônica, tromboembolismo pulmonar em 2014, além de infarto agudo do miocárdio e episódio de hemorragia digestiva baixa em 2016. Após avaliação da Cirurgia Geral, realizou-se laparotomia exploradora com hipótese de abdome agudo isquêmico. Presença de distensão de alças de delgado até 40 cm da válvula ileocecal e isquemia mesentérica de intestino delgado a 280 cm do ângulo de Treitz acometendo 60 cm de alça. Realizada enterectomia segmentar, entero-enteroanastomose latero-lateral sem intercorrências. Evoluiu no pós-operatório (PO) com instabilidade hemodinâmica e uso de drogas vasoativas. Nova abordagem cirúrgica no 2º PO em que observou-se moderada quantidade de líquido serohemático na pelve, distensão de alças à montante da anastomose prévia e alças de delgado vinhosas e edemaciadas. Realizada enterectomia segmentar desde 150 cm do ângulo de Treitz até 90 cm da válvula ileocecal, enteroenteroanastomose latero-lateral isoperistáltica e drenagem de cavidade. Encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva. Permaneceu em grave estado geral com piora da função renal. Iniciou-se hemodiálise. No 3º PO da reabordagem, submeteu-se nova laparotomia com evidência de necrose de liquefação distal à anastomose prévia. Realizou-se colectomia segmentar (ceco e ascendente), enterectomia, ileostomia, fístula mucosa e peritoneostomia com ressecção desde 120 cm do ângulo de Treitz à porção ascedente do colo transversos. No PO imediato, fechou-se a peritonostomia sem evidência de alças isquêmicas. Permanece em acompanhamento clínico em enfermaria de Cirurgia Geral. Conclusão: Isquemia intestinal é uma condição clínica complexa e comum na realidade dos cirurgiões.¹ Diagnóstico precoce e tratamento efetivo são essenciais para melhorar os resultados clínicos.³

PALAVRAS-CHAVES: Isquemia mesentérica | abdome agudo isquêmico | dor abdominal

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 3099

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INTUSSUSCEPÇÃO DE DELGADO, POR DIVERTÍCULO DE MECKEL, EM INDIVÍDUO JOVEM,

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KÁCIO DA SILVA MOURÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), KYLDERY WENDELL MOURA CAVALCANTE (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), PEDRO GOMES LINS DE CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), RENATO CATARINO PESSOA VIEIRA LIMA (UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR DOMINGOS W. DE CELO), GLÁUCIO PIRES CARNEIRO (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), LIANA KATHERINE LA ROSA PACHAS (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), IAN DA MOTA HERNANDEZ (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), JORGE KEVIN NASCIMENTO NEGREIROS (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Introdução: O divertículo de Meckel (DM) é considerado a anormalidade congênita mais comum do trato gastrointestinal. Resulta de falha na obliteração do ducto onfalomesentérico (ducto vitelino) e, geralmente, apresenta-se como divertículo curto, de base larga, localizado na borda antimesentérica do íleo terminal. É assintomático na maioria dos casos mas pode manifestar-se em crianças por hemorragia digestiva e em adultos pelo desenvolvimento de processos abdominais obstrutivos ou inflamatórios. Suas principais complicações são: hemorragia, intussuscepção, volvo, formação de enterólitos, inflamação, perfuração, obstrução e neoplasia. Objetivo: Relatar caso, raro, de intussuscepção de delgado, por Divertículo de Meckel, em paciente jovem. Metodologia: Realizou-se revisão literária em bancos de dados (SciELO e Pubmed) e análise retrospectiva de prontuário. Discussão: Paciente deu entrada no PAAR/HGR apresentando quadro de dor intensa em abdome superior, iniciada em 24 horas, evoluindo com parada de eliminação de flatos e fezes, além de distensão abdominal. Apresentava vômito pós prandial, e episódios de constipação intermitente e negou comorbidades. Realizou Tomografia computadorizada de abdome que evidenciou sinais de intussuscepção junto a alças de quadrante superior esquerdo, sem fator etiológico evidente, alças de jejuno colabadas e distensão líquida de alças no andar inferior do abdome, incluindo moldura colônica com alça tubiliforme, em fundo cego, junto ao peritônio posterior. Não havia evidências de processo inflamatório extenso na região ileocecoapendicular (deslocados na linha média), sendo encaminhado imediatamente ao centro cirúrgico, onde foi evidenciado distensão de alças de delgado e DM a aproximadamente 50cm de valvula ileocecal, causando obstrução. Realizou-se enterectomia segmentar de alça de delgado onde se encontrava o DM, anastomose termino-terminal em 02 planos com vicryl (3,0) e apendicectomia profilática. Conclusão: A intussuscepção por divertículo de Meckel é rara no adulto, tendo grande importância por ser potencialmente perigosa nesta faixa etária, devido o surgimento de complicações. A conduta em pacientes assintomáticos portadores de DM é controversa, entretanto, em sintomáticos, a indicação cirúrgica é consenso. Sua abordagem requer a diverticulectomia simples ou a enterectomia segmentar com reconstrução pela anastomose primária termino-terminal.

PALAVRAS-CHAVES: DIVERTÍCULO DE MECKEL | INTUSSUSCEPÇÃO | JOVEM

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 3102

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome da artéria mesentérica superior: mito ou realidade? Qual a melhor conduta?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA GONÇALVES (FACIPLAC), PAULO VICTOR ALVES TUBINO (HOSPITAL DA REGIÃO DA LESTE)

RESUMO: Introdução: A Síndrome da Artéria Mesentérica Superior, Sndrome de Wilkie ou íleo duodenal, corresponde à compressão extrínseca da terceira porção duodenal pela artéria mesentérica superior por perda do coxim gorduroso que mantém o ângulo entre a artéria mesentérica superior e a aorta superior a 20°. Apesar de descrita em 1941, permanece controversa e subdiagnosticada, representando cerca de um por cento das obstruções duodenais. Objetivo: Discutir controversa entidade clínico-cirúrgica e a melhor conduta a ser tomada face a seu diagnóstico, avaliando a eficácia das terapêuticas clínica e cirúrgica quando da presença de Síndrome da Artéria Mesentérica Superior. Método: São apresentados quatro casos atendidos pelo serviço de cirurgia geral do Hospital Regional de Taguatinga, no período entre 2009 e 2010, nos quais tanto a conduta conservadora quanto a conduta cirúrgica foram adotadas. Em dois casos adotou-se a conduta cirúrgica, realizando-se duodenojejunoanastomose látero-lateral ou em Y de Roux, gastroenteroanastomose e secção do ligamento de Treitz, com visão direta do quadro de compressão extrínseca da terceira porção duodenal. Já nos outros dois casos adotou-se o tratamento clínico, com suporte nutricional e mudanças de decúbito dorsal para lateral ou ventral entre as refeições. Resultados: As duas condutas apresentam resultados satisfatórios, entretanto, no tratamento conservador observa-se menor morbidade e, por isso, é a conduta defendida pela maioria dos estudiosos, que indicam intervenção cirúrgica, que pode ser realizada inclusive por laparoscopia, unicamente quando há insucesso do método conservador. O tratamento clínico baseia-se no princípio de ganho ponderal com prescrição de dieta em pequenas quantidades, de forma fracionada, para manter a gordura retroperitoneal, aumentando o ângulo formado entre a artéria mesentérica superior e a aorta e facilitando o trânsito alimentar, com melhora do quadro de vômito e ganho ponderal significativo. Conclusões: Os resultados pelo tratamento clínico foram animadores, porém o número de casos neste estudo é bastante reduzido. Contudo, há concordância entre a maioria dos autores quanto a uma abordagem inicialmente conservadora e reservar o tratamento cirúrgico caso haja insucesso da primeira alternativa. Devido ao subdiagnóstico importante, o índice de suspeita clínica deve ser alto, de forma a implementar tratamento rapidamente, o que poupa terapêuticas ineficazes e exames complementares onerosos.

PALAVRAS-CHAVES: artéria mesentérica | semioclusão intestinal | desnutrição

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 3134

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise Inicial dos Padrões Endoscópicos do Linfoma Gástrico Primário no Hospital das Clínicas da FMUSP

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VITOR SAGAE (HOSPITAL DAS CLÍNICAS E ICESP, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP)), MARCELO MESTER (HOSPITAL DAS CLÍNICAS E ICESP, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP)), VANESSA VIEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS E ICESP, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP)), FAUZE MALUF FILHO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS E ICESP, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP)), EDUARDO GUIMARAES HOURNEAUX MOURA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS E ICESP, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP)), LUÍS ALBERTO LAGE (HOSPITAL DAS CLÍNICAS E ICESP, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP)), JULIANA PEREIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS E ICESP, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP)), BRUNO ZILBERSTEIN (HOSPITAL DAS CLÍNICAS E ICESP, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP)), IVAN CECCONELLO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS E ICESP, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMUSP))

RESUMO: Introdução A quimioterapia tornou-se o tratamento inicial de eleição para o linfoma gástrico primário (LGP). Esta conduta ganhou progressiva prioridade em nossa instituição mormente após 2003. Para isso utiliza-se diagnóstico proveniente de coletas endoscópicas, e estadiamento não-cirúrgico. Na literatura médica foi sugerido que o LGP tem características endoscópicas próprias. Aqui apresentamos uma avaliação parcial inicial dos diagnósticos macroscópicos endoscópicos do LGP na instituição. Resultados Entre 2004-2009 coletamos 46 pacientes com dados endoscópicos e patológicos completos de LGP para análise. Sexo masculino 24/46 (52,2 %), e feminino 20/46 (47,8%). LGP MALT 20 casos (54,3%) e LGP difuso de grandes células B (DLBCL) 26 casos (56,5%). Padrões encontrados: distensibilidade reduzida (19,5%), infiltrativo (69,5%), ulcerado (71,7%), multifocal (21,7%), com padrões simultâneos. Houve hiperplasia rugal ou de pregas em cerca de 20%. Não houve lesões ?em vulcão sobre cratera elevada?, ou ?casulo do bicho da seda? nesta série. LGP eram do fundo (19,5%), corpo (80,4%), e antro (54,3%), havendo sítios simultâneos. Conclusão Esta avaliação inicial sugere que, exceto pela multifocalidade e hiperplasia de mucosa/pregas gástricas, não houve padrões endoscópicos ?típicos?, específicos ou diferenciados sugestivos de LGP. Isto ilustra alguns dos percalços do diagnóstico do LGP, mormente frente ao diagnóstico endoscópico diferencial com o carcinoma gástrico, e a necessidade de biópsias significantes e suficientes. Disso dependerão as decisões de tratamento, especialmente as estratégias de conservação do órgão.

PALAVRAS-CHAVES: Linfoma | Estômago | Endoscopia

EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 385

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Implementação de uma referência própria, teórico-prática, na disciplina de Técnica Operatória do Centro Universitário do Espírito Santo ? UNESC

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI (UNESC / COLATINA), RODRIGO ZON SOARES (UNESC / COLATINA), JOAO CARLOS NEPOMUCENO GONCALVES (UNESC / COLATINA), RAFAELA TÓTOLA COIMBRA (UNESC / COLATINA), MARCELA TAGLIARI TUBINO (UNESC)

RESUMO: Introdução: Noções básicas de técnica operatória são indispensáveis para todos os estudantes do curso de medicina, mesmo para aqueles que não pretendem dedicar-se às especialidades cirúrgicas. Diversos procedimentos são utilizados em situações de emergência e devem ser do domínio técnico de todos, visando a não expor os pacientes a riscos desnecessários. Objetivo - Fornecer aos alunos fundamentos teóricos e práticos dos princípios de técnica operatória e cirurgia experimental básica. Metodologia - Para realização, foram selecionados alunos do quinto ao nono período do curso de medicina para elaboração dos capítulos estudados na disciplina. Cada capítulo é ilustrado por artes manuais, desenhadas a olho nu, demonstrando tanto a técnica quanto a anatomia, tendo como roteiro as aulas ministradas pelos professores da disciplina. Após avaliação, cada capítulo foi editado para a impressão do e ser utilizado como Referência direta para a disciplina em questão. Resultados - Após observação comparativa, sob a ótica dos docentes, constatou-se uma evolução da performance dos discentes que estão cursando a disciplina embasados numa referência, comparados aos que não obtiveram esse apoio.. Conclusão - Portanto, reconhecemos que muito ainda se tem a evoluir no ensino da cirurgia, no currículo do ensino médico, pois o ensinamento da cirurgia não deve envolver apenas a prática das inúmeras técnicas cirúrgicas, mas sim, expor ao acadêmico de maneira leve e clara as diversas especialidades cirúrgicas, através de uma referência teórico-prática direcionada, facilitando o aprendizado e assim inspirando o nascimento de novos procedimentos. Referências Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina. apturado em: 20 mar 2016. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar?. Rev. Bras. Educ. Med [online]. 2007; 31 (1) [capturado 01 fev. 2012]; Lafuente JV, Escaneiro JF, Manso JM, Mora S, Miranda T, Castillo M, et al. El diseño curricular por compe- REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 2014 229 38 (2). Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. Rev. Bras. Educ. Med [online]. 2009; 33 (2). [Capturado 09 mai. 2010]. Hafner MLMB, Moraes MAA, Marvulo MML, Bracciali LAD, Carvalho MHR, Gomes R. A Formação Médica e a Clínica Ampliada: resultados de uma experiência brasileira. Ciênc Saúde Coletiva. Jun 2010; 15(1).

PALAVRAS-CHAVES: TÉCNICA | REFERÊNCIA | CIRURGIA

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 388

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de intercâmbio em Cirurgia Geral: contribuições da experiência para a formação discente

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI (UNESC / COLATINA), RUTHYANE MONTE BALDO (UNESC / COLATINA), JOAO CARLOS NEPOMUCENO GONCALVES (UNESC / COLATINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO - Os intercâmbios e mobilidades estudantis durante o período universitário contribuem para ampliar os horizontes do graduando no cenário exterior, por meio do contato com diversidades culturais. A interculturalidade é praticada durante a experiência no exterior por meio das relações estabelecidas com outros estudantes oriundos de diversos países. A internacionalização da graduação também aproxima os pesquisadores, os orientadores no Brasil e no exterior e os estudantes, o que pode resultar em parcerias que beneficiam as universidades envolvidas e seus respectivos países. OBJETIVOS ? descrever a experiência de estudante de graduação de medicina em Programa de intercâmbio internacional. MÉTODOS ? O intercâmbio deu-se por meio de concessão do Programa de Coordenação Local de Estágios e Vivências, via Diretório Acadêmico Colatina/ES/Brasil, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Federação Internacional dos Estudantes de Medicina e a Universidad Magna Graecia Catanzaro/Itália. Foi desenvolvido no período de novembro de 2016, junto aos Programas de Graduação e de Pós-Graduação do departamento de Cirurgia Geral da universidade supracitada. RESULTADOS ? Atividades de inserção em grupo de pesquisa, disciplinas, cursos e projetos de pesquisa tiveram foco em atendimento médico, práticas cirúrgicas, bioética e qualidade no atendimento ao paciente cirúrgico. CONCLUSÃO ? Essa vivência possibilitou o desenvolvimento acadêmico, pessoal e social bem como o início da tessitura de uma rede de pesquisa, contribuindo para o intercâmbio entre pesquisadores e o processo de internacionalização do Curso de medicina.REFERÊNCIASMinistério da Ciência, Tecnologia e Inovação/CNPq, Ministério da Educação/MEC. Ciência sem Fronteiras. Bolsistas pelo mundo. [acesso em 2016 nov.14]. Souza Junior JM. A internacionalização e a mobilidade na Educação Superior: o debate na América Latina. Ver: Iniciac. Cient. FFC. 2015.Nogueira MA, Aguiar AMS, Ramos VCC. Fronteiras desafiadas: a internacionalização das experiências escolares. Educ Soc (Campinas). 2012;NOGUEIRA, Maria Alice; AGUIAR, André Moura de Souza; RAMOS, Viviane Coelho Caldeira. Fronteiras Desafiadas: A Internacionalização das Experiências Escolares. Educ. Soc., Campinas, v. 29, nº 103, p. 355-376, 2008. STALLIVIERI, Luciane. O processo de internacionalização nas instituições de ensino superior. Educação Brasileira, Brasília: Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, v. 24, n. 48/49, p. 35-57, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: INTERCÂMBIO | ENSINO | EXPERIÊNCIA

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 389

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O PERFIL DO DOADOR DE ÓRGÃOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI (UNESC / COLATINA), MARCELA TAGLIARI TUBINO (UNESC / COLATINA), JOAO CARLOS NEPOMUCENO GONCALVES (UNESC / COLATINA)

RESUMO: Introdução: A doação de órgãos passou a receber, hoje, uma maior atenção do que em décadas passadas. A necessidade, ainda grande, desencadeia conseqüentemente, um maior número de transplantes, mas que, apesar do desenvolvimento de novas capacidades técnicas, sofrem uma escassez da disponibilidade de órgãos, revelando a importância desse ato. Objetivos: Este estudo teve como objetivo fornecer as informações sobre o perfil do doador de órgãos revelando quais são os passos necessários para ocorrer a doação em caso de AVE (acidente vascular encefálico). Métodos: Foi realizada uma pesquisa documental, disponibilizada pelo hospital Silvio Avidos demonstrando os requisitos que devem ser seguidos para o paciente enquadrado no perfil de doador de órgãos. As informações foram adquiridas através de fichas de assistência que evidenciam a situação do paciente e exames clínicos para monitorização das condições do paciente. Resultados: O estudo mostrou que a disponibilidade de órgãos é consequência do aumento de acidentes automobilísticos que envolvem, principalmente, homens. Dentre os fatores relevantes para a concretização do processo de doar órgãos é necessário, ainda, respeitar as leis que regem nosso país. Existem ainda fatores familiares na condução desse processo. Conclusão: Portanto, pode haver uma contraposição na decisão do ato, em que há influências religiosas, culturais e afetivas. Referências Brasil. Lei nº. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento? [Internet]. Diário Oficial da União. Acesso em 24 Mar 2016. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (BR). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2003-2013). Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo (SP); ABTO; 2013. SANTOS, Marcelo José dos. A entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: Acesso em: 15 abr. 2016. MARINELE, Marcelo Romão. A declaração de vontade do paciente terminal. As diretivas antecipadas de vontade à luz da Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina. Jus Navegandi, out. 2013. ABTO. Relatório Brasileiro de Transplantes, ano 20, n. 1, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: DOAÇÃO | PERFIL | INFORMAÇÃO

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 390

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A dissecação ? necessária e indispensável no aprimoramento das habilidades cirúrgicas na formação básica do currículo acadêmico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI (UNESC / COLATINA), MARCELA TAGLIARI TUBINO (UNESC / COLATINA), JOAO CARLOS NEPOMUCENO GONCALVES (UNESC / COLATINA), RAQUELI PERTEL (UNESC / COLATINA), HEITOR SOARES MORAIS (UNESC)

RESUMO: INTRODUÇÃO - Diz-se, e com razão, que só se aprende verdadeiramente cirurgia praticando, por isso a dissecação se mostra como abre alas desta habilidade. O ato de observar, a descoberta, o adestramento manual e a comparação do normal com o anormal conferem a técnica de dissecação, o ensino de potencialidades únicas não suplantadas por qualquer outro método, por mais perfeito que seja. OBJETIVO ? demonstrar a dissecação como método de autoaprendizagem por excelência na prática cirúrgica. METODOLOGIA - Trata-se de uma revisão da literatura, realizada entre fevereiro e dezembro de , no qual realizou-se uma consulta a livros e periódicos selecionados. As palavras-chave utilizadas na busca foram dissecação, ensino, técnica cirúrgica e uso de 2014. Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram a abordagem da dissecação como forma de ensino, e estudos comparativos entre esta e outras modalidades de aprendizagem. Logo em seguida, buscou-se estudar e compreender os principais parâmetros e forma de aplicação empregados nos estudos encontrados. RESULTADOS - O manuseio do material cadavérico de fato, aprimora as habilidades cirúrgicas. O uso de animais vem sendo admitido por algumas instituições, para aprendizado inicial de algumas técnicas básicas de dissecação, pois sem essa vivência, os acadêmicos continuarão seu aprendizado no doente muito do que poderia e deveria ter sido na prática dissecativa. CONCLUSÃO - Estudantes que praticam a dissecação mostram melhor desempenho nas avaliações práticas do que colegas sem essa oportunidade. Então, mesmo os defensores da abordagem tradicional demandam uma uniformização das práticas cirúrgicas, usando a dissecação, mesmo que em modelos animais. REFERÊNCIAS Gomes AP, Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Análise bioética do uso de recém-cadáveres na aprendizagem prática em medicina. Rev Assoc Med Bras. 2010.Mota MF, Mata FR, Aversi-Ferreira TA. Constructivist pedagogic method used in the teaching of human anatomy. Int J Morphol. 2010.Notaris M, Topczewski T, Angelis MD, Ensenat J, Alobid I, Gondolbleu AM, et al. Anatomic skull base education using advanced neuroimaging techniques. World Neurosurg. 2013.Martyn H, Barrett A, Trotman P, Nicholson H. Medical students? responses to the dissection of the heart and brain: a dialogue on the seat of the soul. Clin Anat. 2012.Fornaziero C, Gordan P, Carvaho M, Araujo J, Aquino J. O ensino da anatomia: integração do corpo humano e meio ambiente. Rev Bras Educ Med. 2010.

PALAVRAS-CHAVES: DISSECÇÃO | PRÁTICA | ENSINO

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 463

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ENSINO DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO: UM ESTUDO EXPERIMENTAL PROSPECTIVO RANDOMIZADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PROF. DR. JOÃO FERNANDES BRITTO ARAGÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE / UNIVERSIDADE TIRADENTES), VALDINALDO ARAGAO DE MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE / UNIVERSIDADE TIRADENTES), MARIA TAINAR BARBOSA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SÉRGIO LUIZ MACHADO NASCIMENTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), ROBERTA SOUZA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), AMANDA SILVEIRA CARVALHO DANTAS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LETÍCIA GOES SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SIMONE BEATRIZ DOS SANTOS SANTANA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Objetivos: Avaliar a performance de estudantes que tiveram aulas de Equilíbrio Hidroeletrólíticos pelo método presencial e por meio de EAD. Comparar os dois grupos. Método: 62 alunos voluntários da graduação médica do Estado de Sergipe, sem instrução prévia de aspectos clínicos e terapêuticos relacionados ao equilíbrio hidroeletrólítico, foram submetidos, após alocação randômica em cascata em conformidade com o seu ano de entrada da Universidade e o método de aprendizagem adotado na instituição (convencional ou metodologia ativa), a um estudo longitudinal analítico experimental. Os alunos foram alocados em dois grupos (presencial e a distância) para receberem aulas referentes ao gerenciamento de água e eletrólitos. Provas avaliativas, com o mesmo teor, foram aplicadas, para os dois grupamentos, em dois momentos distintos: para avaliação de conhecimentos prévios (pré-teste) e conhecimentos assimilados (pós-teste). Definiu-se o ganho de aprendizagem como a diferença entre as médias do pré-teste e do pós-teste. Com base nas avaliações foram calculadas medidas de tendência central, dispersão e intervalo de confiança. Ganhos de aprendizagem foram avaliados com o teste t pareado. Os grupos foram comparados entre si por meio do teste t para amostras independentes. O intervalo de confiança foi de 95%. Resultados: Observou-se ganho de aprendizagem nos dois grupos, demonstrando que houve aquisição de conhecimentos nas duas modalidades de ensino. O comparativo do ganho de aprendizagem inter-grupos não evidenciou diferença estatística significativa ($p = 0,225$). Conclusão: Educação a distância é tão boa quanto à presencial no ensino do Equilíbrio Hidroeletrólíticos e seus distúrbios. REFERÊNCIAS MCCUTCHEON, K. et al. A systematic review evaluating the impact of online or blended learning vs. face-to-face learning of clinical skills in undergraduate nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, v. 71, n. 2, p. 255-270, fev. 2015. JAYAKUMAR, N. et al. e-Learning in Surgical Education: A Systematic Review. *Journal of Surgical Education*, v. 72, n. 6, p. 1145-1157, dez. 2015. LIU, Q. et al. The Effectiveness of Blended Learning in Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, v. 18, n. 1, p. e2, 4 jan. 2016. FARAHMAND, S. et al. Distance Learning Can Be as Effective as Traditional Learning for Medical Students in the Initial Assessment of Trauma Patients. *Acta Medica Iranica*, v. 54, n. 9, p. 600-604, set. 2016.

PALAVRAS-CHAVES: Educação a Distância | Educação de Graduação em Medicina | Equilíbrio Hidroeletrólítico

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 464

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Comparação da Profilaxia Medicamentosa para TVP/TEP em Pacientes Clínicos x Cirúrgicos em Hospital Quaternário de Maringá - PR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MURILO MASANOBU TOMIYOSHI (UNICESUMAR), AGNALDO SÉRGIO VIVAN FILHO (UNICESUMAR), BIANCA STAWINSKI PRADO (UNICESUMAR), NAYARA DE ARRUDA CÁCERES (UNICESUMAR), IGOR FIORESE VIEIRA (UNICESUMAR), MATEUS MAZORRA COELHO VIEIRA (UNICESUMAR), TIAGO NEGRÃO LOPES (UNICESUMAR), CRISTHIAN KARPINSKI (UNICESUMAR)

RESUMO: INTRODUÇÃO - O Tromboembolismo Venoso (TEV) compreende a Trombose Venosa Profunda (TVP) e o Tromboembolismo Pulmonar (TEP), correspondendo a principal causa evitável de óbito intra-hospitalar, principalmente no pós-operatório. A cirurgia gera um estado pró-trombótico, sendo necessária a estratificação de risco e uso da tromboprofilaxia adequada. A profilaxia é o principal método para reduzir a morbimortalidade e custos hospitalares quando comparado ao tratamento das complicações. OBJETIVOS: Avaliar a utilização de tromboprofilaxia medicamentosa em um hospital terciário/quaternário em Maringá ? PR, analisando a adequação em pacientes clínicos e cirúrgicos. MÉTODOS ? Trata-se de um estudo de corte transversal realizado no dia 30/06/2016 em 3 setores de enfermagem do SUS. Foi realizada a avaliação do risco para TEV segundo o protocolo institucional para pacientes clínicos/cirúrgicos, baseado na 8ª Diretriz para Profilaxia do TEV do American College of Chest Physicians. Posteriormente os resultados do protocolo foram comparados à prescrição do dia avaliado através da análise dos prontuários. Foram incluídos no estudo apenas pacientes maiores de 18 anos. RESULTADOS ? Foram avaliados 55 pacientes, sendo 1 excluído por ser menor de 18 anos. Dentre os 54 pacientes elegíveis, 31 correspondiam a pacientes clínicos e 23 a pacientes cirúrgicos. Em 35% dos pacientes a tromboprofilaxia estava inadequada e, destes, 63% estavam sem medicamentos prescritos. Dentre os pacientes cirúrgicos com tromboprofilaxia inadequada (35%; n=8), 37,5% dos pacientes (n=3), estavam com subdose ou com sobredose, o restante desses pacientes (62,5%; n=5) estavam sem medicamentos profiláticos. Dentre os pacientes clínicos, 35,5% (n=11) estavam com tromboprofilaxia inadequada. Em 36,3% (n=4) destes, metade estava com sobredose e metade com subdose, o restante dos pacientes (63,7%; n=7) estavam sem medicamentos profiláticos. CONCLUSÃO ? Apesar do número pequeno de pacientes neste trabalho, a porcentagem de tromboprofilaxia inadequada para pacientes clínicos corrobora com resultados evidenciados em outros estudos. Entretanto, os dados encontrados para os pacientes cirúrgicos diferem dos encontrados na literatura, a qual apresentava índices maiores de condutas inadequadas. Com base nisso, sabe-se que se tornam necessárias ações de educação e treinamento profissional para uso correto da tromboprofilaxia e diminuição dos casos de TEV.

PALAVRAS-CHAVES: Embolia Pulmonar | Trombose Venosa | Tromboembolia Venosa

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 525

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise dos modelos de ensino no acesso venoso central guiado por ultrassom

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA (FAMENE), ADRIANO DIAS TRAJANO (COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA), ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA (UNIPE), FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (FAMENE), GEORGE PALMEIRA BRAGA (UFPB), GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO (FAMENE), THALITA FRANÇA PAGELS (UFPB), YOHANA OLIVEIRA DE BARROS (FAMENE)

RESUMO: OBJETIVO: O uso de ultrassonografia para realização de acesso Venoso Central (AVC) tem sido cada vez mais frequente por minimizar os riscos do procedimento. Dessa forma, esse trabalho busca apresentar a utilização de modelos de ensino para melhorar proficiência dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, aumento de segurança aos pacientes. MÉTODOS: Revisão bibliográfica sistemática dos últimos cinco anos das bases de dados Google Acadêmico e PubMed, através dos descritores "acesso venoso central", "acesso venoso guiado por ultrassonografia" e "acesso venoso?". RESULTADOS: O estudo de sete artigos científicos mostrou que modelos tecnológicos para simulação de AVC guiado por USG são necessidades em expansão, devido aos altos custos para sua obtenção. Onde há recursos financeiros, profissionais são treinados com manequins de alta fidedignidade e 92% concordam que o treinamento foi adequado para aprender o procedimento. Na ausência de recursos, modelos experimentais são construídos com manequins de moda e 76% dos estudantes sentem-se habilitados a realizar a técnica in vivo. Para a realização do AVC ecoguiado, a confecção de regiões de gelatina cobertas com curativos de pele hidrocoloide, a qual minimiza a ruptura da superfície física por transdutores e agulhas, permite maior número de punções para treinamento. Outra opção consiste da mistura de água com gelatina incolor em recipiente com dois orifícios de diferentes diâmetros, nos quais canos plásticos simulam vasos sanguíneos, aliando baixo custo e semelhança de ecotextura e densidade do tecido humano. Existem também modelos animais, utilizam-se peitos de frango descongelados, nos quais são introduzidas próteses de Dacron® e de PTFE® com datas vencidas de validade, suturadas com linha de costura ou fios de algodão, preenchidos com esferas hidrofílicas, com baixo custo e excelente aplicabilidade. Modelo similar a este, é feito com peitos de frango, balões de modelagem e látex de paredes finas ou tubos de silicone, à medida que a agulha passa através da parede do modelo, a aparência do ultrassom e a sensação tátil são semelhantes às dos tecidos e vasos humanos. CONCLUSÕES: A simulação é uma forma bem sucedida para incorporar o aprendizado experiencial ao currículo médico de graduação. A discussão fornecida aqui pode servir como um esboço para o planejamento de professores interessados no desenvolvimento de programas de simulação expandida para estudantes de medicina.

PALAVRAS-CHAVES: acesso venoso central | acesso venoso | acesso venoso guiado por ultrassonografia

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 530

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE EXPERIÊNCIA: LIGA ACADÊMICA CAPIXABA DE CIRURGIA NA FORMAÇÃO MÉDICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL CASTIGLIONI NASCIMENTO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), LOREN ROSETTI REBELLO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), LEONARDO LOPES GLOOR (UNIVERSIDADE VILA VELHA), CAROLINE MARIA MOULAZ (UNIVERSIDADE VILA VELHA), VITOR SEQUIM (UNIVERSIDADE VILA VELHA), PAULO ALVES BEZERRA MORAIS (UNIVERSIDADE VILA VELHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO. A criação de uma Liga de Cirurgia não tem como finalidade a superespecialização precoce, pelo contrário, visa conduzir adequadamente uma demanda de aprendizado diferenciado que surge de modo natural dentre os estudantes. As informações deste relato foram obtidas através experiência dos ligantes e de ex-ligantes, registros fotográficos e descritivos das atividades realizadas da Liga Acadêmica Capixaba de Cirurgia (LIACC) e revisão da literatura, objetivando ressaltar a importância de uma Liga Acadêmica de Cirurgia na formação médica. RELATO DE CASO. A participação do aluno em uma Liga Acadêmica de Cirurgia proporciona maior comprometimento com o ensino de graduação, aprofundamento e aplicabilidade dos conteúdos de cirurgia prático e teórico, inserção em atividades de pesquisa e extensão, interação com alunos de outras instituições e com a comunidade. Com isso é possível ampliar e consolidar o conhecimento, obter maturidade profissional, oportunidades e parcerias. Além disso, diante das dificuldades na execução de alguns projetos, em âmbito administrativo e financeiro, os ligantes tornam-se melhores gestores, com mais disciplina, autonomia e proatividade. CONCLUSÕES. A LIACC funciona como instrumento de inserção na atividade médica e científica, baseada no tripé ensino-pesquisa-extensão, vista a realização de aulas semanais teóricas e práticas, serviços à comunidade, cursos de extensão e reuniões científicas com diversos palestrantes de renome estaduais e nacionais. É importante ressaltar que a LIACC visa conduzir adequadamente uma demanda que surge entre os estudantes que possibilita a formação de um profissional mais apto e preparado para abordagem integral de um paciente cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: Liga acadêmica de cirurgia | Ensino | Extensão

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 564

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Antibioticoprofilaxia: uma revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CLÁUDIA LEITE VILELA (FACULDADE ATENAS), ARTHUR BARROSO VIDAL VILARINHO (FACULDADE ATENAS), ANA BEATRIZ MORAES DE ABREU SALGADO (UNIRG), CARLOS HENRIQUE PONTE COELHO DE ASSIS (UNIRG)

RESUMO: Objetivo: A antibioticoprofilaxia é definida como a administração de antimicrobiano a fim de prevenir infecções e doenças ainda não estabelecidas. A administração de antibióticos como profilaxia em cirurgia deve-se considerar: a classificação da cirurgia, espectro escolhido, dose e duração. No entanto, os relatos têm mostrado a escolha incorreta, sem embasamento científico, acarretando graves consequências aos pacientes. Sabendo disso, os autores propõem a criação de um fluxograma abrangente que oriente -principalmente nos hospitais onde há carência de manuais e a CCIH é inoperante- os médicos quando na necessidade do uso de antimicrobiano para esse fim. Método: Foi realizada extensa revisão bibliográfica em artigos, guidelines e livros de Farmacologia e Cirurgia a fim de abordar as consequências do uso indiscriminado de antibióticos, bem como os fatores necessários para que a antibioticoprofilaxia seja eficaz. Em última etapa, os autores criaram um fluxograma que evidencia gradativamente o processo de escolha do antibiótico a ser usado de maneira profilática. Resultados: Os antimicrobianos estão entre os fármacos mais prescritos no ambiente hospitalar, correspondendo a 20-50% dos custos com medicamentos. O seu uso racional é estabelecido como o ato de prescrição que resulta no sucesso clínico com mínima toxicidade para o paciente e reduzido impacto sobre a resistência microbiana. As principais variáveis a serem consideradas para a escolha do antibiótico são: espectro de ação reduzido, custo, segurança e tolerabilidade do fármaco. Conclusões: O uso indiscriminado de antibióticos tem se tornado cada vez mais frequente em âmbito mundial. Uma alternativa de diminuir essa medida iatrogênica, seria uma maior fiscalização das entidades de ensino na área da saúde, garantindo uma melhor formação acadêmica; e dos comitês de infecções hospitalares, ao analisarem o tipo de antibiótico e o seu tempo de uso em cada caso. Por fim, a contínua construção de algoritmos em cada unidade hospitalar, com sua criação científica incentivada pelos gestores, também poderia ser uma importante alternativa. Bibliografia: 1. SANTANA, RS, et. Al. Consequências do uso excessivo de antimicrobianos no pós-operatório: o contexto de um hospital público. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia, pg 149-154, 2014. 2. Hospital Sírio-Libanês. Protocolo de antibioticoprofilaxia no paciente cirúrgico. 4° ed. São Paulo: 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Antibioticoprofilaxia | Cirurgia | Fluxograma

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 653

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: APENDICECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS LAPAROSCÓPICA: REVISÃO DE CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIOVANNA SORGATO TESSMANN (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BETINA FRANCIOSI (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BETINA NEUTZLING (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CHRISTIAN FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), MARIANA FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), RENATA ROCCA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), OSCAR EDUARDO LUZ DE CARVALHO LEITE (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES)

RESUMO: Introdução: Apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo inflamatório, acometendo 8% da população e com pico de incidência entre 10 e 30 anos. O princípio do tratamento é a cirurgia precoce e vários estudos foram realizados comparando as cirurgias aberta e videolaparoscópica quanto aos seus desfechos. Objetivos: comparar os casos de apendicite aguda submetidos à apendicectomia convencional ou laparoscópica no período de 01/08/2014 a 31/08/2016 quanto à taxa de infecção de ferida operatória, taxa de abscesso intra-abdominal no pós-operatório, taxa de reoperação e tempo de hospitalização em um hospital do sul do Brasil. Métodos: Análise retrospectiva de dados do prontuário de pacientes submetidos a apendicectomia videolaparoscópica ou apendicectomia convencional de 01/08/2014 a 31/08/2016. Resultados: de 235 pacientes selecionados, 218 foram submetidos à apendicectomia laparoscópica (grupo 1) e 17 à convencional (grupo 2). Os grupos eram homogêneos quanto a sexo, idade média e comorbidades. Não houve diferença estatisticamente significativa entre taxa de infecção de FO (5,9% x 13,3%, respectivamente; $p=0,256$) e taxa de abscesso intra-abdominal (11,8% x 13,3%, respectivamente; $p=0,694$). A taxa de reoperação foi de 2,3% no grupo 1 e de 0% no grupo 2 ($p=0,999$). Não houve diferença no tempo de internação para as duas modalidades [grupo 1: Md 3 dias (2-4 dias); grupo 2: Md 3 dias (2-3,5 dias); $p = 0,897$]. A taxa de conversão para cirurgia aberta foi 2,75%. Não houve diferença estatisticamente significativa no tempo desde a internação até a realização da cirurgia (70,6% do grupo 1 submetidos à cirurgia nas primeiras 24h de internação vs 88,2% no grupo 2; $p = 0,163$). Conclusão: as características demográficas da população em questão são semelhantes às analisadas em outros trabalhos. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para nenhuma das análises de desfechos realizadas, provavelmente pelo pequeno tamanho amostral e baixo poder estatístico do trabalho. No entanto, pode-se notar uma tendência à menor taxa de infecção de ferida operatória e menor taxa de abscesso intra-abdominal em pacientes submetidos à apendicectomia videolaparoscópica, que se enquadram nos resultados de outros estudos realizados comparando as duas técnicas. Também não houve diferença entre o tempo de internação dos pacientes submetidos a apendicectomia videolaparoscópica e convencional e uma tendência maior à reoperação no grupo da apendicectomia videolaparoscópica.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicectomia videolaparoscópica | Apendicectomia convencional | Apendicite

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 680

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Transplante de órgãos: a qualidade do conhecimento transmitido nas aulas de graduação de medicina como fator influenciador da intenção de doação.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), AFONSO ELAN COSTA SILVINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), JÚLIO CÉSAR CHAGAS E CAVALCANTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL)

RESUMO: Objetivo: Analisar como a qualidade do conhecimento transmitido nas aulas de graduação, acerca de transplante de órgãos, influencia na intenção dos estudantes de medicina serem doadores de órgãos. Métodos: Foi aplicado no período de abril a junho de 2016 questionário baseado na literatura a estudantes de medicina do interior do Ceará. A amostra não probabilística englobou 170 alunos acadêmicos do primeiro ao sexto semestre da UFC/campus Sobral. Estes avaliaram a intenção de doação de órgãos e conhecimentos relacionados ao tema através de 17 questões, respondidas por amostra. Os alunos que participaram assinaram termo de consentimento livre esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, preservando o anonimato. A apuração dos resultados foi realizada através do Google Formulário. Resultados: Dos 170 alunos participantes, 113(66,5%) não assistiram aulas acerca do assunto e 57(33,5%) já assistiram. Foram selecionados aqueles que já assistiram aulas sobre o assunto. Neste grupo, a taxa de intenção de doação de órgãos foi 85,9%, maior do que no grupo que ainda não teve aulas acerca do assunto (77,8%). Daqueles que classificaram a informação transmitida como ótimo ou bom, 12,12% (4) não pretendem doar órgãos. Já entre os que classificaram a informação como regular 9,5% (2) negaram a intenção de doação. Entre aqueles que classificaram como ruim/ péssimo (1) a taxa de rejeição foi 33,3%. Conclusões: Através dos dados vê-se que a qualidade da informação transmitida impactou positivamente na intenção dos estudantes, sendo maior entre aqueles que consideraram as informações ótimo/bom/regular. Além disso, os dados revelam que os estudantes, principalmente aqueles que já passaram por aulas, tem interesse em se tornar doadores de órgãos. Tal conclusão remete para a necessidade de intervenções na grade curricular visando uma maior abordagem do tema na formação, visto o impacto destas no processo de decisão. Os estudantes seriam muito além de potenciais doadores, passando a figurar como influenciadores de opinião ao transmitir informações para seus pacientes. Bibliografia: NETO, J.A.C et al, Estudantes de Medicina da UFJF e doação de órgãos para transplante, HU Revista, Juiz de Fora, v. 38, n. 1 e 2, p. 83-90, jan./jun. 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante de órgãos|Doação de órgãos|Estudantes de medicina

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 681

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Evolução do conhecimento dos estudantes de medicina da Região Norte do Ceará acerca da doação de órgãos ao longo dos seis primeiros semestres

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), AFONSO ELAN COSTA SILVINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JÚLIO CÉSAR CHAGAS E CAVALCANTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Analisar a evolução do conhecimento dos acadêmicos de uma faculdade de medicina da região norte do Ceará sobre a doação de órgãos ao longo dos seis primeiros semestres. Método: O estudo consistiu na aplicação de um questionário, composto por 17 questões sobre a doação de órgãos, no período de abril a junho de 2016 a estudantes de medicina do interior do Ceará. A amostra não probabilística foi constituída por 170 acadêmicos que cursavam do primeiro ao sexto semestre da UFC/campus Sobral. Os alunos que participaram assinaram termo de consentimento livre esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, mediante preservação do anonimato. A apuração dos resultados foi realizada através do Google Formulário. Resultados: O estudo constatou que 18,1% dos alunos dos três primeiros semestres e 52,6% dos estudantes do quarto ao sexto semestre afirmam já terem assistido a aulas ou cursos sobre transplantes. Dos que já assistiram aulas sobre o assunto 70,5% dos alunos dos três semestres iniciais e 52,5% dos alunos do quarto ao sexto classificaram a informação transmitida como boa ou ótima. Em relação à avaliação dos acadêmicos sobre a qualidade do conhecimento que possuem sobre esse assunto, 19,1% dos alunos do primeiro ao terceiro semestre e 15,7% dos que estão entre o quarto e o sexto semestre consideram bom ou ótimo. Conclusões: A informação adequada para os acadêmicos de medicina sobre transplante é fundamental, pois, além de conhecimento técnico, tal atividade envolve dilemas éticos. No presente estudo, constatou-se uma evolução quanto ao número de alunos que já assistiram aulas sobre o assunto no decorrer dos semestres. No entanto, houve um retrocesso quanto à classificação da qualidade da informação recebida pelos estudantes. Em relação à avaliação dos acadêmicos quanto ao conhecimento que possuem sobre transplante, também observou-se que uma maior porcentagem de estudantes dos semestres iniciais considerou o conhecimento de boa ou ótima qualidade. Dessa forma, percebe-se a necessidade de uma qualificação da informação repassada no decorrer do curso, visto que menos de 20% dos alunos dos dois grupos avaliados consideram o conhecimento adquirido bom ou ótimo, reafirmando que a desinformação está presente entre muitos estudantes, o que influencia negativamente todas as etapas da doação. Bibliografia: NETO, J.A.C et al, Estudantes de Medicina da UFJF e doação de órgãos para transplante, HU Revista, Juiz de Fora, v. 38, n. 1 e 2, p. 83-90, jan./jun. 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Estudantes de Medicina | Transplante de órgãos | Conhecimento

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 689

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Suturas e Fios: A Eficácia da Implementação de Aulas Teóricas sobre o Tema em um Curso de Técnicas Cirúrgicas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FLAVIANY MARIA SANTIAGO FORTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LEVI CARVALHO E SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), SAULO BARROS TEIXEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RINELLE MARIA MARTINS COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: OBJETIVOS: É sabida a relevância de aulas práticas para a aprendizagem de suturas e fios cirúrgicos, mas pouco é discutido sobre a influência de aulas teóricas na construção dessa aprendizagem. Visando isso, o presente trabalho tem como objetivo avaliar a importância de aulas teóricas sobre o tema ?Suturas e Fios? para a consolidação do conhecimento sobre o assunto, em um curso de Técnicas Cirúrgicas. MÉTODOS: Pesquisa empírica experimental com intervenção, realizada na Universidade Federal do Ceará - Campus de Sobral. A amostra constou de 20 alunos entre o 2º e o 5º períodos de medicina regularmente inscritos no curso de Técnicas Cirúrgicas, entre 17 e 22 anos. Foram aplicados pré e pós-teste sobre o tema proposto, ambos contendo 4 questões. RESULTADOS: A turma do curso avaliada apresentou uma distribuição de estudantes de medicina composta, em sua maioria, pelo sexo masculino (55%) e por estudantes do segundo período (50%). O pré-teste demonstrou 31% de acerto sobre questões de suturas e fios cirúrgicos, tendo o pós-teste demonstrado 56% de questões acertadas, totalizando um acréscimo de 25% de questões resolvidas corretamente após a realização da aula teórica. A maioria dos alunos (85%) respondeu corretamente a questão que trata sobre o ponto de Gilles, sendo esta a questão com maior índice de acertos. CONCLUSÃO: Observamos que a utilização de aulas teóricas sobre suturas e fios proporciona conhecimento relevante, afirmado pelo crescimento da percentagem de acertos entre os estudantes do presente curso de técnicas cirúrgicas. As aulas teóricas são, portanto, um importante alicerce para a construção de novos profissionais e para o desenvolvimento de suas habilidades cirúrgicas, tão necessárias no exercício da medicina. BIBLIOGRAFIA: Mayeaux, E. J. Guia Ilustrado de Procedimentos Médicos. - Porto Alegre: Artmed, 2012. Stephen B. Hulley, Steven R. Cummings, Warren S. Browner, Deborah G. Grady, Thomas B. Newman, 2015. Delineando a pesquisa clínica - 4.ed. Cleber Cristiano Prodanov e Ernani Cesar de Freitas, 2013. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico - 2. ed.

PALAVRAS-CHAVES: Suturas | Aulas Teóricas | Fios

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 709

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Feridas Cirúrgicas: Uma Avaliação da Metodologia Didática nas Aulas Teóricas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FLAVIANY MARIA SANTIAGO FORTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LEVI CARVALHO E SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), SAULO BARROS TEIXEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RINELLE MARIA MARTINS COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: OBJETIVOS: O objetivo deste estudo foi avaliar a importância das aulas teóricas sobre o tema "Feridas Cirúrgicas" para a consolidação do conhecimento sobre o assunto, no decorrer de um curso de técnicas cirúrgicas. MÉTODOS: Pesquisa empírica experimental com intervenção, realizada na Universidade Federal do Ceará - Campus de Sobral. A amostra constou de 20 alunos entre o 2º e o 5º períodos de medicina regularmente inscritos no curso de Técnicas Cirúrgicas, na faixa etária entre 17 e 22 anos. Foram aplicados pré e pós-teste sobre o tema proposto, ambos contendo 4 questões. RESULTADOS: A turma do curso avaliada apresentou uma distribuição de estudantes de medicina composta, em sua maioria, pelo sexo masculino (55%) e por estudantes do segundo período (50%). O pré-teste demonstrou 27% de acerto sobre questões de feridas cirúrgicas, tendo o pós-teste demonstrado 55% de questões acertadas, totalizando um acréscimo de 28% de questões resolvidas corretamente após a aplicação de aula teórica. A maioria dos alunos (70%) respondeu corretamente a questão que tratava sobre desbridamento, sendo esta a questão com maior índice de acertos. CONCLUSÃO: Pré e pós-testes são utilizados para medir o conhecimento adquirido pelos participantes numa formação. Podemos concluir, através dos índices de acertos no pós-teste, que a aula teórica sobre feridas cirúrgicas mais que duplicou o índice de acertos nas questões que tratavam sobre o tema, colaborando assim para concretização do conhecimento dos alunos do curso de técnicas cirúrgicas acerca do tema. Assim, é relevante a abordagem teórica deste assunto para o desenvolvimento de habilidades cirúrgicas entre os estudantes de graduação em medicina. BIBLIOGRAFIA: Danyllo do Nascimento Silva Junior, Crislayne Alesandra Aquino Silva, Niedja Cibegne da Silva Fernandes, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento, 2016. Estudo de caso de paciente com ferida cirúrgica infectada: Análise da integração ensino-serviço. Por Stephen B. Hulley, Steven R. Cummings, Warren S. Browner, Deborah G. Grady, Thomas B. Newman, 2015. Delineando a pesquisa clínica - 4.ed. Cleber Cristiano Prodanov e Ernani Cesar de Freitas, 2013. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico - 2. ed.

PALAVRAS-CHAVES: Feridas Cirúrgicas | Aulas Teóricas | Habilidades Cirúrgicas

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 725

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise microscópica das alterações inflamatórias em enxertos de gordura através de novo sistema de pontuação para variáveis de fase aguda e crônica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA PAULA MARTINS SEBASTIÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)), FELIPE HAUPENTHAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)), ANDRÉ D'AVANÇO DE MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)), APAGAR REGISTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR))

RESUMO: Objetivo: O predomínio da taxa de inflamação aguda em relação ao processo inflamatório crônico na análise de lâminas histológicas representa resolução mais lenta do processo de integração de enxertos, favorecendo os resultados estético-funcionais do procedimento por reduzir possíveis complicações, como perda tecidual, fibroses e formação de cistos. Porém, há carência de um modelo sistematizado para avaliação das variáveis que determinam a relação entres os processos inflamatórios, fato este que prejudica a comparação entre os estudos e interfere em resultados decorrentes da análise microscópica. O objetivo do presente estudo foi propor um modelo de pontuação para diferenciar de maneira objetiva os indicadores de inflamação aguda versus processo inflamatório crônico, necessários para a análise da influência de substâncias administradas na velocidade de resolução do processo inflamatório decorrente de lipoenxertia. Método: 16 lâminas contendo tecido gorduroso retirado de lipoenxertia prévia, a qual foi realizada em ratos Wistar divididos em grupo-controle (ausência de fármaco) e grupo de estudo (administração do fármaco), foram coradas com Hematoxilina-Eosina e analisadas por microscópio óptico. A fim analisar as alterações inflamatórias presentes no tecido avaliado, um sistema de pontuação foi criado: para a fase aguda, foram consideradas as variáveis congestão, edema e infiltrado inflamatório polimorfonuclear, recebendo pontuação de zero (ausência de achados) a -3 (achados acentuados) conforme a intensidade das variáveis encontradas. Para a fase crônica, as variáveis consideradas foram tecido de granulação, infiltrado inflamatório monomorfonuclear e fibrose, recebendo pontuação de zero (ausência de achados) a +3 (achados acentuados) conforme a intensidade das variáveis encontradas. Resultados: O grupo de estudo obteve pontuação média de 1,63, contra 3,75 do grupo-controle (p-valor=0,023), indicando predominância do processo inflamatório agudo no grupo de estudo em relação ao grupo-controle, ou seja, maior velocidade na resolução do processo inflamatório no grupo-controle. Conclusões: A utilização do sistema de pontuação considerando as variáveis inflamatórias resultou no alcance de resultados estatisticamente significativos na comparação entre os dois grupos presentes no experimento, permitindo afirmar que a administração do fármaco favoreceu a integração microscópica da lipoenxertia, desacelerando a resolução do processo inflamatório de absorção tecidual.

PALAVRAS-CHAVES: Análise microscópica | Lipoenxertia | Taxa de inflamação

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 733

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MICROCIRURGIA PARA TRATAMENTO DE TUMOR INTRACRANIANO PROFUNDO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA MARIA GARCIA (ITPAC), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC/FAHESA), PATRICK NUNES BRITO (ITPAC/FAHESA), JULIANE LOPES DO NASCIMENTO (ITPAC/FAHESA), OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR (ITPAC/FAHESA), JORGE LUIZ C. C. GOMES ABRANTES (ITPAC/FAHESA), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC/FAHESA), JOSÉ ROBERTO LÓPEZ RIVERO (ITPAC/FAHESA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Cerca de 10% das hemorragias intracerebrais são causados por malformações vasculares. O tipo mais frequente é a malformação arteriovenosa (MAV), que tem um centro de vasos displásicos, artérias de alimentação e veias para drenagem. As MAV verdadeiras são shunts congênitos entre os sistemas arterial e venoso que podem apresentar-se como cefaleias, crises epiléticas e hemorragia intracraniana, no entanto costumam permanecer clinicamente silenciosas por toda vida. **RELATO DE CASO:** Masculino, 70 anos, com quadro de hemiparesia e hemiparestesia à direita, atendido no Hospital Regional de Araguaína, realizou ressonância magnética do crânio com contraste que evidenciou lesão expansiva e infiltrativa na região temporo-parietal esquerda, com áreas de degeneração necrótica de permeio, paredes espessas e nutrida com vasos calibrosos de aspecto inespecífico, de dimensões 2,75 x 3,25 x 3,02 cm (laterolateral x craniocaudal x anteroposterior), sendo alavancada a hipótese de ser um glioblastoma multiforme. Três meses após foi submetido a microcirurgia para tratamento de tumor intracraniano profundo. No procedimento paciente se encontrava decúbito dorsal, com a cabeça a direita, sendo realizada incisão temporofrontal esquerda e craniotomia a nível do tumor com posterior abertura e exposição do córtex. Realizada microdissecção transnucal com aferentes tumorais sangrantes, e incisão transcortical, onde identificou-se lesão amplamente vascular, cujas características apontavam para lesão hemangioma, angioma ou malformação arteriovenosa. Realizou-se exérese completa da lesão, sendo o sangramento significativo oriundo da própria lesão. Realizou-se cranioplastia e fechamento em planos subcutâneo, músculo aponeurótico. Uma amostra da lesão foi recolhida e enviada para estudo histopatológico. A cirurgia foi encerrada após 7h30min de duração e o paciente recebeu alta no 21º DPO. No exame anatomopatológico registrou-se, macroscopicamente, formações irregulares de tecido pardo-acastanhado e elástico, e na microscopia o resultado foi sugestivo de malformação arteriovenosa associada a intensa proliferação astrocitária. Para a confirmação diagnóstica precisa foi indicado análise imunohistoquímica. **CONCLUSÃO:** O tratamento para MAV costuma ser conservador, no entanto a intervenção cirúrgica também é utilizada a fim de evitar uma piora da disfunção neurológica.

PALAVRAS-CHAVES: Craniotomia|Dissecção transnucal|Mal formação arteriovenosa

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 748

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRANSPLANTE DE GASTROCNÊMIO EM RATOS WISTAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA HORBE WACHHOLZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), LYDIA MASAKO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO E ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA), MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: OBJETIVO Demonstrar um modelo experimental heterotópico que utiliza nervo sensitivo e motor em neurorrafias terminolateral e terminoterminal. MÉTODOS 5 grupos Wistar. Músculo gastrocnêmio do rato, envelopado por uma fina lâmina de silicone transferido para o abdome. O grupo 1 teve o nervo motor preservado. O grupo 2 apresenta o nervo motor associado ao nervo sensitivo. O grupo 3 teve o nervo do gastrocnêmio terminoterminal associado com o nervo sensitivo safeno. O grupo 4 têm o nervo tibial associado de forma terminolateral com o nervo femoral motor. No grupo 5 o nervo tibial motor do gastrocnêmio foi suturado terminoterminal no nervo safeno. Dezesesseis semanas após coleta do músculo: peso úmido e avaliação histológica. Erro alfa de 80%, SPSS 11.0. RESULTADOS Ocorreu atrofia em todos, sendo maior nos que sofreram privação do suprimento motor e maior nos dois grupos que receberam reinervação sensitiva ($P > 0,01$). Houve preservação da estrutura muscular mesmo nos grupos que utilizaram o nervo sensitivo. O envelope de silicone tende a se dissolver com o passar das semanas. CONCLUSÃO modelo heterotópico do gastrocnêmio permite diversas modalidades de transferência nervosa utilizando-se nervo motor e sensitivo como doadores. REFERÊNCIAS 1. Ferreira, L. M., Weinstock M., Jaeger, M. Sutura nervosa Em: Técnica ilustrada em Microcirurgia. 1 ed. : Dilivros, RJ, 2015. 2. Manoli T, Schulz L, Stahl S, Jaminet P, Schaller HE. Evaluation of sensory recovery after reconstruction of digital nerves of the hand using muscle-in-vein conduits in comparison to nerve suture or nerve autografting. Epub 2014 Sep; 33(4): 279-85. 3. Arnaout A, Fontaine C, Chantelot C. Sensory recovery after primary repair of palmar digital nerves using a RevolvNerv(®) collagen conduit: a prospective series of 27 cases. Epub 2014 Sep; 33(4): 279-85 4. Jaeger M, Neto N, Milani A, Ely P, Silva J. NEURORRAFIA TERMINOLATERAL NA TRANSFERÊNCIA DE NERVO ULNAR EM LESÕES DO PLEXO BRAQUIAL. Arquivos Catarinenses de Medicina - Volume 41 - Suplemento 01 - 2012 5. Gao W, Liu Q, Li S, Zhang J, Li Y. End-to-side neurorrhaphy for nerve repair and function rehabilitation. Epub 2015 Aug; 197(2): 427-35

PALAVRAS-CHAVES: experimental | transplante | microcirurgia.

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 753

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TREINAMENTO EM CIRURGIA MICROVASCULAR NAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA HORBE WACHHOLZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), LYDIA MASAKO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO E ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA), MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: OBJETIVO Demonstrar um modelo experimental de até quatro horas semanais de estudo independente que permite o retreinamento nas suturas microvasculares. MÉTODO Roedores Wistar entre 200 e 500 gramas, excedentes de experimentos de pesquisa. Vasos femorais são abordados de um ou dos dois lados através de uma incisão inguinal oblíqua ao longo do ligamento inguinal. Artéria e veia femoral são isoladas e medidas, sendo clampeadas e seccionadas. O indivíduo realiza em seqüência de complexidade anastomoses microvasculares arteriais e venosas terminotermiais, terminolaterais e enxertos venosos e arteriais nos vasos. A permeabilidade é avaliada pelo teste de patência vascular após a confecção das anastomoses microvasculares. RESULTADOS Nos primeiros espécimes, somente são realizadas anastomoses vasculares terminotermiais arteriais e venosas. O diâmetro médio dos vasos femorais varia de 0,8 a 2 mm entre os roedores (artéria, média de 0,6 a 1,4mm, veia entre 0,8 e 2mm). A superficialidade dos vasos permite uma dissecação mais rápida, podendo também ser realizada na outra região inguinal. CONCLUSÃO O modelo de retreinamento individual permite o aprendizado de sutura microvascular nos indivíduos do staff permanente. REFERÊNCIAS Ferreira, L. M., Weinstock M., Jaeger, M. Sutura nervosa Em: Técnica ilustrada em Microcirurgia. 1 ed. : Dilivros, RJ, 2015, p. 11-12.2. FERNANDEZ DIAZ, Juan et al . Sutura mecánica microvascular en cirugía reconstructiva de cabeza y cuello. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac, Barcelona , v. 34, n. 4, p. 145-150, dic. 2012 . Malik MM, Hachach-Haram N, Tahir M, Al-Musabi M, Masud D, Mohanna PN. Acquisition of basic microsurgery skills using home-based simulation training: A randomised control study. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2017 Jan 9 Lee N, Daley RA, Cooley BC. Rat posterior facial vein interpositional graft: a more relevant training model. Microsurgery. 2014 Nov;34(8):653-6.

PALAVRAS-CHAVES: treinamento | microcirurgia | cirurgia

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 755

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRANSFERÊNCIA TERMINOLATERAL EM JANELA DE PERINEURO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA HORBE WACHHOLZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL E ESCOLA DE MEDICINA), GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL E ESCOLA DE MEDICINA), JEFFERSON LUIS BRAGA SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL E ESCOLA DE MEDICINA), LYDIA MASAKO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO E ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA), MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL E ESCOLA DE MEDICINA)

RESUMO: OBJETIVO Em lesões C5-C7 do plexo braquial, a transferência do nervo ulnar permite a reinervação do bíceps. Em lesões C5- T1, este procedimento é proibido. O modelo clínico avalia a possibilidade de transferência terminolateral sem secção do fascículo doador. MÉTODOS Idade média 26.4 +/- 10 anos (+/- DP, média 16-45 anos). Sete pacientes com lesão C5- C6 tiveram transferência terminolateral (Controle). Cinco pacientes com lesão completa de plexo tiveram transferência terminolateral em janela de 3mm de perineuro entre ramo bicipital do músculo cutâneo e nervo ulnar (Testado). Avaliados pela eletroneuromiografia e o escore do British Medical Research Council (BMRC). RESULTADOS Movimento bicipital a partir de 5.3 +/- 2 meses (+/- DP, média 1-8 meses) nos dois grupos. Seguimento clínico de 19.3 +/- 15 meses. Flexão do cotovelo alcançou escore BMRC de 4 em 6 pacientes (Controle) e em 2 (Testado), mediana de 3 e 1, respectivamente. Estudo eletrofisiológico mostrou atividade elétrica em todos. CONCLUSÃO modelo clínico terminolateral em janela permitiu a transferência nervosa em lesão completa C5- T1. Não é possível concluir se a quantidade de movimento atribuída foi devida à transferência nervosa ou a regeneração dos fascículos lesados. REFERÊNCIAS Angélica-Almeida M, Casal D, Mafra M, Mascarenhas-Lemos L, Martins-Ferreira J, Ferraz-Oliveira M, Amarante J, Goyri-O'Neill J. Brachial plexus morphology and vascular supply in the wistar rat. *Acta Med Port.* 2013 May-Jun;26(3):243-50. Bobkiewicz A, Cwykiel J, Siemionow M. Anatomic variations of brachial and lumbosacral plexus models in different rat strains. *Microsurgery.* 2016 Jun 7 Papalia I, Magaouda L, Righi M, Ronchi G, Viano N, Geuna S, Colonna MR. Epineurial Window Is More Efficient in Attracting Axons than Simple Coaptation in a Nerve Repair in the Rat Upper Limb: Functional and Morphometric Evidences and Review of the Literature. *Ecolection* 2016 Feb 12;11(2):e0148443 Oprych KM, Kalsi PS, Kachramanoglou C, Choi D. Technical Improvements to a Rat Brachial Plexus Avulsion Model via a Posterior Surgical Approach. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2016 Jan 7;3(12):e576.

PALAVRAS-CHAVES: nervo|epineuro|sutura

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 778

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relação entre a intenção de doar órgãos em vida e o conhecimento dos riscos do transplante intervivo de estudantes de medicina da região norte do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), AFONSO ELAN COSTA SILVINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), JORDANA DE PAULA SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL)

RESUMO: Objetivo: Relacionar se a intenção de doação de órgãos em transplantes intervivos está associada ao conhecimento dos riscos que existem nessa doação entre acadêmicos de medicina. Método: No período de abril a junho de 2016 aplicou-se o "Questionário sobre Doação de Órgãos" a estudantes de medicina, que cursavam do primeiro ao sexto semestre da UFC/campus Sobral. Foram 17 questões, respondidas por amostra não-probabilística de 170 alunos, que avaliavam a intenção de doação de órgãos e conhecimentos sobre o tema. Os participantes assinaram termo de consentimento livre esclarecido. Resultados: Os órgãos que podem ser doados em vida são medula óssea, rim e fragmentos do fígado e pulmão. No estudo constatou-se que 153 alunos, seriam doadores de órgãos ou parte dele em um transplante intervivos. Em relação ao tipo de órgão, os principais na pretensão de doação foram: medula óssea 94,2%, rim 81,9% e fígado 67,7%. Já quanto ao conhecimento sobre os riscos que existem nesses tipos de doações apenas 57,1% estavam cientes. Em relação aos riscos da doação de rim, são os mesmos dos que se submetem a uma cirurgia e anestesia geral. Além disso, não há risco de comprometimento das funções renais, que podem ser realizadas normalmente por apenas um único rim. No caso do fígado sua alta capacidade de regeneração garante uma doação com menor morbidade que do pulmão, em que é possível a retirada do lobo inferior, mas com maiores restrições. Já na doação de medula óssea por procedimento cirúrgico os problemas graves ocorridos a doadores são raros e limitados. Em alguns casos apenas dor no local da punção, dor de cabeça e cansaço são relatados e por volta de 15 dias a medula estará completamente recuperada. Já por aférese não há necessidade de internação e nem de anestesia. Conclusões: A doação de órgãos intervivos é extremamente relevante. Por isso é essencial que estudantes de medicina sejam potenciais doadores e conhecedores dos baixos riscos que existem nesses transplantes. No estudo mesmo 42,9% dos acadêmicos desconhecendo os riscos na doação apenas 10% não seriam doadores em transplantes intervivos. A partir disso, presume-se que o desconhecimento dos riscos não seria empecilho para as doações. Contudo, percebe-se deficiência de educação continuada específica sobre o tema transplante e os seus riscos. Bibliografia: MORAIS, T.R.; MORAIS, M.R. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. 2012, Rio de Janeiro, Saúde em Debate, v. 36, n. 95, p. 633-639.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante de órgãos | Estudantes de medicina | Doação de órgãos

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 781

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Justificativas para a não doação de órgãos dos estudantes de Medicina da Zona Norte do Ceará.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), AFONSO ELAN COSTA SILVINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), JÚLIO CÉSAR CHAGAS E CAVALCANTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL)

RESUMO: Objetivo: Este trabalho tem como objetivo analisar o motivo para a não doação de órgãos entre os acadêmicos de medicina. Método: Estudo transversal, observacional, com amostra não-probabilística de 170 acadêmicos de medicina devidamente matriculados do primeiro ao sexto semestre da Universidade Federal do Ceará ? Campus Sobral. No período de abril a junho de 2016, os estudantes de medicina responderam o questionário denominado ?Questionário sobre Doação de Órgãos?, avaliando a intenção de doar os órgãos após a morte e os motivos para a não doação, e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, mediante preservação do anonimato. A apuração dos resultados foi realizada através do Google Formulário. Resultados: A amostra foi formada por 170 acadêmicos de medicina, sendo 39 (23%) do primeiro semestre, 29 (17%) do segundo semestre, 26 (15,3%) do terceiro semestre, 27 (15,7%) do quarto semestre, 20 (12%) do quinto semestre e 29 (17%) do sexto semestre. Em relação a intenção de doar os órgãos após a morte, 139 (81,8%) relatam desejo em doar e 31(18,2%) não apresentam intenção em doar os órgãos. Dos 31 que não apresentam intenção em doar os órgãos, 11 (35,5%) referiram falta de interesse, 8 (25,8%) referiram medo, 5 (16,2%) referiram motivos religiosos,4 (12,9%) relataram outros motivos e 3 (9,6%) referiram desinformação. No primeiro ano do curso de medicina, 15 estudantes referiram não intenção em doar, sendo 7 (46,7%) por falta de interesse, 4 (26,7%) por medo, 2 (13,3%) por desinformação e 2 (13,3%) por outros motivos. No segundo ano, 6 estudantes não referiram intenção em doar, sendo 3 (50%) por falta de interesse, 1 (16,6%) por motivo religioso, 1 (16,6%) por medo e 1 (16,6%) por desinformação. No terceiro ano, 8 estudantes referiram não intenção em doar, sendo 3 (37,5%) por medo, 2 (25%) por falta de interesse e 3 (37,5%) por motivos religiosos. Conclusões: O motivo mais frequente para a não doação de órgãos é a falta de interesse dos estudantes, seguido pelo medo, motivos religiosos e desinformação. Durante o curso, a desinformação deixou de ser um motivo para a não doação de órgãos. Bibliografia: SANTOS, R.J. et al, Aspectos éticos dos transplantes de órgãos na visão do estudante de medicina: um estudo comparativo. Rev. bioét., Salvador, v. 24, n. 2, p. 344-54, 2016

PALAVRAS-CHAVES: Transplante de órgãos|Estudantes de medicina|Doação de órgãos

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 782

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Avaliação do risco nutricional e sua relação com complicações pós-operatórias em pacientes oncológicos submetidos à cirurgia do TGI no HUSF

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON MATRONE COSTA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE), LEONARDO BAYLÃO NIGRE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE), HUMBERTO JOSÉ PORTELLA GARCIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE), ALINE TROVÃO QUEIROZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE), MARCIO ALEXANDRE TERRA PASSOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE), PEDRO PAULO DOS SANTOS CASTILHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE), RAFAEL NETO PEREIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE), EDUARDO VICTORINO DE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE), FERNANDA FIGUEIRA FEIJÓ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE)

RESUMO: RESUMO: o estado nutricional é um dado clínico importante e de prognóstico nos pacientes cirúrgicos. O presente estudo busca avaliar o risco do estado nutricional dos pacientes oncológico, que serão submetidos à cirurgia do trato gastrointestinal no Hospital Universitário Sul Fluminense, e sua relação com complicações pós-operatórias. Serão utilizados para avaliação nutricional dos pacientes os critérios da NRS 2002 associado a níveis de albumina sérica. A desnutrição, também chamada de desnutrição relacionada à doença (DRM), pode ser o resultado de uma ingestão nutricional deficiente uso prejudicado ou perda de macro e ou micronutrientes, ou pode resultar de inflamação aguda ou crônica. Adequada nutrição pré-operatória e pós-operatória diminui o período de incapacidade após a cirurgia, diminui a incidência de complicações pós-operatórias e melhora a cicatrização. Quando o consumo alimentar de uma pessoa saudável é reduzido em um período entre 10 e 12 dias, podem ocorrer deficiências de vitaminas, micronutrientes e proteínas, resultando em diminuição da aptidão física, menor resistência às doenças, aumento na susceptibilidade a processos infecciosos e interferência no processo normal de cicatrização de feridas. É claro que o estado nutricional pode se deteriorar durante a internação hospitalar, levando à desnutrição, que ocorre em 20 e 60% dos pacientes hospitalizados, mas também afeta pacientes ambulatoriais em percentuais menores. A Sociedade Européia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) publicou novos critérios baseados em consenso para a desnutrição, que deveriam ser aplicados independentemente do cenário clínico e da etiologia, quando o rastreamento da desnutrição der um resultado positivo. O Rastreio de Risco Nutricional 2002 (NRS-2002) é a ferramenta proposta pelas diretrizes ESPEN principalmente para a detecção de indicações de suporte nutricional. **OBJETIVO:** Avaliar a associação do estado nutricional com complicações pós-operatórias em pacientes portadores de câncer submetidos a cirurgias do trato gastrointestinal no Hospital Universitário Sul Fluminense. **RESULTADOS:** trata-se de um estudo de coorte prospectivo com início da coleta de dados em fev/2017 e com término em fev/2018. **CONCLUSÃO:** o número de dados amostrais de pacientes não é significativo para correlacionar a desnutrição e complicações pós operatórias até o presente momento. **BIBLIOGRAFIA:** 1. Bistran B, Blackburn G, Hallowell E, estado Heddle R. Protein de sur- geralgico patients. J Am Med.

PALAVRAS-CHAVES: risco nutricional | oncologia | cirurgia

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 785

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Conhecimento dos estudantes de uma escola de medicina da região norte do Ceará sobre os custos da doação de órgãos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), AFONSO ELAN COSTA SILVINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANDERSON FERREIRA CARNEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Analisar o nível de conhecimento dos estudantes de medicina de uma universidade da cidade de Sobral, no norte do Ceará, sobre os custos do transplante de órgãos, especificamente o fígado, e suas opiniões sobre quais instâncias devem custear o procedimento. Método: Trata-se de um estudo seccional que consistiu na aplicação de questionários validados sobre doação de órgãos, no período de Abril a Julho de 2016 aos acadêmicos dos seis primeiros semestres de uma Faculdade de Medicina. Dentre as 17 perguntas, três abordavam temas como custos gerais do enxerto de fígado e se é dever da União ou de planos de saúde pagar pela cirurgia. A apuração dos dados foi feita através de uma plataforma no Google Formulários, que também permitiu sua análise pelos pesquisadores. Resultados: Foram obtidos 170 questionários respondidos, considerando-se as perdas por estudantes ausentes ou que se recusaram a participar. Os dados obtidos mostram que, 56 estudantes (33,1%) consideram que os custos com transplante de fígado estão entre R\$ 30.000 e R\$ 60.000. 46 estudantes (27,2%) assinalaram o item com o intervalo correto (entre R\$ 60.000 e R\$ 100.000). Segundo o SIGTAP- DATASUS, o transplante hepático tem um custo hospitalar total de R\$ 68.803,26. Entre os demais estudantes, 21 (12,4%) responderam que o custo com esse tipo de transplante é menor que R\$ 30.000; 46 (27,3%) afirmaram que era maior que R\$ 100.000. Apenas um estudante disse que o SUS não paga pelo transplante. Quanto às demais perguntas, 142 acadêmicos (83,5%) responderam que é dever da União cobrir os custos com transplantes integralmente e 151 (88,8%) afirmaram que os planos de saúde também deveriam custear a transplantação. Conclusões: Os dados indicam que grande parte dos acadêmicos de medicina já apresentam um certo conhecimento sobre o elevado custo de um transplante. A maioria sabe que o SUS é o custeador do procedimento, mas afirmam que planos de saúde particulares deveriam ser os responsáveis, pelo menos em parte. Esse conhecimento dos estudantes é essencial para a formação de uma classe médica com maior entendimento do equilíbrio necessário devido o aumento da demanda de enxertos e a escassez econômica, viabilizando certos procedimentos. Bibliografia: NETO, J.A.C et al, Estudantes de Medicina da UFJF e doação de órgãos para transplante, HU Revista, Juiz de Fora, v. 38, n. 1 e 2, p. 83-90, jan./jun. 2012; SIGTAP-DATASUS. Tabela Unificada. Disponível em .Acesso em: 12 dez. 2016.

PALAVRAS-CHAVES: Custos do transplante de órgãos|Conhecimento|Estudantes da área da saúde

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 789

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Conhecimento de acadêmicos de medicina da Zona Norte do Ceará sobre doação de órgãos e o impacto na intenção de doação de órgãos após a morte

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), AFONSO ELAN COSTA SILVINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JORDANA DE PAULA SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Analisar se o conhecimento sobre doação de órgãos do estudante de medicina influencia a intenção de doação de órgãos após a morte. Método: Estudo transversal, observacional, com amostra não-probabilística de 169 acadêmicos de medicina devidamente matriculados do primeiro ao sexto semestre da Universidade Federal do Ceará ? Campus Sobral. No período de abril a junho de 2016, os estudantes de medicina responderam o questionário denominado ?Questionário sobre Doação de Órgãos?, avaliando a qualidade do conhecimento do estudante sobre a doação de órgão e a intenção de doar após a morte, e assinaram termo de consentimento livre esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, mediante preservação do anonimato. Foram excluídos questionários não ou parcialmente preenchidos. A apuração dos resultados foi realizada através do Google Formulário. Resultados: A amostra foi formada por 169 estudantes de medicina, desses 137 (81%) desejam doar seus órgãos e 32 (19%) não. Dos 169 participantes, 142 (84%) classificam seus conhecimentos sobre doação de órgãos como péssimo/ruim/regular e 27 (16%) classificam como bom/ótimo. Em relação a qualidade do conhecimento sobre doação de órgãos e a intenção de doar os órgãos após a morte, 15 (8,8%) consideram péssima, dos quais 12 (7,1%) possuem a intenção de doar; 49 (29%) consideram ruim, dos quais 40 (23,7%) possuem a intenção de doar; 78 (46,3%) consideram regular, dos quais 65 (38,4%) possuem a intenção de doar; 24 (14,2%) consideram bom, dos quais 18 (10,6%) possuem a intenção de doar e 3 (1,7%) consideram ótimo, dos quais 2 (1,2%) possuem a intenção de doar. A intenção de doar no grupo de acadêmicos com conhecimento auto avaliado como péssimo/ruim/regular e no grupo bom/ótimo foi de aproximadamente 80%. Conclusões: Quantidade significativa dos estudantes consideram seus conhecimentos acerca doação de órgãos superficiais, evidenciando a necessidade da inserção do tema no currículo das escolas médicas. O conhecimento dos acadêmicos sobre o tema não influenciou a decisão sobre a doação de órgãos. Bibliografia: NETO, J.A.C et al, Estudantes de Medicina da UFJF e doação de órgãos para transplante, HU Revista, Juiz de Fora, v. 38, n. 1 e 2, p. 83-90, jan./jun. 2012; SANTOS, R.J. et al, Aspectos éticos dos transplantes de órgãos na visão do estudante de medicina: um estudo comparativo. Rev. bioét., Salvador, v. 24, n. 2, p. 344-54, 2016

PALAVRAS-CHAVES: Doação de órgãos | Estudantes de Medicina | Bioética

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 794

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Conhecimento de acadêmicos de Medicina sobre o transplante de órgão intervivos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), AFONSO ELAN COSTA SILVINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JÚLIO CÉSAR CHAGAS E CAVALCANTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Analisar o conhecimento e a compreensão dos estudantes dos três primeiros anos de uma faculdade de medicina na região norte do Ceará acerca do transplante de órgãos intervivos. Método: Foi realizado um estudo transversal, entre abril e julho de 2016, através da aplicação de um questionário validado composto por 17 questões que abordou os diferentes aspectos da doação de órgãos, das quais 4 eram sobre transplantes intervivos. A amostra não probabilística englobou 170 acadêmicos, do primeiro ao sexto semestre, de um curso de medicina da região norte do Ceará. Os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, mediante preservação do anonimato. Foram excluídos questionários não preenchidos ou parcialmente preenchidos. A apuração dos resultados foi realizada através do Google Formulário. Resultados: Dos acadêmicos consultados, 153 (90%) afirmaram que doariam órgãos em um transplante intervivos, apesar de quase a metade desses estudantes (42,9%) desconhecer os riscos implicados nesse tipo de transplante. Quando questionados sobre para quem doariam seus órgãos ainda em vida, 141 (91,6%) indicaram os pais, 135 (87,7%) irmãos, 131 (85,1%) filhos, 77 (50%) amigos, 70 (45,5%) primos e apenas 28 (18,2%) desconhecidos. Já quando perguntados sobre quais órgãos poderiam doar em vida 146 (94,2%) responderam medula óssea, 127 (81,9%) rim, 105 (67,7%) fígado, 29 (18,7%) pulmão e 20 (12,9%) outros órgãos. Conclusões: Observa-se uma deficiência no conhecimento dos acadêmicos da metade inicial do curso de medicina acerca dos transplantes intervivos, evidenciada pela parcela expressiva que afirma desconhecer os riscos do procedimento. Além disso, quando questionados sobre a possibilidade de doação de determinados órgãos, os estudantes apresentam certa falta de informação, uma vez que todos os órgãos apresentados nas opções podem ser doados, apesar de alguns, como os pulmões, serem feitos em condições especiais. Assim, é necessário melhorar o conhecimento teórico dos acadêmicos sobre o tema. Bibliografia: MORAIS, Taise Ribeiro; MORAIS, Maricelma Ribeiro. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p.633-639, dez. 2012; SANTOS, Ramona de Jesus et al. Aspectos éticos dos transplantes de órgãos na visão do estudante de medicina: um estudo comparativo. Revista Bioética, Brasília, v. 24, n. 2, p.344-354, ago. 2016.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante intervivo | Conhecimento | Estudantes de Medicina

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 813

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise da opinião de estudantes do interior do Ceará sobre os critérios de doação de órgãos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), AFONSO ELAN COSTA SILVINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JÚLIO CÉSAR CHAGAS E CAVALCANTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Analisar a opinião de estudantes de medicina do interior do Ceará sobre quais critérios de doação de órgãos deveriam ser adotados. Método: De abril a junho de 2016 foi aplicado um questionário sobre o tema doação de órgãos a estudantes de medicina do interior do Ceará. Foram analisados 170 questionários respondidos por acadêmicos do primeiro ao sexto semestre da UFC/campus Sobral. Esses alunos responderam a 17 questões sobre diversos aspectos relacionadas ao tema. Os participantes assinaram termo de consentimento livre esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, com a preservação do anonimato. Os resultados foram reunidos e apurados através do Google Formulário. Resultados: Dos 170 questionários analisados 11,2% (19) acham que a distribuição dos órgãos deve ser por critério cronológico, 0,6% (1) por critérios econômicos, 90,5% (153) por critérios de gravidade do paciente e 0% por critérios socioeconômicos ou políticos. Em relação aos critérios para inclusão do doador 32,5% (55) eram a favor da doação presumida, 54,4% (92) a favor da doação consentida, 0% a favor do comércio e 15,4% (26) a favor da doação por meio de incentivos. Conclusões: Conclui-se, no presente estudo, que a maioria dos estudantes é a favor do consentimento familiar e da gravidade do receptor do órgão, como critério para doação de órgãos, mas merece particular atenção a opinião dos estudantes em relação ao tempo de permanência na fila de transplantes e a existência de incentivos à doação. A análise mostra que apenas 19 levam em consideração tempo de permanência na lista de espera, sendo a maioria 153 a favor da legislação vigente. Vale ressaltar que as listas de doação de órgãos não funcionam por ordem de chegada, observando condições médicas, como compatibilidade sanguínea, tempo de espera e gravidade da doença. No que se refere aos critérios de inclusão do doador, boa parte dos acadêmicos (92) é a favor da doação consentida, porém importante parcela (55) é a favor da doação presumida, bem como alguns (26) gostariam de incentivos com a doação. Acerca disso, no Brasil, a doação de órgãos é feita de forma consentida, sendo a forma presumida extinta desde 2001. Bibliografia: Associação brasileira de doação de órgãos, Transplantes, Ética em transplantes. Disponível em: . Acesso em 5 de Janeiro de 2017.

PALAVRAS-CHAVES: Critérios de doação de órgãos | Estudantes de Medicina | Opinião

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 871

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NO TRATAMENTO DO TÓRAX INSTÁVEL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC ARAGUAINA), BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA), JOSÉ ROBERTO LÓPEZ RIVERO (ITPAC ARAGUAINA)

RESUMO: Introdução: O trauma torácico é uma situação frequente. As fraturas costais são as lesões mais comuns e assumem fundamental importância, pois a dor causada por elas leva a restrição respiratória e acúmulo de secreção. O tórax instável ocorre quando há descontinuidade do esqueleto torácico devido a fraturas de duas ou mais costelas consecutivas em dois ou mais pontos diferentes. É observado em aproximadamente 10% dos casos de trauma grave de tórax, com mortalidade de 10-15%. Entretanto, nos pacientes que sobrevivem ao trauma inicial, as principais causas de morte estão relacionadas principalmente à contusão pulmonar, pneumonia e sepse, associadas à intubação e ventilação mecânica prolongada, frequentemente necessárias, e próprias ao tratamento convencional atual. O seguinte relato apresenta uma abordagem por fixação externa do tórax para estes casos. Relato de Caso: Paciente de 23 anos com história de 12h evolução de trauma torácico por coice de boi no hemitórax anterior esquerdo com afundamento ao nível do 4º até o 6º espaço intercostal, apresentando dispneia, dor torácica, e respiração paradoxal no local do trauma, configurando tórax instável, comprovado por radiografia de tórax, que evidenciou fraturas duplas do 4º ao 6º arco intercostal. Levado ao Centro Cirúrgico, sob anestesia geral, foi realizada fixação externa utilizando fixador de membro superior (Fios de Kirschner com 6 conectores de barra de pino) colocado no subcutâneo, prendendo-se a musculatura - desde 3º até a 7ª costela - fazendo com que o tórax se elevasse em bloco, estabilizando a fratura, desconfigurando a respiração paradoxal e diminuindo consideravelmente a dor. Com dito procedimento paciente sai extubado do centro cirúrgico e consegue expandir o tórax, evitando complicações como pneumonia atelectasia. Não precisou de UTI. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar após 48h com acompanhamento ambulatorial do fixador. Conclusão: O tratamento convencional de tórax instável, consiste em intubação com ventilação mecânica com pressão positiva, necessitando-se de internação prolongada na UTI, analgesia e antibioticoterapia ampla podendo acarretar em complicações como traqueostomia por lesão de traqueia devido a intubação prolongada, pneumonia e sepse, associadas a ventilação. Mediante o procedimento de estabilização externa relatada, conseguiu-se reduzir a internação para apenas 48h além de diminuir as comorbidades e complicações derivadas da intubação prolongada.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia|Tórax instável|Fixação externa

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1007

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CURVA DE APRENDIZADO EM VIDEOCIRURGIA POR ACADÊMICOS DE MEDICINA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DIEGO FREITAS FÉLIX (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MATHEUS RIBEIRO PARENTE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCISCO VANDEIR CHAVES DA SILVA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: OBJETIVO Na Videocirurgia, o aprendizado da habilidade técnica dá-se por repetição de movimentos e constitui-se por um rápido ganho de proficiência até atingir um platô. Quão antes seja iniciada a prática, maior tende a ser a proficiência do aprendiz. Assim, este trabalho busca avaliar a curva de aprendizado em Videocirurgia de acadêmicos de um curso de Medicina. MÉTODOS Realizado em 16 horas, o curso foi montado com atividades teórico-práticas e contou com a presença de 25 alunos de semestres variados, com idade média de 21 anos, onde 52% eram masculinos. O curso foi dividido em 4 estações, sendo 1 teórica e 3 práticas por meio de tutoria acadêmica peer learning. Para avaliação geral, foi respondido pré e pós teste de 10 questões sobre Videocirurgia e questionário de percepção. Aspectos éticos foram respeitados. No treinamento foram utilizadas 9 caixas de simulação em Videocirurgia onde na primeira estação os alunos foram apresentados ao material de Videocirurgia durante uma aula teórica, seguindo para as estações práticas. Na primeira, aprenderam a manusear o material, cortando ligas tensionadas e pondo números em ordem. Na segunda, treinaram a apreensão, modificando de local caroços de feijão colocados sobre uma tábua com fenestrações. Na terceira, a tarefa foi retirar e colocar de volta uma liga previamente posicionada em um suporte com ganchos. Em todas as estações os procedimentos foram realizados por visualização direta, depois por espelhos e por fim, com câmera acoplada em computador. RESULTADOS Segundo 100% dos participantes, a abordagem de noções básicas de Videocirurgia é importante na graduação e 96% concordou que sua adequação na grade curricular é viável. Em relação ao curso, 100% afirmou que a metodologia empregada ajudou na evolução técnica pessoal. Por fim as médias dos pós teste aumentaram 54,16% em relação ao pré teste. Em 8 horas de simulação (com interrupção) foi obtido melhora média de 7,3% no tempo de execução das tarefas, melhora de 70% na tarefa de passagem de trocateres. E 13% no check list das tarefas. CONSIDERAÇÕES FINAIS O curso serviu para introduzir conceitos e habilidades básicas, atingindo satisfatoriamente o objetivo de realizar a imersão dos graduandos nesse assunto ainda negligenciado no currículo acadêmico, mas cada vez mais presente na realidade médica atual. Assim, urge a introdução de noções básicas de Videocirurgia na grade curricular para aproximar a graduação das suas inovações e vantagens.

PALAVRAS-CHAVES: Videocirurgia | Curva de Aprendizado | Acadêmicos

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1011

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O CÓLON COMO DETERMINANTE DA REGENERAÇÃO HEPÁTICA DE RATOS SUBMETIDOS À HEPATECTOMIA ESQUERDA E COLECTOMIA DIREITA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARILIA DANIELA FERREIRA DE CARVALHO (UFRN), ALDO DA CUNHA MEDEIROS (UFRN), ÍTALO MEDEIROS DE AZEVEDO (UFRN), CLÁUDIA NUNES OLIVEIRA (UFRN)

RESUMO: RESUMO OBJETIVO: Este projeto foi elaborado com o objetivo de estudar se a colectomia associada à hepatectomia 70% influencia parâmetros de regeneração hepática. MÉTODOS: Trata-se de um estudo experimental onde foram utilizados 18 ratos Wistar divididos aleatoriamente em 3 grupos A B e C de 6 ratos cada. Após anestesia foram submetidos no grupo A à uma colectomia e hepatectomia a 70%, grupo B apenas hepatectomia e no grupo C apenas laparotomia para leve manipulação de alças. Após 6 dias realizou-se nova anestesia, foi colhido sangue por punção cardíaca e realizada a retirada do fígado remanescente, sendo então sacrificados. Analisamos a influência na regeneração hepática através das enzimas hepáticas (ALT, AST, FA) e albumina, bem como dos fatores de crescimento HGF e TGF β 1. Os dados foram trabalhados em média+desvio padrão. O teste ANOVA seguido do teste de Tukey foram usados para comparar os parâmetros entre os grupos, considerando-se as diferenças significantes quando p<0,05. RESULTADOS: Houve uma redução significativa das enzimas e albumina no grupo hepatectomia+colectomia (128,7 \pm 5,1 na ALT, 49,1 \pm 2,04 na AST, 161,5 \pm 6,1 na FA e 4,1 \pm 0,2 na albumina) quando comparado ao grupo hepatectomia (208,4 \pm 19,3 na ALT, 69,7 \pm 2,7 na AST, 211,6 \pm 13,7 na FA e 3,4 \pm 0,3 para a albumina). Também observamos um maior valor dos fatores de crescimento no grupo hepatectomia+colectomia (408 \pm 18,2 para o HGF e 3,8 \pm 0,3 para o TGF β 1) quando comparamos com o hepatectomia (360 \pm 58,6 para o HGF e 2,3 \pm 0,4 para o TGF β 1). CONCLUSÃO: No grupo colectomia+hepatectomia observamos um efeito ?protetor? hepático. Sendo o cólon uma víscera que lançaria na circulação porta mediadores que favoreceriam o reparo/regeneração do fígado.

PALAVRAS-CHAVES: regeneração hepática|colectomia|hepatectomia

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1027

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE EXPERIÊNCIA: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS INTERNOS DE CIRURGIA SOBRE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RINELLE MARIA MARTINS COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), CILEIA IVNA CARNEIRO DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), LEVI CARVALHO E SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FLAVIANY MARIA SANTIAGO FORTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO LUCAS ALBUQUERQUE DE SABOIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), SEBASTIÃO CARLOS DE SOUSA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANDRÉ LUIZ NÓBREGA MAIA AIRES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o grau de conhecimento dos internos da cirurgia de um hospital no interior do Ceará sobre a implantação do Protocolo de Cirurgia Segura (PCS), investigando conhecimentos prévios e adquiridos por meio de palestra sobre o Manual de Cirurgia Segura, elaborado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, considerando a relevância atual da segurança cirúrgica nos hospitais brasileiros. Método: Estudo transversal com aplicação de um mesmo questionário antes e depois de apresentação sobre o PCS para 9 estudantes do internato em cirurgia da 17ª turma da Faculdade de Medicina com 8 perguntas acerca do conteúdo do manual, cujo universo abordava os quatro tópicos do checklist de segurança cirúrgica. Essas perguntas avaliavam o conhecimento da existência do PCS, por qual fonte obtiveram esse conhecimento, quais as etapas do protocolo e quais os objetivos do programa, além de procedimentos gerais. Resultados: Após processamento eletrônico e análise das respostas, observou-se que 77,8% dos internos não tinham sequer conhecimento da existência do PCS antes de sua implantação no hospital. Dos 9 entrevistados, 4 (44,4%) não tinham conhecimento acerca das suas etapas, mesmo após sua implantação e 1 (11,1%) possuía informações equivocadas. Quanto a procedimentos gerais, os entrevistados apresentaram conhecimento superficial ou insuficiente quanto a conduta e seu momento. Apenas 2 dos 9 internos (22,2%) responderam corretamente a todos os tópicos avaliados. Após a explanação e apresentação do manual, houve melhora no entendimento acerca dos tópicos do manual. Conclusões: Mais da metade dos estudantes demonstrou desconhecimento sobre os tópicos do protocolo, sinalizando preocupação acerca de sua implementação no hospital. Após apresentação com abordagem ampla acerca da lista de verificação e das recomendações do PCS houve uma melhora nesses indicadores, o que demonstra a necessidade de ações como essa destinadas ao corpo produtivo do hospital, notadamente aos internos que se tornarão profissionais da saúde, tendo em vista fixar o conhecimento dessas práticas. Conhecimento e execução são de suma importância para o exercício da segurança cirúrgica na vivência hospitalar. Bibliografias: Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Manual de Cirurgia Segura. 523926 BR. Outubro de 2014. Organização Mundial da Saúde. Segundo Desafio Global para Segurança do Paciente: Manual - Cirurgias seguras salvam vidas Manual de implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS.

PALAVRAS-CHAVES: protocolo de cirurgia segura | conhecimento | segurança cirúrgica

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1054

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TEAM BASED LEARNING E TREINAMENTO HANDS ON COMO FERRAMENTAS DE ENSINO EM OFICINA PRÉ INTERNATO DE CIRURGIA, EMERGÊNCIA E TRAUMA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), CECÍLIA LIMEIRA LIMA LEITE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), JOÃO SOTERO VERAS NETO CAVALCANTE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), JAMES DANTAS FERREIRA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR))

RESUMO: OBJETIVO As diretrizes curriculares de graduação médica, no Brasil, afirmam que os estudantes devem desenvolver habilidades que os preparem para realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos essenciais no ambiente ambulatorial, nas unidades de urgências e emergências. Estudos baseados na percepção dos alunos após simulação prática desses procedimentos relatam que foi possível analisar as dificuldades e inseguranças dos mesmos, além de melhorar e fixar as técnicas cirúrgicas. Assim, esse treinamento visa preparar os graduandos a fim de que os mesmos obtenham um melhor rendimento no período de cirurgia no internato e estejam mais preparados ao fim de sua formação médica. MÉTODO A oficina pré internato aconteceu em 3 momentos durante 2 turnos. O primeiro momento seguiu toda a metodologia TEAM BASED LEARNING TBL e contemplava assuntos básicos em cirurgia geral. Após esse momento, os participantes foram encaminhados em 2 estações pela manhã (paramentação cirúrgica, nós e suturas) e 3 a tarde (sondas e drenos, intubação orotraqueal e princípios de videocirurgia). Todas essas eram estações hands on com a presença de 1 professor e 2 acadêmicos da Liga de Cirurgia Geral para orientação. O terceiro momento foi uma dinâmica sobre passagem de casos cirúrgicos e durou 1 hora. Foi enviado por email, questionário de percepção da atividade. RESULTADOS Dos 61 alunos que fazem parte do internato de cirurgia, 24 alunos participaram da atividade. No TBL, houve um crescimento de 14,33% da nota individual para a nota do grupo. 12 alunos responderam o questionário de percepção. Em relação a avaliação geral, 83,33% julgaram o curso excelente, 8,33% bom e 8,33% regular. Já sobre a metodologia empregada (TBL), 75% concordaram que ajudou na fixação do conteúdo e 25% foram indiferentes, não havendo vantagens do método. 100% concordaram totalmente que o treinamento prévio irá ajudar no internato de Cirurgia. CONCLUSÃO Diante dos dados obtidos, pode se verificar, pela própria visão dos alunos, os benefícios de um curso prévio de imersão antes do início do internato em cirurgia. Diante disso, ressalta-se a importância da realização de atividades semelhantes para tentar preencher as lacunas no aprendizado em cirurgia deixadas na grade curricular básica, almejando sempre aprimorar e expandir ações como essa. São necessários novos estudos comparando o desempenho de alunos submetidos a tal atividade com os que não a tiveram, visando confirmar de forma sólida e objetiva as vantagens desta.

PALAVRAS-CHAVES: internato|treinamento|ensino

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1059

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Modelo de baixo custo e sintético de dissecação venosa como ferramenta de ensino para treinamento teórico prático por acadêmicos de Medicina

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), DIEGO FREITAS FÉLIX (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), JOSÉ ALBERTO GUILHERME FROTA JÚNIOR (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), JAMES DANTAS FERREIRA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR))

RESUMO: OBJETIVO Práticas cirúrgicas têm como um de seus pilares a aquisição de habilidades e técnicas. Nessa seara, modelos sintéticos de baixo custo emergem como alternativa para conciliar a teoria com a prática e ultrapassar dificuldades na obtenção de recursos humanos e materiais, além de dispensar o uso de animais. Assim, este trabalho tem o fito de desenvolver e aplicar modelo de baixo custo para treinamento de dissecação venosa para acadêmicos de Medicina. MÉTODO O modelo foi elaborado com custo único de R\$ 35,00 mais R\$00,50 para reposição de material a cada utilização. Utilizou-se o braço de manequim comercial, realizando abertura de 9,5 x 5,5cm para via de acesso. Veia basílica reproduzida por um balão palito preenchido por corante vermelho. Fio elétrico amarelo simulava o nervo cutâneo medial. Para pele e subcutâneo foi usado folha E.V.A. e esponja. Este modelo foi empregado durante curso teórico prático. Os 87 alunos responderam a um teste pré e pós atividade, foram avaliados durante a prática através de check list e responderam questionário de percepção sobre o modelo. Todos os dados dos questionários foram analisados através do programa IBM SPSS v.22. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza. RESULTADOS Após análise das avaliações pré e pós atividade foi notado crescimento teórico de 88,25%. Mesmo o tempo médio de execução sendo 18 minutos e 48,3% contaminado o procedimento, a média de acertos no check list foi acima de 80%. Tal fato ratifica um dos objetivos centrais do treinamento, que é a memorização do passo a passo do procedimento, sendo importante durante a curva de aprendizado. Em relação aos questionários de percepção, 91,95% dos alunos concordaram que os modelos mantinham boa correlação anatômica, 89,96% que o material utilizado é de boa qualidade, 95,40% que o modelo permitiu o aprendizado da dissecação venosa e 96,55% que o modelo pode ser usado para ensino do procedimento. Encontramos como limitação do modelo a não reprodução fidedigna durante o teste de tração (diferenciar veia de artéria), visto que não há um fluxo contínuo no modelo. CONCLUSÃO Mesmo com limitações, os resultados demonstram satisfação dos alunos e bom rendimento no aprendizado da técnica. Além disso, evidenciou-se a criação de modelo realista, de boa qualidade e viável para o ensino, apenas com materiais de baixo custo para treinamento de dissecação venosa.

PALAVRAS-CHAVES: treinamento | aprendizado | dissecação

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1099

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MONITORIA NO CURSO PRÁTICO DE SUTURAS EM LÍNGUA BOVINA DA LIGA ACADÊMICA DE CIRURGIA TRAUMA E EMERGÊNCIA - LACITRE MEDICINA UNIRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ FRANCISCO F. LIMA SIMÃO DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), LARISSA STRELNIEK AGUIAR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), WALLACE HOSTALACIO AVELAR MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO)

RESUMO: Introdução:A Liga Acadêmica de Cirurgia, Trauma e Emergência, órgão de ensino discente vinculado ao curso de Medicina da UNIRIO, baseia suas atividades no tripé ensino-pesquisa-extensão, e desde 2011 oferece seu Curso Prático de Suturas. Tal atividade é constituída de um módulo teórico-expositivo e outro prático, sendo esse modelo aprimorado com base nas experiências de edições anteriores.Objetivos:O curso busca fornecer aos inscritos pré-requisitos para realização correta de nós cirúrgicos, salientando a conduta médica durante o procedimento, análise e preparo da superfície a ser suturada, material necessário, tipos de pontos na sutura e situações em que cada tipo melhor se aplica, bem como principais modelos de fios, agulhas e cuidados que visam alcançar o objetivo final: a cicatrização.Métodos e Materiais:O módulo teórico é ministrado por professor cirurgião da própria Universidade ou convidados de outras instituições. O módulo prático é ministrado por ligantes LACITRE previamente treinados e avaliados continuamente, sendo a prática das técnicas de suturas realizada em peça fresca (língua bovina). Cada inscrito dispõe de material individual composto por: paramentação cirúrgica, peça fresca, bisturi, porta-agulha, fios cirúrgicos absorvíveis 3-0 e 5-0, pinça e tesoura.Resultados e Conclusão:As principais modificações na Metodologia de Ensino e estrutura do curso ocorreram no módulo prático, que até o ano de 2015 era realizado através do conceito "um monitor para pequenos grupos de alunos", enquanto que nas duas edições do ano de 2016 adotou-se a nova Metodologia de Ensino intitulada "um monitor por aluno". Percebeu-se, através desta modificação, um melhor aproveitamento do aluno no que concerne ao aprendizado das técnicas necessárias para realização de nós cirúrgicos, visto que o aprendizado depende tanto de questões referentes ao aluno quanto da dedicação do monitor, que não mais necessita dividir sua atenção entre vários iniciantes, dedicando-se em tempo integral ao seu único monitorado. Além disso, esse contato mais próximo do monitor-ligante com o aluno oportunizou um maior interesse pelas demais atividades da liga e pela área cirúrgica.Bibliografia:1.FRANCO, Diogo et al. Uso de língua bovina na prática de técnicas de sutura. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v.35, n.6, p.442, Dec.2008.2.EBRAM NETO, João et al. Modelo de dispositivo para treinamento e avaliação das habilidades em técnica operatória. Acta Cir. Bras.,São Paulo,v.13, n.1, Jan.1998.

PALAVRAS-CHAVES: Monitoria|Suturas|Liga Acadêmica

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1162

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMOSTASIA HEPÁTICA, ESPLÊNICA E ÓSSEA, UTILIZANDO ELETROCAUTÉRIO UNGIDO COM GEL DE LIDOCAÍNA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU (UFMG), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), KELLY RENATA SABINO (SANTA CASA BH), CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS (SANTA CASA BH)

RESUMO: Introdução: Apesar dos avanços nas técnicas operatórias, a hemostasia do fígado, baço e ossos continua sendo um desafio em traumas e operações maiores desses órgãos. Desde primórdios da Cirurgia, a hemostasia tem sido conduzida por meio de compressão direta, uso de compressas, ligaduras em bloco ou seletivas vasculares e termocauterizações. Esta comunicação apresenta um novo recurso para hemostasia parenquimatosa, usando eletrocautério unguido com gel de lidocaína. Objetivo: Apresentar a eletrocoagulação com gel de lidocaína, como alternativa de hemostasia hepática, esplênica e óssea. Método: Avaliou-se a hemostasia obtida por meio do eletrocautério unguido com gel de lidocaína. Foi utilizado para hemostasia em 36 procedimentos cirúrgicos em adultos, conforme segue: 6 hepatectomias multissegmentares, para remover tumores hepáticos, 10 hepatectomias parciais, para hepatojejunostomia, em presença de obstrução biliar intra-hepática, e 4 biopsias hepáticas laparoscópicas; 8 esplenectomias subtotais e 1 biopsia esplênica laparoscópica; 7 ressecções ósseas. Após a retirada do segmento hepático, o parênquima foi hemostasiado por meio de eletrocautério, cuja ponta era unguida com gel de lidocaína. Ao aproximar a ponta do eletrocautério do parênquima hepático, fornecia-se uma carga de 40 Watts, que coagulava o gel de lidocaína sobre o fígado, formando uma crosta. Essa camada de lidocaína coagulada selava os vasos sanguíneos e ductos biliares menores, interrompendo todo o vazamento sanguíneo e biliar do parênquima. Na abordagem do baço, com eletrocoagulação através do gancho unguido com gel de lidocaína, a lidocaína coagulada sela todos os vasos abertos pela secção esplênica. Após as ressecções ósseas, a hemostasia da área cruenta era obtida com o mesmo método já descrito e não houve a necessidade de utilizar a cera, que habitualmente é colocada sobre o osso, nessa situação. Resultados: Esse procedimento foi simples, não aumentando o tempo cirúrgico, e hemostasia completa dos vasos menores foi obtida nos 36 pacientes. Não houve sangramento pós-operatório nem sinais de toxicidade pela lidocaína e todos os pacientes evoluíram satisfatoriamente. Conclusões: Essa técnica demonstrou-se simples, barata e eficaz para a hemostasia em todos os tecidos testados. Bibliografia: Petroianu A. Hemostasis of the liver, spleen, and bone achieved by electrocautery greased with lidocaine gel. Surg Today. 2012;41(2):300-2.

PALAVRAS-CHAVES: HEMOSTASIA | FIGADO BACO OSSO | LIDOCAINA

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1168

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estudo preliminar da água de coco para preservação de enxertos teciduais em transplante

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU (UFMG), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), JORGE MIGUEL SCHETTINO CESAR (UFMG), KELLY RENATA SABINO (SANTA CASA BH), CRISTINA SOFIA CANDIA BARRIENTOS (SANTA CASA BH)

RESUMO: Introdução: Os métodos para preservar órgãos e tecidos para transplante associam-se à supressão do metabolismo, por hipotermia. O sangue é substituído por solução de preservação para tornar o órgão tolerante à hipotermia. A composição das soluções de preservação é determinante à tolerância do órgão armazenado em hipotermia. A introdução da solução da Universidade de Wisconsin ou solução de Belzer, no final da década de 1980, foi um grande avanço na preservação de órgãos. Objetivo: Verificar a eficácia da água de coco na preservação de tecidos para transplante. Método: Cinquenta ratas Wistar foram distribuídas aleatoriamente em cinco grupos, de acordo com as seguintes soluções de preservação para enxertos teciduais: Grupo 1- Ringer lactato, Grupo 2- Solução de Belzer, Grupo 3- Água de coco maduro, Grupo 4- Água de coco verde, Grupo 5- Água de coco modificada. No Grupo 5, a água de coco verde foi modificada à semelhança da solução de Belzer. De cada animal, retirouse o baço, os ovários e um segmento de pele do dorso. Esses tecidos foram preservados durante seis horas em uma das soluções. Em seguida, os enxertos foram reimplantados. A recuperação da função dos tecidos implantados foi avaliada 90 dias após a cirurgia, por meio de cintilografia esplênica, exames de sangue. Os tecidos implantados foram coletados para estudo anatomopatológico. Resultados: As dosagens séricas não apresentaram diferença entre os cinco grupos, exceto pelos animais do Grupo 5, que apresentaram valores mais elevados de IgG do que o Grupo 1, e pelas diferenças em relação ao FSH entre os grupos 1 e 2 (p < 0,05). Conclusões: As soluções à base de água de coco preservam baço, ovário e pele de rato durante seis horas, mantendo sua função normal. Bibliografia: César JM, Petroianu A, Vasconcelos Lde S, et al. Preliminary study of coconut water for graft tissues preservation in transplantation. Rev Col Bras Cir. 2015;42(1):43-8. Kimura Y, Okitsu T, Xibao L, Teramae H, Okonogi A, Toyoda K, et al. Improved hypothermic short-term storage of isolated mouse islets by adding serum to preservation solutions. Islets. 2013;5(1):45-52.

PALAVRAS-CHAVES: CONSERVAÇÃO | TRANSPLANTE | LIQUIDOS

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1207

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MODELOS SINTÉTICOS, INÉDITOS E DE BAIXO CUSTO PARA TREINAMENTO EM CIRURGIA CUTÂNEA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), DIEGO FREITAS FÉLIX (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), MATHEUS RIBEIRO PARENTE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), JOSÉ ALBERTO GUILHERME FROTA JÚNIOR (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR))

RESUMO: OBJETIVO A excisão de cisto sebáceo e a drenagem de abscessos cutâneos são procedimentos simples e bastante prevalentes no cotidiano médico. Devido a isso, a prática por acadêmicos em situações próximas da realidade é imprescindível para uma melhor formação profissional. Sendo assim, a Liga de Cirurgia Geral da Universidade de Fortaleza (LICIG) desenvolveu e avaliou a efetividade de modelos inéditos de baixo custo para treinamento em tais procedimentos, através de curso ??hands on?? supervisionado pelo cirurgião orientador da liga. MÉTODOS Os modelos foram desenvolvidos com materiais de baixo custo, custando apenas 50 centavos cada, sendo preparados da seguinte forma: foram usadas folhas de E.V.A. para simular a pele e uma fina esponja de estofado foi usada como tecido subcutâneo. A cápsula do cisto sebáceo foi feita com pequenos sacos plásticos preenchidos com mistura de farinha de trigo e água. No abscesso a loja com pus foi feita com papel filme transparente com a mesma mistura mais fluida. As cápsulas e lojas eram inseridas e coladas nos respectivos modelos. Os alunos foram avaliados através de check list padronizado e questionário de percepção. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade de Fortaleza. RESULTADOS Os resultados das avaliações aplicadas apresentaram média de notas no check list de 9,25 na exérese de cisto sebáceo e 9,4 na drenagem do abscesso cutâneo. Já na percepção, 100% dos alunos afirmaram que os dois modelos eram viáveis para treinamento desses procedimentos, bem como eram de boa qualidade e condiziam com a anatomia real esperada. CONCLUSÃO Desse modo, foi constatado pelos alunos, a eficácia e fidedignidade dos modelos sintéticos de baixo custo aqui relatados, tornando possível o aprimoramento técnico no procedimento, que apesar de bastante prevalente nas emergências médicas, não tem sua abordagem bem contemplada pela grade curricular básica.

PALAVRAS-CHAVES: cisto sebáceo | abscesso | treinamento

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1217

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Prevenção de aderências abdominais e cicatrização cutânea após peritonectomia utilizando laser de baixa intensidade

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), LUIZ RONALDO ALBERTI (UFMG), KELLY RENATA SABINO (UFMG), ANDY PETROIANU (UFMG)

RESUMO: Objetivo: As aderências ocorrem geralmente após a cirurgia abdominal e podem causar obstrução intestinal, dor abdominal crônica e infertilidade. A sua prevenção continua a ser um desafio. O objetivo deste trabalho é avaliar os efeitos da aplicação de lasers de baixa intensidade na prevenção de aderências e cicatrização da pele após a peritonectomia. Método: 24 coelhos machos da raça da Nova Zelândia, com aproximadamente 2 meses de idade, foram divididos aleatoriamente em 3 grupos (n = 8): grupo GC não submetido a laser, grupo GL1 com aplicação de laser na dose de 0,2 J e GL2 -grupo com aplicação a laser numa dose de 3,6 J. Todos os animais realizaram peritonectomia. Após 14 dias de pós-cirurgia, os animais foram mortos e a formação de adesão foi avaliada qualitativa e quantitativamente. As diferenças foram consideradas significativas em P Resultados: Observou-se a formação de adesão em 100% dos coelhos dos grupos GC e GL1, em comparação com 37,5% dos coelhos do grupo GL2 (P Conclusões: O laser de baixa intensidade é eficaz na prevenção de aderências intra-abdominais em coelhos sem comprometer a força e cicatrização da parede abdominal. Bibliografia: Teixeira ML, Vasconcellos LS, Oliveira TG, Petroianu A, Alberti LR. Prevention of abdominal adhesions and healing skin after peritonectomy using low level laser. Lasers Surg Med. 2015;47(10):817-23.

PALAVRAS-CHAVES: laser|cicatrização|pele

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1219

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MONTAGEM E APLICAÇÃO DE MODELO DE BAIXO CUSTO PARA TREINAMENTO DE ACESSO CENTRAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), VINICIUS FARINA SARTORI (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DIEGO FREITAS FÉLIX (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CECÍLIA LIMEIRA LIMA LEITE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: A aquisição de habilidades técnicas e práticas por meio de novas metodologias educacionais é um dos pontos-chave na educação médica recente. Nesse contexto, o uso de modelos sintéticos de baixo custo surgiu como uma das principais ferramentas na conciliação da teoria com a prática. Uma das técnicas indispensáveis para uma boa formação médica é a obtenção de acessos vasculares, em especial os venosos e, apesar da via mais utilizada ser a periférica, é necessária capacitação adequada para atuar corretamente diante da necessidade de um acesso venoso central, sendo os sítios de punção mais utilizados as veias jugulares internas, subclávias e femorais. Diante disso, a Liga acadêmica de cirurgia geral da Unifor (LICIG) desenvolveu modelos sintéticos de baixo custo para treinamento em punção de veia subclávia. Método: Estudo transversal descritivo para criação de um modelo experimental de acesso venoso central de baixo custo para sua utilização em um curso teórico-prático de procedimentos básicos em cirurgia e técnicas cirúrgicas pela Liga Acadêmica de Cirurgia Geral em uma Universidade de Fortaleza para alunos do curso de Medicina. Tal modelo foi avaliado previamente por 2 médicos cirurgiões e 2 médicos residentes em Cirurgia Geral, e, após realizado os ajustes necessários no modelo para simular a condição real do procedimento, ele foi utilizado por 35 alunos da graduação. Resultados: O modelo consiste no uso de uma mangueira plástica de 30 cm, papel filme de Policloreto de Vinila (PVC), fita durex, 2 maços pequenos de algodão, água e fita veda rosca para simulação da veia subclávia no interior de um manequim sintético e com as camadas de tecido em esponja e acetato-vinilo de etileno (EVA), com preço total estimado próximo a 35,00 reais. Além disso, os participantes foram avaliados pelo procedimento simulando um cateterismo central por veia subclávia através de um check-list e logo depois da realização do procedimento recebiam feedback sobre sua performance. Conclusões: Diante da importância do domínio teórico-prático em acessos venosos centrais, o desenvolvimento de modelos baixo custo é uma opção viável e efetiva na busca de cumprir tal demanda na graduação médica. Sendo montado com materiais acessíveis e de fácil manuseio, sua possível utilização em larga escala permite a prática e avaliação em grandes grupos, tornando o modelo uma grande ferramenta na adequada formação de futuros médicos.

PALAVRAS-CHAVES: acesso venoso central | modelo experimental | curso teórico-prático

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1223

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uso precoce de lasers de CO2 superpulsado e gel de silicone em cicatrizes cirúrgicas: estudo prospectivo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), KELLY RENATA SABINO (UFMG), LUIZ RONALDO ALBERTI (UFMG), ANDY PETROIANU (UFMG)

RESUMO: Objetivo: Algumas publicações têm mostrado bons resultados estéticos para cicatrizes através da aplicação precoce de lasers CO2 fracionados em cicatrizes cirúrgicas eletivas. O objetivo deste estudo clínico duplo-cego randomizado foi comparar a qualidade estética da cicatriz de um grupo de pacientes submetidos a aplicações de laser de CO2 fracionado superpulsado em contraste com o outro grupo que usou apenas o gel de silicone na cicatriz após cirurgia plástica. Método: Um estudo prospectivo foi realizado por meio da análise de 42 pacientes com cicatrizes recentes de até três semanas em pacientes com fototipo de pele Fitzpatrick I a IV. As cicatrizes foram avaliadas esteticamente no segundo e sexto meses pela aplicação da escala de Vancouver. Resultados: Aos dois meses de tratamento, os dados estatísticos mostraram uma discreta superioridade no tratamento do grupo ?LASER?, em comparação com o grupo ?SILICONE?, tanto na porcentagem como na significância quanto à flexibilidade ($p = 0,05$) e pigmentação ($p = 0,01$). O grupo ?LASER? apresentou melhores resultados no sexto mês ($p = 0,03$). Conclusões: O uso precoce do laser fracionado de CO2 contribuiu para melhorar a qualidade estética das cicatrizes de cirurgias eletivas no segundo e no sexto mês. Bibliografia: Lee SH, Zheng Z, Roh MR. Early Postoperative Treatment of Surgical Scars Using a Fractional Carbon Dioxide Laser: A Split-Scar, Evaluator-Blinded Study. *Dermatol Surg* 2013;39:1190-1196. VICARI, . F. ; .Vicari R ; ANDY PETROIANU ; ALBERTI, LUIZ R. . Early use of superpulse CO2 Lasers and silicone gel on surgical scars. *Lasers in Surgery and Medicine*, 2017. Fiório FB, Albertini R, Leal-Junior ECP, Carvalho PTC. Effect of low-level laser therapy on types I and III collagen and inflammatory cells in rats with induced third-degree Burns. *Lasers Med Sci*, 2014 Jan, 29(1):313-9

PALAVRAS-CHAVES: laser CO2 fracionado | gel de silicone | cicatriz

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1319

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO EXPERIMENTAL DA EFICÁCIA DA ANASTOMOSE COLO-CÓLICA COM E SEM PREPARO INTESTINAL: ESTUDO EXPERIMENTAL EM CÃES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HGV), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), BRENDA PAULA BRITO LOBÃO (FACID), ARISTIDES SILVA PINHEIRO FILHO (FACID), WILDSON SANTOS CRAVEIRO ROSA (FACID), ILLOMA ROSSANY LIMA LEITE (FACID), VIVIANNE CARVALHO SOARES DE ARAÚJO (FACID)

RESUMO: Introdução: O preparo intestinal é definido como o conjunto de medidas empregadas com objetivo de conseguir um cólon totalmente livre de resíduos fecais com redução significativa da flora bacteriana e com mínimo de desconforto e risco para os pacientes. Objetivo: Avaliar experimentalmente em cães as anastomoses colo-cólicas sem preparo intestinal comparando com anastomoses realizadas com preparo intestinal prévio. Método: Foram utilizados 42 animais (Canis familiares) fêmeas distribuídos em 2 grupos com 21 animais em cada: grupo I (controle) ? com preparo intestinal e grupo II (estudo) ? sem preparo intestinal prévio. Os animais de ambos os grupos foram submetidos à laparotomia com secção do cólon descendente e anastomose primária com fio de polipropileno. Os animais foram submetidos à eutanásia no 21º dia de pós-operatório com laparotomia e avaliação da anastomose colo-cólica quanto à presença de complicações e grau de aderências intestinais e a pressão de ruptura da anastomose. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACID com protocolo Nº 187/11. Resultados: Ocorreu um (4,5%) óbito em cada grupo sendo o do grupo I (controle) no 7º dia pós-operatório devido à deiscência da anastomose e outro no 10º dia de pós-operatório no grupo II(estudo) devido à infecção de sítio cirúrgico incisional profunda com deiscência total da parede abdominal. Não foi observado diferença estatisticamente significativa no grau de aderências intestinais entre os grupos. Durante a realização do teste de pressão de ruptura ocorreu ruptura da anastomose de um animal em cada grupo e não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p>0,05$). Conclusão: A anastomose colo-cólica sem preparo intestinal apresentou a mesma segurança e eficácia da anastomose realizada com preparo prévio.

PALAVRAS-CHAVES: PREPARO INTESTINAL|ANASTOMOSE|PRESSAO DE RUPTURA

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1430

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fisiopatologia da dor pós-operatória: revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LILIAN RIBAS BAMBERG (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), DÉBORA BENETTI (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), ALESSANDRA CAREN FREY (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), DORIS MEDIANEIRA LAZAROTO SWAROWSKY (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL)

RESUMO: Objetivo: O objetivo central é o entendimento da fisiopatologia da dor pós-operatória, buscando-se a compreensão acerca das condutas utilizadas e diferentes alternativas. Método. Realizou-se uma revisão de literatura não sistemática nas bases de dados como PUBMED e MEDSCAPE, usando os seguintes termos: post surgery pain, fisiopatologia da dor pós-operatória, dor cirúrgica, além de guidelines sobre o assunto. Os artigos e informações foram selecionados segundo sua relevância para o trabalho. Resultados. Desde o estímulo nociceptivo até a chegada ao córtex, a dor perpassa por quatro fases: a transdução, a transmissão, a modulação e a percepção. Ela é transmitida pelas fibras A, delta e C que se originam no corno posterior da medula, ascendendo pelos tratos espinotalâmico e espinoreticular, tálamo, substância cinzenta periductal, sistema límbico e córtex. Todo esse estímulo faz com que a atividade do sistema nervoso autônomo seja aumentada, levando a produção de muitas catecolaminas e hormônios que influenciam todo organismo. A dor pós-operatória ocorre devido a reações fisiológicas desencadeadas pelos danos teciduais, tração visceral ou mesmo pela própria patologia. A compreensão das fases da dor e seu caminho do estímulo nociceptivo até o córtex propicia o entendimento da abordagem multimodal da analgesia que visa vários analgésicos concomitantes, com diferentes tipos de ação, por várias vias de administração para reduzir a experiência dolorosa. Infelizmente, os estudos trazem que o manejo é inadequado com falhas nos métodos de avaliação e falta de conhecimento sobre o uso de fármacos como: analgésicos não-esteroidais, opiáceos, cateter peridural e sistemas de analgesia controlada pelo paciente. Além disso, o esquema ?se necessário? faz com que cerca de 70% dos pacientes demonstre-se insatisfeito e com dor no pós-operatório. Conclusão. A compreensão da fisiopatologia da dor pós-operatória é fundamental para seu correto manejo, pois a redução da mesma facilita a recuperação, diminuindo a morbidade pós-cirúrgica, além de levar a economias devido a alta precoce. Conhecimentos sobre prescrição em horários fixos ou sobre as técnicas de analgesia controlada pelo paciente ajudam nesse manejo. Os dados encontrados demonstram que muitos fatores podem intervir para que a correta analgesia não seja atingida, o que, contudo, precisa ser evitado para que a recuperação seja a melhor possível.

PALAVRAS-CHAVES: dor cirúrgica | dor pós-operatória | fisiopatologia da dor

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1479

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O DÉFICIT NO ENSINO DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS NA GRADUAÇÃO DE MEDICINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GISELIA DE MOURA BEZERRA CAVALCANTI (FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA PARAIBA), THAIS FERREIRA DA SILVA (FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA PARAIBA), MARIANA GALINDO SILVEIRA (FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA PARAIBA), LAYZA DE SOUSA CHAVES DEININGER (FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA PARAIBA)

RESUMO: OBJETIVO: relatar a vivência de estudantes de medicina no módulo de Bases Técnicas Cirúrgicas e Anestésicas (BTCA) e do curso extracurricular de instrumentação cirúrgica. METODOLOGIA: Relato de experiência de estudantes de medicina ao cursar o módulo BTCA; e ao realizar o Curso de Instrumentação Cirúrgica no Espaço Manacá, João Pessoa-PB. RESULTADOS: o curso de instrumentação permitiu o desenvolvimento de habilidades por meio de aulas teóricas simples, cujos conhecimentos foram complementados com práticas, onde as estudantes aprenderam nomes, funções e organização dos instrumentos na mesa, paramentação, vários tipos de suturas e nós. O estágio foi relevante, pois, ao atuar como instrumentador, os discentes aplicaram conhecimentos, reconhecendo a importância desta profissão que otimiza o tempo de cirurgia, garante a assepsia e o uso adequado dos instrumentais¹. Quanto ao módulo de BTCA, as práticas, indispensáveis ao ensino da cirurgia², foram deficientes, com poucos instrumentos, suturas e nós, nenhuma aula sobre a montagem da mesa e explanação curta sobre paramentação. A teoria, porém, foi aprofundada. Mas, o ensino na graduação não preparou os alunos para entrar em cirurgias. Não houve estágio, o que impede a vivência da dinâmica das cirurgias, não estimula o interesse dos estudantes na área e, além disso, compromete a formação do médico generalista. CONCLUSÃO: a graduação em Medicina possui déficits no ensino que muitas vezes são sanados fora da instituição por meio do interesse particular de alguns discentes. Além disso, a literatura médica acerca do ensino de bases cirúrgicas é pobre, não havendo, portanto, padronização do ensino nas faculdades. BIBLIOGRAFIA: GOMES, J.R.A.A.; CORGOZINHO, M.M.; LOURENCINI, J.C.; HORAN, L.M. A prática do enfermeiro como instrumentador cirúrgico. Rev. SOBECC. São Paulo, v.18, n.1, p.54-63, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_a_pratica-do-enfermeiro-comoinstrumentador-cirurgico.pdf. Acessado em: 01/02/2017. MARCONDES, C.A.; PESSOA, S.G.P.; PESSOA, B.B.G.P.; DIAS, I.S.; GUIMARÃES, M.G.M.; CASTRO, S.N. Sistematização do treinamento teórico e prático de técnicas em suturas para acadêmicos de medicina da disciplina de cirurgia plástica da Universidade Federal do Ceará ? UFC. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. Fortaleza, v.29, n.2, p.289-93, 2014. Disponível em: <http://www.rbcpc.org.br/imageBank/PDF/v29n2a22.pdf> Acessado em: 03/02/2017

PALAVRAS-CHAVES: educação médica | centros cirúrgicos | cirurgia geral

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1500

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TREINAMENTO EM SUTURA: SINTÉTICO X ANIMAL - RENDIMENTO E PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CECÍLIA LIMEIRA LIMA LEITE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), IANE CELY VASCONCELOS TELES LIMA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MARINA DE PAULO SOUSA FONTENELE NUNES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: OBJETIVO: O ensino de técnicas cirúrgicas requer aulas teóricas e treinamentos práticos para a sedimentação do conhecimento e aperfeiçoamento da técnica. Este trabalho tem como finalidade avaliar o rendimento e a percepção dos estudantes de medicina em relação ao material usado para ensino de suturas. MÉTODO: Durante dois dias de curso teórico-prático de suturas, 30 alunos assistiram aula teórica e presenciaram uma demonstração desses procedimentos. A turma foi dividida em 3 grupos e supervisionados por 2 monitores em cada grupo, realizaram práticas de sutura em 3 tipos de modelos diferentes, 1 - Língua de boi; 2 - Sintético comercial; 3 - Sintético de baixo custo (E.V.A. com esponja de estofado). Após o treinamento, os alunos responderam um questionário de percepção sobre os modelos utilizados. RESULTADOS: Ao final do treinamento, os alunos, com média de 20,46 anos, dos quais 52% se encontravam no 1º semestre do curso de Medicina, atingiram os objetivos do curso, realizando sutura simples, contínua, em ?x? e Donatti. A partir de um questionário, percebeu-se o material preferido dos alunos, qual tipo proporciona melhor aprendizado, e a necessidade da presença do material biológico durante o aprendizado. Com base nesse questionário, foi visto que 65% dos alunos tiveram preferência pelo material biológico como ferramenta de aprendizagem, tendo, ainda, 85% dos alunos considerando esse o material mais semelhante ao real. A aplicabilidade dos conhecimentos parece ter sido bastante proveitosa, visto que 95% dos alunos conseguiram realizar todos os tipos de pontos apresentados na aula teórica. Além disso, interrogamos sobre a prática de biópsia, onde 95% foram capazes de realizá-la de forma adequada, complementando a pesquisa com a afirmação de 90% dos alunos concordando completamente com a relevância dessa prática. CONCLUSÕES: Concluímos que as aulas práticas e teóricas foram de grande importância para que os alunos pudessem realizar adequadamente os procedimentos de sutura e de biópsia, os quais são essenciais para a formação médica. Ademais, comparamos as preferências dos alunos por cada material na realização da prática de sutura e de biópsia, tendo sido o material biológico (língua de boi) o preferido pelos alunos, por ser mais fidedigno com o tecido humano. Então, percebe-se a necessidade de aperfeiçoar os tecidos sintéticos disponíveis e de buscar opções de maior acessibilidade aos modelos biológicos, visando a formação de profissionais mais capacitados.

PALAVRAS-CHAVES: técnica cirúrgica | material biológico | biópsia e sutura

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1516

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estudo das principais indicações cirúrgicas nos idosos em Hospital Terciário no extremo norte do Brasil

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA DA SILVA GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), JOSÉ LAÉRCIO DE ARAÚJO FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), THIAGO DE SOUZA PERUSSOLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), PAULA SOTORIVA COELHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), SÁVIO LUIZ SANTOS LOPES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), LUIS FERNANDO JUNGES FILHO (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), LEVINDO ALVES DE OLIVEIRA (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), IAN DA MOTA HERNANDEZ (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Objetivo: O crescente aumento da longevidade na população tem exponenciado o número de pacientes geriátricos que necessitam de um procedimento cirúrgico. Essa pesquisa visa identificar as mais frequentes indicações de cirurgia em pacientes idosos e a distribuição por gênero. Métodos: Foram analisados 2399 casos de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, submetidos a cirurgias no Hospital Geral de Roraima, de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Foram revisados os dados da Cirurgia Geral, Cabeça e Pescoço, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Torácica, Bucomaxilofacial, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Mastologia, Ortopedia, Urologia e Oftalmologia. Resultados: De todas as cirurgias realizadas no Hospital Geral de Roraima, 16,07% foram em pacientes acima de 60 anos. Os pacientes possuíam em média 82 anos (60-104), e 60,71% eram do sexo masculino e 39,29% do sexo feminino. Na amostra, 49,6% foram cirurgias de emergência, sendo 50,4% cirurgias eletivas. Quanto ao porte das cirurgias, 27,4% foram de Grande Porte, 32,9% foram de Médio Porte e 39,7% foram de Pequeno Porte. Em relação às especialidades cirúrgicas, a mais prevalente foi a Cirurgia Geral (27,5%), em segundo Ortopedia e Traumatologia (20,4%), seguidos de Urologia (12,7%), Cirurgia Vascular (9,5%), Cirurgia Oncológica (9%), Cabeça e Pescoço (4,28%), Oftalmologia (3,96%), Neurocirurgia (2,5%), Cirurgia Torácica (2,10%), Cirurgia Plástica (1,06%), Bucomaxilofacial (1,01%), Otorrinolaringologia (1,01%), Mastologia (0,58%). Verificou-se que em cirurgia geral, o procedimento mais realizado foi Hernioplastia (21,17%), onde a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (79,5%); Colecistectomia (21,6%), sexo feminino (60,9%); Laparotomia exploradora (21,4%), 51,4% do sexo feminino; Apendicectomia (5,7%), 68% do sexo masculino; colecistectomia mais hernioplastia (2,13%) das cirurgias, 87,5% do sexo feminino e hemorroidectomia 2,02% (66% do sexo masculino). Conclusão: É necessário conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes geriátricos, ter em mente esses dados auxilia na tomada de decisões e nas condutas, além de preparações para tempo de internação, possíveis complicações operatórias e despesas. Durante os 2 anos da pesquisa, as 3 áreas cirúrgicas mais prevalentes nessa faixa etária foram Cirurgia geral, Ortopedia e traumatologia e Urologia, assim como o gênero masculino mais envolvido, sendo quase igual a proporção das cirurgias de emergência e eletivas.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia|Idoso|Perfil epidemiológico

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1581

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA REPARAÇÃO TECIDUAL SOB APLICAÇÃO DA PASSIFLORA EDULIS S. NA CICATRIZAÇÃO DE QUEIMADURAS EM CAMUNDONGOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), BIANCA GONÇALVES BEZERRA (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), DALVA KARINE BELLO SANTOS (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), DIEGO COIMBRA ALENCAR (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), ESMERALDA MARIA LUSTOSA BARROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), NAYANA PINHEIRO MACHADO DE FREITAS COELHO (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As queimaduras são injúrias tidas como uma das mais onerosas atualmente. Para tentar minimizar esses custos investe-se em prevenção, curativos entre outros fatores. Tais curativos são baseados em substâncias que estimulam, por exemplo, a granulação do tecido vivo e/ou sejam bacteriostáticos/bactericidas. Como alternativa ao que foi exposto tem-se a Passiflora edulis S. cuja apresenta atividades analgésica e anti-inflamatória. OBJETIVOS: Avaliar quantitativamente e qualitativamente o impacto da aplicação da Passiflora edulis S. no processo inflamatório de reparação de queimaduras induzidas em camundongos. Além de buscar métodos alternativos que sintetizem o tempo de recuperação de queimaduras. MÉTODO: A pesquisa respeitou a lei 11.794/2008 e foi iniciada após aprovação do CEP da Faculdade Integral Diferencial sob o protocolo 027/13. Os instrumentos de pesquisa foram 30 camundongos distribuídos de forma aleatória em 3 grupos. Após indução de queimaduras, o grupo controle recebeu aplicação via tópica do extrato da folha da Passiflora edulis S. (obtida por manipulação), além de receber analgesia durante experimento. Após estudo, os ratos foram eutanasiados. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística utilizando o programa GraphPad Prisma 5.0 pelo método ANOVA seguido do teste Tukey com intervalo de confiança igual a 0,95 e pRESULTADOS: No 14º dia pós queimadura o grupo controle (QT) apresentou desaparecimento de infiltrado inflamatório, fibrócitos e total modelação de fibras colágenas quando comparado com outros grupos o que demonstrou maior rapidez na reparação tecidual. Já na parte quantitativa houve menor número de células inflamatórias no grupo QT (pCONCLUSÕES: Verificou-se uma maior eficiência na cicatrização de queimaduras induzidas em camundongos quando aplicado o extrato de Passiflora edulis S. BIBLIOGRAFIA: Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Sant?Anna CF, Cardoso LS, Almeida MCV. Identificação de queimaduras térmicas como injúria relacionada ao trabalho de soldadores. Acta paul. enfermagem. 2015; 28(1):74-80. Oliveira SHSO, Soares MJGO, Rocha PS. Uso de cobertura com colágeno e aloe vera no tratamento de ferida isquêmica: estudo de caso. Rev Esc Enferm.2012; 44(2):346-351.

PALAVRAS-CHAVES: QUEIMADURAS | CICATRIZAÇÃO | INFLAMAÇÃO

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1616

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Modelo sintético e de baixo custo para treinamento de Hernioplastia aberta

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO FREITAS FÉLIX (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), JOÃO SOTERO VERAS NETO CAVALCANTE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), FRANCISCO VANDEIR CHAVES DA SILVA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR))

RESUMO: OBJETIVOHérnias de parede abdominal são protrusões onde a aponeurose e a fáscia não estão devidamente recobertas por músculo esquelético estriado. Sua reparação é o procedimento mais realizado em cirurgia geral, representando em 2015 custos globais de R\$ 72.747.870,94 para o sistema de saúde. Diante da importância de tal procedimento, o treinamento com modelos sintéticos de baixo custo se apresenta como uma alternativa eficaz e viável no seu aprimoramento técnico, não sendo limitada por questões financeiras ou por dificuldades éticas envolvendo a prática em animais. Nesse contexto, nosso estudo buscou desenvolver modelos sintéticos reprodutíveis e de baixo custo para o treinamento em hernioplastia inguinal de maneira fidedigna e protegida. MÉTODOO modelo sintético aqui descrito foi montado com base na hernioplastia pela técnica de Lichtenstein em um manequim de plástico e pode simular a região inguinal esquerda ou direita. A peça foi serrada uma caixa de material kraft com dimensões de 19x14x6cm foi introduzida. Dentro da caixa, procurou-se simular as estruturas abdominais com materiais simples, especificados abaixo:Pele: Papel EVA ? R\$ 2,39Subcutâneo: Esponja 1mm de espessura ? R\$ 1,35Aponeurose do músculo oblíquo externo e interno e Fáscia transversal:Papel EVA - R\$ 2,39Funículo espermático: Saco plástico 4 x 23 cm ? R\$ 0,05Ducto deferente: Fio de algodão - R\$ 4,50Ligamento inguinal: Fita de seda - R\$ 1,49Nervo ilioinguinal: Cabo flexível de energia - R\$ 11,99Tubérculo Púbico: Bola de isopor de 35 mm³ - R\$ 0,70Para simular o saco herniário foi utilizado um balão com pedaços de esponja representando a gordura pré-peritoneal. A tela utilizada no modelo foi feita de tule, material de baixo custo encontrado em lojas de tecido.As folhas de EVA, esponjas e sacos plásticos transparentes são estruturas descartáveis, porém podem ser preparadas previamente para melhor reprodutibilidade.CONCLUSÕESO modelo possibilitou a demonstração da técnica cirúrgica com grande aplicabilidade no aprendizado de acadêmicos e residentes. A escolha do modelo sintético neste estudo levou em conta as limitações de acessibilidade, custo, transmissão de doenças infecciosas e questões éticas envolvidas no uso de orgânicos. Além disso, a pesquisa ganha importância pelo próprio procedimento que objetiva simular, visando maior segurança na realização do procedimento mais comum em cirurgia geral.

PALAVRAS-CHAVES: inguinal|treinamento|hernioplastia

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1618

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SELECIONANDO E TREINANDO: COMO ALIAR SELEÇÃO E FORMAÇÃO ACADÊMICA EM UMA LIGA DE CIRURGIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DIEGO FREITAS FÉLIX (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), IANE CELY VASCONCELOS TELES LIMA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: Ligas acadêmicas são organizações estudantis sem fins lucrativos, destinadas a estudantes de graduação que sob a supervisão de profissionais da área, visam aprofundar o conhecimento e prática sobre dado tema. Tradicionalmente, a maioria das ligas acadêmicas realiza a seleção de novos membros através de prova escrita e entrevista. No entanto, com o intuito de trazer uma seleção mais construtiva em relação ao aprendizado dos candidatos, a Liga de Cirurgia Geral da Universidade de Fortaleza decidiu inovar em seu processo seletivo. Método: Dividido em 3 etapas, a seleção contou com a participação de 42 alunos do 2º ao 8º semestre do curso de Medicina e almejava o ingresso de 5 novos membros. A 1ª fase foi composta por 25 questões objetivas, onde as 15 melhores notas foram selecionadas para as demais etapas. Esses alunos receberam um artigo científico para apresentação após 48 horas em forma de aula para uma banca composta por membros da liga sob supervisão do professor orientador. Após a aula, cada candidato foi entrevistado para conhecer o seu perfil acadêmico. Por fim, os candidatos foram testados em relação às suas habilidades procedurais, onde passaram por 2 estações práticas: sutura simples e consulta sobre emergência cirúrgica. Durante a consulta o candidato lia uma história clínica padronizada, indicava os exames a serem solicitados, uma hipótese diagnóstica e, por fim, a conduta terapêutica, sendo avaliados a partir de um check list. Os 5 melhores foram selecionados através da média das etapas. Resultados: Dos 15 selecionados, observamos em suas notas uma melhora do padrão com a progressão da seleção, visto que na primeira fase a média foi de 5,8, na segunda foi 7,5, e na terceira 7,45, sendo 8,1 na estação de consulta e 6,8 na de sutura, mostrando ainda a dificuldade que se tem na parte prática, uma das áreas que a liga pretende fortalecer. Após todo o processo, foi concedido a cada um dos candidatos aprovados na seleção ou não, o feedback sobre seu desempenho, permitindo a cada um saber quais foram os erros e qual seria a resposta adequada à situação, sendo referenciada em bibliografias atuais, permitindo conhecimento adicional e correção de condutas. Conclusões: A metodologia de feedback sobre o desempenho do candidato auxilia no seu aprendizado por nortear em quais pontos acerca daquele assunto ele precisa melhorar. Além disso, a presença de prova prática ameniza o fator sorte que porventura possa estar presente em uma prova objetiva.

PALAVRAS-CHAVES: liga acadêmica | processo seletivo | prova prática

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1625

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cirurgia conservadora da mama associada à radioterapia X Mastectomia: índice de sobrevida global em hospital privado do sul do Brasil.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISABEL CRIVELATTI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS)), ANA PAULA AFFONSO GOMES (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO DE PORTO ALEGRE), NORAH ANA BURCHARDT PICCOLI (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO DE PORTO ALEGRE), MAIRA CALEFFI (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO DE PORTO ALEGRE)

RESUMO: Introdução: No Brasil, na última década, o rastreamento oportunístico do câncer de mama significou aumento nas taxas de diagnóstico precoce na população feminina, aumentando o número de pacientes candidatas à cirurgia conservadora da mama (CC), uma abordagem menos radical. Quando associada à radioterapia adjuvante (RT), a CC apresenta igual índice de sobrevida global ao da mastectomia (MTC). As principais indicações de CC são tumores em estágios iniciais. Já as indicações da MTC são tumores de maiores dimensões, multifocais ou localizados próximos ao complexo aréolo-mamilar. Microcalcificações abrangendo áreas extensas da mama e impossibilidade de realização de RT também são indicações de MTC. Quanto a tumores multicêntricos, a indicação é controversa. Em nosso serviço consideramos tumores multicêntricos e estágio T2 indicação absoluta de MTC. Nos casos de mutação genética BRCA 1 ou 2 comprovada há indicação de MTC bilateral ou MTC na mama acometida e rastreamento de alto risco da mama contralateral. Esse estudo comparará dois grupos de pacientes: MTC versus CC associada à RT. Métodos: Dados foram coletados de 1212 pacientes com câncer de mama invasor a partir do prontuário eletrônico, incluindo idade da paciente, tipo de cirurgia, tamanho e imunohistoquímica (IMH) do tumor. Foram excluídas da análise pacientes com tumor T4. Todas as pacientes foram diagnosticadas e tratadas, conforme as indicações protocoladas internacionalmente, pelo mesmo grupo de cirurgiões da mama e outros profissionais treinados na mesma instituição, entre 2003 e 2016. Resultados: A média de idade (MTC: 63,3 anos e CC: 64,3 anos) e o número de tumores triplo negativos (MTC: 10,6% e CC: 10,4%) mostraram-se homogêneos nos grupos analisados. Há uma diferença entre os grupos no número de tumores tipo HER2 (MTC: 22,05% e CC: 13,63%). Quanto ao tamanho do tumor, 39,4% e 48,6% das MTCs são T1 e T2, respectivamente, enquanto na CC aparecem como 79,3% e 17,5%. Não houve diferença significativa na sobrevida global entre as pacientes submetidas à CC associada à RT e à MTC, cujo índice foi de 85,8% em 124 meses e na CC de 90,7% em 141 meses. Conclusão: A IMH do tumor e a idade da paciente não são fatores determinantes na escolha da abordagem cirúrgica. Nossa análise corrobora com a literatura que cirurgias mais conservadoras da mama demonstram igual sobrevida em pacientes jovens ou com tumores agressivos. Portanto, não se justifica a indicação de MTC baseada somente em idade ou IMH.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia conservadora | mastectomia | sobrevida global

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1656

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Comparação de três fórmulas para o cálculo da taxa de filtração glomerular como método de rastreamento na Campanha do Dia Mundial do Rim

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL TRENTINI BERALDO (UNOESTE), WENDEL RICARDO DIAS (UNOESTE), GABRIELA FABRIS FERREIRA DIAS (UNOESTE)

RESUMO: Introdução: Segundo a Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI), portador de DRC é aquele indivíduo que apresentar filtração glomerular $60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ associado a pelo menos um marcador de lesão de parênquima e cronicidade das alterações (>3 meses). Na prática clínica diária, a filtração glomerular é obtida a partir de equações utilizando a creatinina sérica, sendo elas: Cockcroft-Gault (CG), MDRD e CKD-EPI. Objetivo: Avaliar as variações no resultado da taxa de filtração glomerular (TFG) quando calculada por meio das fórmulas CG, MDRD e CKD-EPI a partir dos exames de creatinina colhidos na campanha de prevenção da doença renal no Dia Mundial do Rim em 2016. Método: A campanha englobou atividades educativas e de rastreamento da doença renal. Foram obtidos os seguintes dados: idade, peso, raça, sexo, hipertensão, diabetes, antecedentes pessoais e familiares de doença renal. A partir da identificação do fator de risco para DRC, foi realizada coleta sanguínea para dosagem de creatinina e com esses dados foi calculada a TFG de cada participante através das fórmulas. Resultados: Foram avaliados 73 sujeitos, com idade média de 59,8 anos, desvio padrão 13,6, sendo 64,4% do sexo feminino, 68,5% considerados brancos, 26% negros e 5,5% orientais. Os resultados da TFG obtidos a partir de cada fórmula foram separados em dois grupos: $>60\text{ml}/\text{min}$ e Conclusão: As fórmulas utilizadas foram capazes de encontrar um número semelhante de pacientes com provável DRC na Campanha do Dia Mundial do Rim, sendo, portanto opções adequadas para rastreamento. Quando estratificados em classes de DR mais avançadas, a CKD-EPI foi capaz de encontrar um menor número de pacientes quando comparado com CG e MDRD.

PALAVRAS-CHAVES: creatinina | nefrologia | insuficiência renal crônica

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1678

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE E MELHORIA DA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA A PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DÉBORA LOPES GONÇALVES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO), MARCIA DE FREITAS GODINHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), JEANE ALMEIDA PRATES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO), LETÍCIA ESTEFÂNIA DA COSTA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO), FLAVIA MANTOVANI COLI (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO), BEATRIZ MONTEIRO PEREIRA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSARIO VELLANO)

RESUMO: Introdução: O papel da equipe multiprofissional no cuidado prestado a pacientes internados em UTI é de fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida destes e para a diminuição da mortalidade. Objetivo: Identificar, na literatura atual, os aspectos preponderantes acerca do papel da equipe multiprofissional na qualidade de assistência a pacientes internados em UTIs. Materiais e métodos: Trata-se de um estudo de revisão de literatura não sistemática, de abordagem qualitativa, em que se buscou analisar estudos disponibilizados nas bases de dados MEDLINE, PubMed, LILACS, SCIELO e BIREME. Foram selecionados, ao acaso, 11 artigos, pesquisados com os descritores: equipe multiprofissional UTI, equipe multiprofissional, equipe UTI. Discussão: As UTIs são locais que demandam um grande arsenal tecnológico e estrutural, e é um ambiente hostil e estressante, já que abriga pacientes com enfermidades de alto grau de complexidade e possuem risco de vida. De acordo com a Society of Critical Care Medicine (SCCM), o método eficaz para promover suporte aos pacientes em estado grave é através de uma equipe multiprofissional, pois esta atua de forma ativa a fim de oferecer assistência integral ao paciente. Este suporte enquadra-se na Política Nacional de Humanização (PNH), a qual preconiza garantir assistência voltada para o paciente em sua integralidade e a promoção de conforto, que objetiva principalmente proporcionar uma assistência ampliada e diminuir os impactos físicos e psicológicos gerados nesses ambientes permitindo o aumento da sobrevivência desses pacientes. Conclusão: Conclui-se, portanto, que a implementação de uma equipe multiprofissional pode otimizar o rendimento das UTIs contribuindo para a melhoria do desempenho nesses ambientes e permitindo assim, uma melhor qualidade na assistência e redução da mortalidade nos pacientes criticamente doentes. Referências Bibliográficas: Adolpho, C.M, A percepção do usuário sobre a abordagem de uma equipe de residentes multiprofissionais. Saúde debate. vol. 39 n.107. Rio de Janeiro. Outubro/desembro. 2015; Evangelista, V.C. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva de um hospital escola. Universidade Estadual Paulista, Botucatu. São Paulo. 2013; Fideles, G.M.A et al. Recomendações farmacêuticas em unidade de terapia intensiva e de atividades clínicas, Revista brasileira de terapia intensiva. vol. 27. n.2 São Paulo. Junho. 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Equipe multiprofissional|UTIs|qualidade de assistência

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1683

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Preservação morfológica e funcional de implante esplênico autógeno após conservação em solução de Ringer-lactato gelado

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARGOS SOARES DE MATOS FILHO (UFMG), ANDY PETROIANU (UFMG), ISABELA DE ALENCAR E LOMBARDI (FAMINAS)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar morfologia e função de tecido esplênico autógeno, implantado 24 horas após conservação em solução fisiológica. MÉTODO: Foram estudados 35 ratos machos, distribuídos em sete grupos (n = 5): Grupo 1: sem esplenectomia; Grupo 2: esplenectomia total; Grupo 3: esplenectomia total e implante autógeno imediato; Grupo 4: esplenectomia total, preservação do baço em Ringer-lactato à temperatura ambiente e, em seguida, fatiado e implantado; Grupo 5: esplenectomia total, baço fatiado e preservado em Ringer-lactato à temperatura ambiente antes de ser implantado; Grupo 6: esplenectomia total com preservação do baço em Ringer-lactato a 4°C e, em seguida, fatiado e implantado; Grupo 7: esplenectomia total e baço fatiado, para preservação em Ringer-lactato a 4°C antes de ser implantado. Os ratos foram agrupados em gaiolas, uma para cada grupo. Nenhum procedimento foi realizado no Grupo 1 e nos grupos 2 a 7 procedeu-se a esplenectomia total. No Grupo 3, o baço foi fatiado transversalmente e suturado imediatamente sobre o omento maior. Nos grupos 4, 5, 6 e 7 o baço retirado foi colocado em um frasco, contendo solução de Ringer-lactato, inteiro ou fatiado, conforme o grupo. Após 24 horas os implantes autógenos foram realizados. Decorrido o período de acompanhamento de 90 dias estudou-se cintilograficamente todo o rato em aparelho de gama-câmara. Após laparotomia mediana, coletaram-se 3 ml de sangue da veia cava abdominal, para estudo hematológico. Em seguida, foram retirados o baço ou implantes, o fígado, os pulmões e um coágulo sanguíneo. Cada uma dessas estruturas foi introduzida no colimador do aparelho de gama-câmara para dosagem da captação do radiofármaco em cada tecido e seu remanescente sanguíneo. Após o estudo cintilográfico, os implantes foram fixados em formaldeído salino tamponado a 10%, para posterior avaliação histológica. A análise da função fagocitária foi estimada pelas contagens radioativas por grama de tecido. Resultados: Ocorreu regeneração dos implantes esplênicos autógenos nos animais dos grupos com preservação do baço a 4°C. A captação de estanho coloidal foi superior nos grupos 1, 3, 6 e 7 em relação aos demais. Não houve diferença nos valores hematimétricos dos sete grupos. CONCLUSÃO: O tecido esplênico conservado em solução de Ringer-lactato à temperatura de 4°C mantém sua estrutura morfológica e permite a recuperação funcional após ser implantado sobre o omento maior.

PALAVRAS-CHAVES: tecido esplênico | esplenectomia | implante esplênico

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1711

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DE LOGBOOKS EM TREINAMENTO DE CIRURGIA DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DIEGO FREITAS FÉLIX (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), JOSÉ EVERARDO SILVEIRA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: O uso de Logbook permite conhecer mais profundamente as práticas discentes e o crescimento individual desenvolvido nos ambientes clínicos. Também é possível intervir com antecedência caso esteja ocorrendo desvios dos objetivos propostos pelas atividades. Assim, este trabalho tem o fito de relatar a análise de 15 logbooks de extensionistas um treinamento em Cirurgia de Emergência e Urgência de um hospital secundário de Fortaleza. Método: No treinamento, os alunos completam 360 horas dividida em 30 plantões. Em duplas, são supervisionados por 2 cirurgiões, e realizam procedimentos básicos e auxiliam em procedimentos mais complexos. Após os plantões, os alunos são convidados a discorrer sobre os procedimentos ocorridos no dia e descrever sua participação neles, seja como realizador, 1º auxiliar, 2º auxiliar ou observador. Também foi pedido que relatassem dificuldades encontradas durante as atividades, a fim de identificar possíveis problemas no treinamento. Foram avaliados 15 portfólios extensionistas. Eles continham a carga horária e os procedimentos realizados durante os plantões, bem como as dificuldades encontradas. Aspectos éticos foram respeitados. Resultados: Dos 15 extensionistas, 11 haviam concluído o programa até a realização do relato, mas todos com carga horária acima de 240 horas. Foi identificado que 100% já haviam realizado procedimentos básicos como sutura, drenagem de abscesso cutâneo, exérese de corpo estranho e exérese ungueal. Com a progressão de complexidade a porcentagem de execução dos procedimentos vai diminuindo, com 100% tendo realizado acesso venoso central, 93,33% debridamento de úlceras, 86,66% drenagem torácica e 73,33% paracentese. É importante ressaltar a participação dos alunos como primeiro ou segundo auxiliar em grandes cirurgias, como apendicectomia (100%), laparotomia exploratória (100%), herniorrafias (100%) e amputação supra ou infra patelar (86,66%). Conclusões: Percebe-se que o uso de logbook permite, além do registro dos procedimentos realizados, permite que os gestores do estágio observem a importância dessa prática. No referido treinamento, constata-se que os alunos realizam diversos procedimentos de baixa, média e alta complexidade, sempre acompanhados dos cirurgiões, o que, como já descrito na literatura, permite o desenvolvimento de habilidades procedurais essenciais não só para a Cirurgia Geral, mas para a prática médica como um todo.

PALAVRAS-CHAVES: logbook | treinamento em cirurgia | habilidades procedurais

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1714

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IMPORTÂNCIA DA EXTENSÃO PARA O ENSINO SOBRE O ATENDIMENTO INICIAL AO POLITRAUMATIZADO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SANDRO RODRIGO VALE DE SOUZA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), DANILO GOIS SOUZA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA), JOSE VALMIR MOURA JUNIOR (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: No contexto da Extensão Universitária, as ligas acadêmicas vêm ganhando força, por representarem um espaço dinâmico, no qual a interação discente-discente, em parceria com os docentes orientadores, visa promover apoio à comunidade, sobretudo em iniciativas de promoção de saúde, e agregar, assim como formar, conhecimentos científicos relevantes para uma determinada área do saber. Dessa forma, podemos destacar positivamente a atuação das ligas universitárias na formação técnica, científica e humana dos ligantes. OBJETIVO: Demonstrar a importância que as atividades de uma liga acadêmica voltada ao ensino do trauma e da cirurgia exercem no ensino e na qualificação dos estudantes de graduação de um curso de medicina de uma importante universidade cearense. METODOLOGIA: Foi feita uma análise retrospectiva de todas as atividades de uma liga acadêmica voltada ao ensino do trauma e da cirurgia desde a sua fundação em 2005. RESULTADOS: Esta liga conta atualmente com 11 ligantes graduandos do 5º ao 7º semestre. Suas atividades constam de reuniões semanais, onde ocorre uma abordagem teórico-prática sobre temas envolvendo cirurgia e trauma, que visam, a partir de seminários, relatos de caso e atividades práticas, a difusão de técnicas e de protocolos de atendimento mundialmente reconhecido, como os do ATLS (Advanced Trauma Life Support). No que diz respeito às atividades práticas, os ligantes realizam plantões semanais, monitorados por preceptores médicos, na Emergência de um hospital terciário, referência no atendimento ao trauma no estado do Ceará. Nesses plantões, é colocado em prática o conhecimento a respeito do atendimento inicial e do seguimento dos pacientes vítimas de trauma. Como extensão, esta liga atua na educação em Saúde junto aos pacientes e seus familiares que se submeteram ao atendimento de emergência traumática neste hospital, atua, também, diretamente no esclarecimento e na prevenção primária de traumas com atividades informativas. Além disso, a Liga sempre participa de eventos científicos, apresentando trabalhos de pesquisa e relatos de caso, cumprindo seu papel também na difusão do conhecimento na comunidade científica.

PALAVRAS-CHAVES: Liga | politraumatizado | atendimento

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1871

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: USO DE ANESTÉSICOS LOCAIS EM FERIDAS CIRÚRGICAS: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAIDA SILVA CALÇADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), DANIELA COSTA ANASTÁCIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), PAULO SÉRGIO DE SOUZA RODRIGUES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), GABRIEL FERNANDES DIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), LUCIANO ALVES MATIAS DA SILVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), FLORA MARGARIDA BARRA BISINOTTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), RENATA MARGARIDA ETCHEBEHERE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO)

RESUMO: OBJETIVOS: A infiltração da ferida cirúrgica com anestésicos locais (AL) é um importante método analgésico e útil em pacientes com contraindicação a bloqueios neuroaxiais. Este estudo teve como objetivo avaliar as alterações histopatológicas decorrentes da infiltração de AL em feridas cirúrgicas. MÉTODOS: Quarenta ratos foram submetidos a duas incisões na região dorsal. Uma delas utilizada como controle e a outra para a injeção de AL (Levobupivacaína 0,25% n=10, Bupivacaína 0,25% n=10, Ropivacaína 0,33% n=10) e SF 0,9% n=10. Os animais foram sacrificados após sete dias e amostras teciduais coletadas para realização de estudo histopatológico. Foi avaliada a área de infiltrado inflamatório e a formação de tecido conjuntivo em torno da cicatriz cirúrgica. Foi considerado significativo p

PALAVRAS-CHAVES: cicatrização | anestésicos | anestesia local

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1911

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EFEITOS DA INGESTÃO DE AYAHUASCA EM ESTADOS PSICOMÉTRICOS RELACIONADOS AO PÂNICO, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MEMBROS DO CULTO DO DAIME EM TERESINA-PI

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FABRÍCIO IBIAPINA TAPETY (UNINOVAFAPI), CÍNTIA MARIA DE MELO MENDES (UNINOVAFAPI), LEVY DE AGUIAR PONTES (UNINOVAFAPI), IGOR LEONARDO VIEIRA CAETANO (UNINOVAFAPI)

RESUMO: OBJETIVOS: Avaliar de maneira sistemática e em um desenho semi experimental com procedimento duplo-cego e placebo, os efeitos da ayahuasca na ansiedade, no pânico e na depressão em indivíduos saudáveis, consumidores agudos e crônicos deste psicoativo. MÉTODOS: A amostra está sendo composta por 30 membros (15 homens e 15 mulheres) do Centro Espiritual Casa de Aruanda, uma igreja do Santo Daime localizada em Teresina-PI, e 30 não membros (15 homens e 15 mulheres) consumidores agudos. Estão sendo medidos o estado e o traço de ansiedade pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), o estado de pânico pela Escala de Sensibilidade à Ansiedade (ESA-R) e o estado de depressão pela Escala de Desesperança de Beck(BHS). Os resultados estão sendo inicialmente analisados por meio de uma análise de variância de duas vias (ANOVA) com base em um delineamento fatorial misto. RESULTADOS: O IDATE-estado e IDATE-traço estão sugerindo a ausência de efeito do tratamento. A ANOVA está confirmando esta impressão, indicando ausência de efeito significativo no tratamento. Já os resultados do ESA-R e do BHS, a ANOVA estão confirmando o efeito significativo do tratamento. CONCLUSÃO: Está sendo observada uma drástica queda em sintomas psiquiátricos de alguns participantes, com uma melhora do estado emocional e mudanças para atitudes mais passivas e/ou assertivas. O chá da Ayahuasca mais concentrado está tendo efeitos mais positivos para o tratamento da depressão e do pânico. Já para o tratamento da ansiedade o Chá menos concentrado é mais eficaz. BIBLIOGRAFIA: Segurança e efeitos colaterais da ayahuasca em seres humanos - Uma visão geral focada em toxicologia do desenvolvimento. J Medicamentos Psicoativos. 2013; 45: 68-78. KATALINIC, N, et al., A Ketamina como um novo tratamento para a depressão: uma revisão de sua eficácia e efeitos adversos. Aust NZJ Psiquiatria. 2013; 47: 710-27. Salvadore G, Singh JB. Ketamina como um antidepressivo de ação rápida: conhecimento atual e perguntas abertas. CNS Neurosci Ther. 2013; 19: 428-36. PALHANO-FONTES, F, et al., Os potenciais terapêuticos da ayahuasca no tratamento da depressão. Em: Labate BC, Cavnar C, editores. O uso terapêutico da ayahuasca. Berlim / Heidelberg: Springer-Verlag; 2014. p 23-39. REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA ---- Vol.37; No1. São Paulojan/mar. 2015 Efeitos antidepressivos de uma dose única de ayahuasca em pacientes com depressão recorrente: um relatório preliminar.

PALAVRAS-CHAVES: AYAHUASCA|DEPRESSÃO |PÂNICO

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1940

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TÉTANO ACIDENTAL NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA DA REGIÃO NORTE DO BRASIL ENTRE 2007 E 2015

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA FLÁVIA RIBEIRO DE SOUSA (UNIRG), JÚLIA CYRÍACO (UNIRG), GABRIEL GOMIDES VASCONCELOS (UNIRG), WASHINGTON DE MELO BENTO JÚNIOR (UNIRG), CLARA REBECA MENESES MOURA (UNIRG), DIEGO SIMÃO MORAIS SILVA (UNIRG), THIAGO DELMONDES FEITOSA (UNIRG), CELSO ROCHA DA SILVA (UNIRG)

RESUMO: Introdução: O tétano é uma doença infecciosa aguda não contagiosa, causada pela ação de exotoxina, podendo ser adquirido através da contaminação de ferimentos com esporos bacterianos dispersos no ambiente, sendo caracterizado como Tétano Acidental (TA). Objetivo: Determinar o quantitativo de casos de TA notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nos Estados do Norte do Brasil no período de 2007 a 2015, identificando os Estados mais acometidos e os achados com a evolução do quadro clínico a óbito. Métodos: Foi realizado um estudo descritivo e transversal através de dados obtidos no endereço eletrônico do Sistema Único de Saúde, DATASUS. Foram extraídos dados referentes à região Norte do Brasil, sobre idosos acometidos com TA, no período de 2007 a 2015. A estratificação e tabulação dos dados foram feitas em planilha do Microsoft Excel 2010. Resultados: Foram contabilizados 70 casos de TA em idosos, dos quais 33 foram a óbito devido a agravos da doença notificada. Dentre os Estados, o Pará apresentou o maior número de casos notificados, com um total de 28 casos, dentre os quais em 13 (46,4%) ocorreu óbito. Porém a maior taxa de mortalidade foi encontrada no Estado do Acre, onde, dos cinco casos notificados, quatro (80%) vieram a óbito. Conclusão: A alta taxa de mortalidade encontrada nos dados analisados confirma a necessidade de uma constante vigilância epidemiológica e o número total de casos é um alerta para a necessidade de melhoria no serviço de prevenção já que o TA é imunoprevenível.

PALAVRAS-CHAVES: Tétano | Idoso | Epidemiologia

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 1990

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Substâncias antioxidantes endógenas e o dano renal por isquemia-reperfusão: um novo horizonte?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAETANO ARAUJO TORRES LIMA (UFRGS), GUILHERME LANG MOTTA (UFRGS), PABLO CAMPESES SOUZA (UFRGS), GUILHERME BEHREND RIBEIRO (HCPA), EMANUEL BURCK DOS SANTOS (HCPA), PEDRO GUILHERME SCHAEFER (HCPA), CARLOS OTAVIO CORSO (UFRGS)

RESUMO: Objetivo Em nosso estudo buscamos avaliar a indução de produção de substâncias antioxidantes endógenas através da isquemia-reperfusão à distância do órgão alvo e os potenciais benefícios na função renal e redução de dano histopatológico renal. Método Experimento realizado na Unidade de Experimentação Animal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UEA-HCPA). Foram utilizados 24 ratos da raça Wistar, pesando entre 250 a 400g e idade média de 60 dias. O procedimento cirúrgico padrão foi, após devidamente anestesiado, coleta de sangue e laparotomia com incisão mediana. Inicialmente, todos foram submetidos a nefrectomia direita, considerado controle. Logo após, o rim esquerdo era abordado por 4 diferentes intervenções, o que definia os diferentes grupos de animais. No grupo 1 se induziu isquemia do rim esquerdo por 40 minutos e perfusão ao término desse tempo. O grupo 2 sofreu o mesmo processo, porém durante período de 40min se induziu hipotermia a 4°C. No grupo 3 realizamos isquemia da artéria ilíaca comum esquerda por 15min, aguardamos 10min para circulação dos antioxidantes gerados, então isquemia-reperfusão renal por 40min. O grupo 4 sofreu as mesmas intervenções do grupo 3 acrescidas de indução de hipotermia a 4°C. Nesta etapa, todos os animais tiveram a laparotomia fechada e ficaram sob observação durante 240min. Após esse intervalo, foram reintervidos para a retirada do rim esquerdo e coleta de sangue final. Todos os procedimentos éticos foram seguidos e acompanhados pela equipe de veterinários da UEA-HCPA. Foram realizadas análises bioquímica e histopatológica do material coletado. Serão comparados metabólitos e derivados dos radicais livres no sangue inicial e final do procedimento, além de ambos os rins. Resultados Os resultados parciais indicam que há alguma ação protetora das substâncias antioxidantes endógenas no dano por isquemia-reperfusão. Conclusão A indução de antioxidantes endógenos possui grande potencial na prevenção dos danos causados pela isquemia e perfusão de órgãos. Apesar de ainda em fase de análise, expomos nosso estudo em função da importância que creditamos a este assunto. Julgamos fundamental que mais estudos experimentais como sejam realizados, na tentativa de esclarecer os mecanismos de indução de antioxidantes e o seu real benefício. Bibliografia: - Santos Emanuel Burck dos et al. Oxidative stress evaluation of ischemia and reperfusion in kidneys under various degrees of hypothermia in rats. Acta Cir. Bras. 2013 aug.

PALAVRAS-CHAVES: dano por isquemia-reperfusão | antioxidantes endógenos | cirurgia experimental

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2061

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ASPECTOS MORFOFUNCIONAIS DO COMPORTAMENTO DO ENXERTO VENOSO HOMÓGENO EM DERIVAÇÃO DA VIA BILIAR EM COELHOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), NAYARA FARIA PRADO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), ANA LUCIA CARVALHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), MARÍLIA SARGAÇO DE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), CAMILA VIEIRA DE CARVALHO PEREIRA REIS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), LARA VARINI SOARES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os procedimentos de reconstrução das vias biliares com a utilização de próteses ou plastias com tecido da própria via biliar associam-se com complicações graves. A veia safena autógena tem sido utilizada como enxerto venoso para a substituição de segmentos arteriais de forma reversa no tratamento da insuficiência coronariana e no trauma.OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi a verificação da viabilidade da utilização de segmento venoso homogêneo para a derivação da via biliar estenosada e dilatada.MATERIAL E MÉTODO: Utilizamos vinte coelhos (dez doadores do enxerto venoso-v. cava caudal ? Grupo I) e dez coelhos receptores (Grupo II .) Os coelhos do Grupo I foram submetidos a cirurgias de ligadura do colédoco distal para determinar dilatação das vias biliares proximais. Após sete dias foram relaparotomizados e submetidos à derivação da via biliar dilatada com interposição de segmento venoso da veia cava caudal reverso entre a vesícula biliar e a 1ª porção do duodeno com anastomose T-L com prolene 70. Após quinze dias os coelhos receptores foram mortos e o segmento de veia autógena retirado em continuidade com a via biliar derivada para estudo histológico em HE.RESULTADOS: Observou-se boa perviedade da via biliar principal após a reconstrução com segmento venoso e da icterícia. A microscopia revelou processo inflamatório e fibrose sem oclusão. Ocorreram fístulas em 30% dos animais que receberam o enxerto sem evidências de ruptura macroscópica.CONCLUSÕES: Este estudo sugere que a utilização de segmento venoso homogêneo devalvulado pode ser um substituto da via biliar .

PALAVRAS-CHAVES: ENXERTO VENOSO|VIA BILIAR|VEIA CAVA

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2092

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise de formulário eletrônico para registro de procedimentos cirúrgicos básicos por acadêmicos de medicina.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ALBERTO CASTRO TEIXEIRA JÚNIOR (UNIFESP), ARTHUR VIOLANTE SAPIA (UNIFESP), CAIO KZAN GEYER NOGUEIRA (UNIFESP), RAMIRO COLLEONI NETO (UNIFESP), DIEGO ADAO FANTI SILVA (UNIFESP), MARTIN MARCONDES CASTIGLIA (UNIFESP)

RESUMO: OBJETIVO: Levantar e analisar os dados referentes aos procedimentos básicos realizados pelos alunos de graduação da EPM-UNIFESP durante o estágio no Pronto Socorro de Cirurgia do Hospital São Paulo através de um formulário. MÉTODO: Aplicação de um formulário online aos alunos, cujo preenchimento não era obrigatório, contendo: dados de identificação do aluno, do paciente, do procedimento realizado e do supervisor do atendimento. RESULTADOS: Durante o ano letivo de 2016, 117 alunos do sexto ano do curso médico frequentaram à unidade curricular divididos em grupos de 7 a 8 pelo período de 20 dias, incluindo plantões. O questionário foi respondido por 68% dos alunos. Os principais procedimentos foram: Sutura (47,6%) drenagem de abscessos (18,8%) e passagem de sonda vesical (9,7%). A topografia demonstrou que a maioria das suturas e procedimentos ocorreu em mão (22,3%) e face (14,5%), com uma média de 4,3 suturas por aluno. O estudo demonstrou que os supervisores foram em 84,8% dos casos residentes de primeiro e segundo ano de cirurgia geral. Os atendimentos considerados mais relevantes envolveram vítimas de trauma, queimaduras e de acidentes com mordeduras de animais. Entre os casos operados, os principais diagnósticos foram apendicite (38%) e colecistite (18,3%) sendo 90% dos acessos realizados por laparotomia. Os principais problemas foram falta de adesão e subnotificações. CONCLUSÃO: Os dados obtidos através deste formulário mostram sua utilidade como ferramenta de avaliação do cenário e das atividades da unidade curricular, permitindo seu aperfeiçoamento para o desenvolvimento de competências e habilidades cirúrgicas essenciais para os alunos de medicina. BIBLIOGRAFIA: 1. Tools used to assess medical students competence in procedural skills at the end of primary medical degree: a systematic review. Jelovsek JE & Kow N, Diwadkar GB - Med Educ. 2013 Jul;47(7):650-732. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. Kogan JR, Holmboe ES & Hauer KE - JAMA. 2009 Sep 23;302(12):1316-263. Successful intravenous catheterization by medical students. Woelfel IA & Takabe K - J Surg Res. 2016; 204(2):351-604. An audit of basic practical skills acquisition of final year medical students in a Nigerian medical school. Jebbin NJ & Adotey JM. - Ann Afr Med. 2012 Jan-Mar;11(1):42-5

PALAVRAS-CHAVES: medical education | surgical procedures | medical student performance

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2141

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LIGA ACADÊMICA DE CIRURGIA: análise de uma experiência inicial

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YOHANA OLIVEIRA DE BARROS (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE)), ADRIANO DIAS TRAJANO (PROFESSOR-ORIENTADOR DA LAC-PB. MEMBRO DO CBC. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP), AMANDA BELMONT MACÊDO BARROSO (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE)), ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE)), ANNA LUIZA PORTELA TARGINO (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE)), ANNE KAROLINE MENDES DA SILVA (DISCENTES DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA (FCM)), TALITA FIRMINO DA SILVA FERRO (DISCENTES DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA (FCM)), IASMIN FLORÊNCIO DE ARAÚJO SILVA (DISCENTES DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA (FCM))

RESUMO: OBJETIVO: A diretriz curricular de ensino médico brasileiro apresenta lacunas que tornam o processo de ensino-aprendizagem menos produtivo, devido à insuficiente integração entre ensino teórico e prático. Nessa perspectiva, surgem as ligas acadêmicas, a exemplo da Liga Acadêmica de Cirurgia da Paraíba (LAC-PB), atuante desde 2014, constituída por acadêmicos de Medicina e um professor-orientador, a qual busca atuar em ensino, pesquisa e extensão. Esta pesquisa objetiva avaliar o impacto da participação da liga na formação acadêmica e profissional dos ex-ligantes. MÉTODO: Construiu-se um questionário com dez perguntas/afirmativas, com respostas alternativas (sim/não) ou em escalas graduadas de concordância e importância, destinadas a trinta ex-membros da LAC-PB (acadêmicos e médicos graduados), dos quais vinte e um responderam. O instrumento da pesquisa foi direcionado via e-mail, através do sistema SurveyMonkey, nuvem de desenvolvimento de pesquisa online. RESULTADOS: Os itens abordados buscaram analisar aspectos como a suficiência das experiências promovidas pela liga para conhecer a área de Cirurgia Geral e Trauma, além da dinâmica da equipe, o qual obteve sim de 95,24%. Quanto à ampliação do conhecimento e suporte em relação à graduação, 57,14% atribuíram muito importante 38,10%, importante e 4,76%, neutro. Portanto ressaltou-se a essencialidade das aulas e discussões de casos clínicos realizados. Segundo 95,24%, o contato com o paciente, através dos estágios, contribuiu para desenvolver uma adequada relação médico-paciente, e para isso, 38,10% atribuíram 6 horas como carga horária semanal ideal, com alunos a partir do sexto período da graduação (38,10%). A proposta da Liga em selecionar duplas para atuação conjunta em estágios, a fim de desenvolver trabalho em equipe, recebeu concordância por 90,48% dos participantes. Para a escolha da especialidade cirúrgica, 57,14% designaram como muito importante à participação na LAC-PB, 33,33%, importante e 9,52%, neutra, além disso, 85,71% afirmaram ter suas expectativas atendidas ao final do período como ligante. CONCLUSÕES: A LAC-PB logrou êxito ao inserir satisfatoriamente o estudante em atividades teórico-práticas, proporcionando maior conhecimento da Cirurgia Geral e Trauma, além de contribuir para a escolha da especialidade médica do discente. As atividades desenvolvidas pela Liga tem influência singular na formação individual e acadêmica dos ligantes, bem como na promoção de benefícios à população.

PALAVRAS-CHAVES: Ensino | Acadêmico | Cirurgia

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2234

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relação entre o tempo de cirurgia e a ocorrência de complicações em pacientes internados em enfermaria de cirurgia geral em hospital de ensino da região Norte do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TALLYS DE SOUZA FURTADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), SAMUEL SAMPAIO ALCÂNTARA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), NARA LILLIAN LIMA CARDOSO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), CARLOS DANILO DA PENHA SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), FILIPE HERSON CARNEIRO RIOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), LUIZ DERWAL SALLES JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC)

RESUMO: Objetivo: Relacionar o tempo de cirurgia com a ocorrência de complicações em pacientes internados em enfermaria de cirurgia geral. Metodologia: Estudo transversal, observacional, realizado em enfermaria de cirurgia geral entre junho de 2015 e maio de 2016, no qual foi utilizada uma amostra não-probabilística de 282 pacientes. Após a coleta, os dados foram tabulados no software Excel. Foram analisados, para tal, o tempo dos procedimentos cirúrgicos realizados nesse período e as complicações ocorridas em tais procedimentos, mediante pesquisa nos prontuários médicos de cada paciente. Tais pacientes autorizaram a divulgação dos dados, após assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo preservado o anonimato dos mesmos. Resultados: O tempo de cirurgia, nos pacientes analisados, foi inferior a 1 hora em 41 pacientes (14,5%), de 1 a 2 horas em 98 pacientes (34,7%), de 2 a 3 horas em 49 pacientes (17,4%), de 3 e 5 horas em 25 pacientes (8,9%) e superior a 5 horas em 11 pacientes (3,9%). O tempo de cirurgia não foi informado em 48 (17%) dos prontuários analisados. Apenas 6 pacientes possuíam complicações, sendo que 2 (33,3%) apresentaram distensão abdominal, 1 (16,7%) apresentou evisceração, 1 (16,7%) apresentou hematúria, 1 (16,7%) possuiu necrose em alça intestinal e 1 (16,7%) apresentou ascite. Das 6 complicações ocorridas, 3 (50%) aconteceram em procedimentos com duração de 2 a 3 horas, 2 (33,3%) ocorreram em procedimentos de 3 a 5 horas e 1 (16,7%) ocorreu em procedimento com duração entre 1 e 2 horas. Conclusão: A partir dos dados supracitados, nota-se que a maioria dos procedimentos realizados foi de curta duração, com predominância daqueles com menos de 1 hora. Entre as complicações ocorridas, a maioria se deu em procedimentos entre 2 e 3 horas, seguida por procedimentos com duração entre 3 e 5 horas. O reduzido número de complicações, associado à ocorrência destas em procedimentos de duração um pouco mais elevada, revela uma relação diretamente proporcional entre o tempo de cirurgia e a existência de complicações. Tais informações tornam-se necessárias, à medida que podem contribuir para auxiliar na escolha da melhor abordagem ao paciente e na redução de complicações, melhorando a perspectiva desses pacientes. Referências: SALDANHA, O. R. et al. Fatores preditivos de complicações em procedimentos da cirurgia plástica - sugestão de escore de segurança. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, v. 29, n. 1, p.105-113, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Tempo de cirurgia | Complicações | Enfermaria

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2239

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Principais procedimentos realizados em enfermaria de cirurgia geral em hospital de ensino da região Norte do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TALLYS DE SOUZA FURTADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), SAMUEL SAMPAIO ALCÂNTARA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), CARLOS DANILO DA PENHA SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), FRANCISCO DE ASSIS COSTA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), ESTHER CARNEIRO VASCONCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), LUIZ DERWAL SALLES JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC)

RESUMO: Objetivo: Este estudo tem por objetivo determinar os principais procedimentos realizados em enfermaria de cirurgia geral. Metodologia: Estudo transversal, observacional, no qual foi utilizada uma amostra não-probabilística de 282 pacientes, no período de junho de 2015 a maio de 2016, que foram admitidos em enfermaria de cirurgia geral. Com a garantia de preservação do anonimato, os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e permitiram a divulgação dos dados obtidos na coleta. Foram avaliados os principais procedimentos cirúrgicos realizados em enfermaria de cirurgia geral, no período mencionado, através de pesquisa nos prontuários médicos de cada paciente. Após a obtenção dos dados, os mesmos foram transcritos para o software Excel para posterior análise. Resultados: Dos 282 pacientes analisados, 61 (21,6%) realizaram colecistectomia, 55 (19,5%) realizaram hernioplastia, 38 (13,5%) realizaram laparotomia, 29 (10,3%) realizaram drenagem de tórax, 15 (5,3%) realizaram ressecção de próstata, 14 (5%) realizaram cistostomia/ressecção de tumor vesical, 14 (5%) realizaram cistolitotomia/uretrolitotripsia, 47 (16,7%) realizaram outro procedimento e 9 (3,2%) não possuíam o procedimento realizado mencionado no prontuário. Conclusão: Com base nos dados supracitados, o principal procedimento realizado foi a colecistectomia, seguido pela hernioplastia e pela drenagem de tórax. A partir dessas informações, pode-se promover um direcionamento da atenção para tais procedimentos mais comuns, a fim de obter melhores resultados e otimizar o atendimento aos pacientes que necessitam de tais procedimentos, sem deixar de lado os outros procedimentos menos realizados. Referências: SALDANHA, O. R. et al. Fatores preditivos de complicações em procedimentos da cirurgia plástica - sugestão de escore de segurança. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, v. 29, n. 1, p.105-113, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Procedimentos|Enfermaria|Cirurgia geral

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2249

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Principais causas de procedimentos realizados em enfermaria de cirurgia geral em hospital de ensino da região Norte do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TALLYS DE SOUZA FURTADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), NARA LILLIAN LIMA CARDOSO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), EVERTON ALENCAR MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), CARLOS DANILO DA PENHA SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), PAULO ROBERTO SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), TICIANNE PINTO FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC)

RESUMO: Objetivo: O presente estudo tem por objetivo determinar as principais causas que motivaram a realização de procedimentos cirúrgicos em enfermaria de cirurgia geral. Metodologia: Estudo de caráter transversal, observacional, no qual foi utilizada uma amostra não-probabilística de 282 pacientes, admitidos em enfermaria de cirurgia geral entre junho de 2015 e maio de 2016. A partir de pesquisas realizadas nos prontuários médicos dos pacientes, foram analisadas as principais afecções que motivaram a realização de procedimentos cirúrgicos na enfermaria de cirurgia geral. Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e, com a garantia de preservação do anonimato, permitiram a divulgação dos dados obtidos. Após a obtenção dos dados, os mesmos foram transcritos para o software Excel para posterior análise. Resultados: O motivo para a realização de procedimentos na enfermaria de cirurgia geral, em 56 pacientes (19,9%) foi coledolitíase ou colecistite; em 52 pacientes (19,4%), hérnia; em 33 pacientes (11,7%) foi ferimento por arma branca; em 15 pacientes (5,3%), tumor de próstata ou Hiperplasia Prostática Benigna; em 15 pacientes (5,3%), ferimento por arma de fogo e em 11 pacientes (3,9%), litíase no trato urinário. 65 pacientes (23%) possuíam outras motivações para a realização de procedimentos e em 35 pacientes (12,4%), a causa do procedimento não foi informada. Conclusão: Com base nesses dados, a principal causa dos procedimentos realizados foi coledolitíase ou colecistite, seguida de hérnia e ferimento por arma branca. A partir dessas informações, torna-se necessário o rastreamento precoce de tais afecções e um maior cuidado no manejo desses pacientes, objetivando otimizar o diagnóstico e o tratamento dos mesmos. Referências: SALDANHA, O. R. et al. Fatores preditivos de complicações em procedimentos da cirurgia plástica - sugestão de escore de segurança. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, v. 29, n. 1, p.105-113, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Procedimentos | Cirurgia geral | Causas

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2250

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTES SUBMETIDOS A GASTROPLASTIA REDUTORA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CÉLIA REGINA OLIVEIRA E OLIVEIRA (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), PAULO SÉRGIO DE SOUZA RODRIGUES FILHO (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), DANIELA COSTA ANASTÁCIO (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), GABRIEL FERNANDES DIAS (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), MAIDA SILVA CALÇADO (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), LUCIANO ALVES MATIAS DA SILVEIRA (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO), RENATA MARGARIDA ETCHEBEHERE (UFTM - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO)

RESUMO: OBJETIVOS: A obesidade é considerada um preditor de dificuldade de intubação orotraqueal (IOT), o que aumenta a morbimortalidade. Objetivou-se reconhecer os preditores de Via Aérea Difícil (VAD) e analisar as dificuldades de IOT em pacientes obesos submetidos a gastroplastia redutora. MÉTODOS: Realizado um estudo prospectivo com cem pacientes em um Hospital Universitário. No pré-operatório, coletou-se dados antropométricos e preditores de VAD. Em sala cirúrgica, durante a laringoscopia direta, classificou-se o paciente segundo a escala de Cormack-Lehane, e analisou-se o número de tentativas de IOT e uso de dispositivos auxiliares. RESULTADOS: A idade média dos pacientes foi de 33,8 ± 9,1 anos, sendo 79,6% do sexo feminino e 20,4% masculino. Quanto ao peso, a média foi de 114,27 ± 19,02 Kg; a média de altura foi de 1,64 ± 0,08 m. Quanto aos preditores de VAD, 29,31% dos pacientes apresentaram Classe 3 de Mallampati e 10,34% Classe 4. Quanto à circunferência do pescoço, 79,31% apresentavam entre 40-49 cm; 12,6% entre 50-59; e 1,72% >60 cm. Quanto à distância interincisivos, 1,72% apresentaram menor que 3cm. Quanto à distância mento-tireoidiana, 60,34% dos pacientes apresentaram 7 cm. Pela classificação de Cormack-Lehane, 32,75% apresentaram-se como Classe 1; 41,37% Classe 2a; 12,06% Classe 2b; 10,34% Classe 3a; e 3,44% Classe 4. A IOT aconteceu em única tentativa em 86,20% dos casos; 10,34% em duas tentativas e 3,44% em três. Bougie foi necessário em 6,89% dos pacientes do estudo e Videolaringoscópio em 3,44%. CONCLUSÃO: Quando preditores de VAD são identificados, um planejamento prévio e adequação as técnicas disponíveis faz-se importante para segurança do paciente. A avaliação da VAD é um procedimento rápido e simples, que pode garantir a via aérea, prevenir complicações e reduzir morbimortalidade. REFERÊNCIAS: Magalhaes E, Marques FO, Gouvêia CS et al. Uso de preditores clínicos no diagnóstico pré-operatório de dificuldade de intubação endotraqueal em pacientes portadores de obesidade. Rev Bras Anesthesiol. 63(3):262-266.2013.

PALAVRAS-CHAVES: Intubação|Obesidade|Gastroplastia

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2265

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TREINAMENTO DE PROCEDIMENTOS HEPATOBILIARES EM MODELO PORCINO DE BAIXO CUSTO PARA ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO MÉDICA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL RAPHE (FACERES), ANTONIO CARLOS ROMA JUNIOR (FACERES), BRUNO PERON COELHO DA ROCHA (FACERES), CARLOS DARIO DA SILVA COSTA (FACERES), PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO (FACERES), RICARDO FINATTO AMARAL (FACERES), ROGÉRIO YUKIO MORIOKA (FACERES), TOUFIC AMBAR NETO (FACERES)

RESUMO: Objetivo: Descrever os procedimentos realizados pelos estudantes de medicina, na Disciplina de Habilidades Cirúrgicas, em um modelo animal. Método: Um curso de habilidades cirúrgicas foi estruturado baseado nas competências técnicas e conhecimentos teóricos que um médico generalista necessita para sua formação. A Disciplina de Habilidades Cirúrgicas é dividida em duas etapas, sendo um semestre dedicado aos conceitos fundamentais e procedimentos cirúrgicos básicos e outro semestre para procedimentos cirúrgicos avançados. Neste último, os alunos praticam diversos procedimentos em órgãos porcino como fígado e vesícula biliar. Antes da aula os alunos, em pequenos grupos com um professor, discutem as indicações, contraindicações, materiais, técnicas e complicações de cada procedimento, além de assistirem vídeos dos mesmos. Para cada aluno utiliza-se na aula prática uma peça fresca e resfriada de fígado com a vesícula biliar extraída de animal porcino. Resultados: Os procedimentos realizados - colecistectomia, simulação de colangiografia intra-operatória, Manobra de Pringle, hepatorrafia, biópsia hepática e hepatectomia parcial - são factíveis e reprodutíveis. Os alunos usam os recursos técnicos aprendidos na etapa anterior como dissecação, suturas e nós cirúrgicos. Existe considerável relação com a anatomia humana. O modelo é de baixo custo quando comparado com modelos sintéticos e de baixa fidelidade. O valor unitário de cada peça é de 11 reais. Os modelos vivos de animais apresentam alto custo e estão sendo cada vez menos utilizados em função das leis em vigor, que são contrárias à utilização de animais para experimentação. A educação médica tem sofrido constantes mudanças na forma de como ensinar e como avaliar. Um modelo prático fornece aos alunos segurança, conhecimento e domínio das técnicas, além de possibilitar uma avaliação prática do aluno em detrimento à cobrança apenas de conteúdo teórico. A realização de tais procedimentos procura preparar melhor os estudantes para o internato a fim de já demonstrarem conhecimento quando o sujeito for um ser humano. Conclusões: O modelo apresentado é barato, reprodutível, de fácil aceitação pelos estudantes e dentro dos padrões das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do ensino médico. Novas ferramentas quantitativas devem ser realizadas para avaliar a satisfação e desempenho dos estudantes após terem cursado a disciplina e durante o internato.

PALAVRAS-CHAVES: ENSINO | CIRURGIA | FÍGADO E VIAS BILIARES

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2339

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O efeito anestésicos inalatórios halotano e sevoflurano em um modelo experimental de lesão hepática

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCIANO ZOGBI DIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), ANDREA SOUBHIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), EDNA FRASSON DE SOUZA MONTERO (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP), DANIELA BARROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), SUSI HELIENE LAUZ MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG)

RESUMO: Objetivo: O papel dos anestésicos inalatórios na gênese do processo isquêmico durante as cirurgias vem sendo estudada para que se determine o grau de seu envolvimento na fisiopatologia da lesão isquêmica, visando o desenvolvimento de alternativas anestésicas com o intuito de minimizar a repercussão local e sistêmica da lesão isquêmica. A lesão hepática pós-anestesia inalatória ainda é controversa. Estudos sugerem que agentes inalatórios geram uma resposta imune que pode provocar lesão hepática. O objetivo desse trabalho é analisar o efeito dos anestésicos halotano e sevoflurano no fígado de ratos submetidos à hipóxia e a reperfusão. Método: Foram utilizados 30 ratos wistar pré-tratados com fenobarbital 0,1% por 5 dias com suspensão da medicação 24 horas antes do experimento. Os animais foram distribuídos em cinco grupos com seis ratos cada. O grupo C foi o de controle, sem nenhum tratamento; o grupo F foi aquele que se induziu lesão hepática com fenobarbital; o grupo Hipóxia foi exposto a 14% de oxigênio; o grupo H recebeu halotano a 1% e 14% de O₂ e o grupo S recebeu sevoflurano 2% e 14% de O₂. Vinte e quatro horas após a exposição dos gases, realizaram-se coletas de sangue para avaliação de transaminases (AST e ALT) e coleta de amostras de fígado para avaliação histológica. Foram utilizados os testes de Análise de Variância não paramétrica de Kruskal-wallis e para comparação de médias, os testes de Newman-Keuls. Resultados: a atividade enzimática revelou que os valores de media amostral de AST (280,33 para halotano, 181 para sevoflurano) e ALT (235 para halotano e 48,33 para sevoflurano) não indicam diferença estatística significativa; o sevoflurano quando comparado ao halotano na microscopia óptica, apresentou índices menores de alterações morfológicas, com p=0,045 para esteatose, p=0,0075 para infiltrado inflamatório e p=0,0074 para necrose. Conclusões: o grupo sevoflurano quando comparado ao grupo halotano, não apresentou lesão no parênquima hepático quando avaliado por microscopia óptica.

PALAVRAS-CHAVES: Isquemia|Probióticos|Intestino

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2345

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Modelo Experimental de Anestesia Inalatória em Ratos Wistar

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCIANO ZOGBI DIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), ANDREA SOUBHIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), EDNA FRASSON DE SOUZA MONTERO (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP), DANIELA BARROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), SUSI HELIENE LAUZ MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG)

RESUMO: Objetivo: Os anestésicos inalatórios são os fármacos mais utilizados para manutenção da anestesia geral. A popularidade destes medicamentos para estabelecer anestesia é baseada na facilidade de administração, previsibilidade de seus efeitos, baixo custo e extenso treinamento dos anestesistas neste tipo de anestesia. Entretanto toda droga possui efeitos colaterais e, dentre eles, se destaca a lesão hepática e sua alta morbidade. Desenvolver um modelo experimental de anestesia inalatória em ratos wistar. Metodologia: Foram utilizados 30 ratos wistar, machos, provenientes do biotério convencional controlado da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) com media de peso de 400g, anestesiados no Laboratório de Morfologia Experimental do setor de Cirurgia Geral da FURG. Os animais cada um a seu tempo foram colocados em uma campânula de vidro transparente, com aquecedores gel na base da campânula, conectados a um aparelho de anestesia com vaporizadores calibrados dos agentes anestésicos a serem estudados, os ratos foram induzidos e mantidos anestesiados por 2 horas, durante esse período foram observados: parada de movimentação; perda do reflexo de endireitamento; perda do reflexo córneo-palpebral; perda reflexo de retirada da pata traseira à estímulo doloroso por preensão; hipotermia e óbito. Resultados: Indução anestésica 8 a 12 minutos; imobilidade 8 a 10 minutos; perda reflexo de endireitamento 8 a 10 minutos; perda reflexo córneo-palpebral 12 minutos; perda reflexo retirada pata traseira 20 minutos; ausência de hipotermia ao final 2 horas; nenhum óbito foi registrado. Conclusões: O modelo utilizado mostrou estabilidade e segurança quanto a indução e manutenção do plano anestésico e se mostrou eficiente em produzir anestesia inalatória em ratos wistar com a finalidade de observar repercussões da anestesia inalatória em órgãos alvo como o fígado ou em qualquer outro que se queira estudar.

PALAVRAS-CHAVES: Anestésico inalatório | Modelo Experimental | Lesão hepática

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2348

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O USO DE UMA DIETA PROBIÓTICA NA LESÃO DE ISQUEMIA E REPERFUSÃO HEPÁTICA COM REPERCUSSÃO INTESTINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCIANO ZOGBI DIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), KATIUSCIA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), PATRICIA WEIBER SCHETTINI FIGUEIREDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), SUSI HELIENE LAUZ MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG)

RESUMO: Objetivo: Durante a isquemia e reperfusão (I/R) de um órgão, uma resposta inflamatória é desencadeada. Dependendo da gravidade da lesão, podem resultar lesões de órgãos locais como também em órgãos à distância, dentre estes o intestino é provavelmente o mais sensível à lesão de I/R. Os probióticos quando administrados em quantidades adequadas conferem benefícios à saúde do hospedeiro, promovem benefícios na prevenção e no tratamento de doenças do trato gastrointestinal. O objetivo é analisar os efeitos do probiótico *Bacillus cereus* variedade *toyoi* em um modelo experimental de isquemia e reperfusão hepática com repercussão intestinal. Metodologia: Foram formados três grupos com oito ratos Wistar, machos, mantidos em um ambiente climatizado de 22°C (±2°C), recebendo ração (Labcol®) e água ad libitum. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Uso Animal da Universidade Federal do Rio Grande (CEUA/FURG nº P020/2011). Os grupos foram classificados como: Grupo I (Sham Operated): controle de normalidade; Grupo II (Controle): submetidos à I/R hepática, alimentados com ração convencional e procedimento cirúrgico para indução de lesão de I/R por meio da Manobra de Pringle; e o Grupo III (Experimental): submetidos à I/R hepática, alimentados com ração suplementada com probiótico *B. cereus* variedade *toyoi*, administrados na concentração de 10⁹ UFC/g de ração, durante os 15 dias que antecederam o clameamento da tríade hepática para indução da I/R hepática. Após o procedimento cirúrgico, foi realizada a dosagem enzimática afim de verificar a função hepática e a avaliação histopatológica da mucosa intestinal, segundo a classificação de CHIU. As variáveis não paramétricas foram avaliadas como o teste variância de Kruskal-Wallis. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa BioEstat versão 5.0. Resultados: O probiótico *B. cereus* var. *toyoi* diminuiu significativamente a concentração da transaminase Aspartato Amino Transferase (AST) após a I/R hepática (p=0,0402) e apresentou um grau médio de lesão tecidual no intestino delgado de 2.0. Conclusão: O grupo experimental apresentou uma atividade enzimática menor, sendo este um indicador de menor lesão celular.

PALAVRAS-CHAVES: Isquemia / reperfusão | Probióticos | Cirurgia experimental

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2354

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil clínico-epidemiológico de pacientes referidos à cirurgia geral em hospital universitário terciário

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE IAHNKE GARBIN (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), GABRIELLA RICHTER DA NATIVIDADE (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), BRUNO TISCHER JUNG (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), THAIS VICENTINE XAVIER (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), BERNARDO SILVEIRA VOLKWEIS (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), LUIS FERNANDO MOREIRA (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS)

RESUMO: Objetivo: Determinar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes referidos ao Serviço de Cirurgia Geral de um hospital universitário terciário, visando otimização futura do sistema de referência e contra-referência. Método: estudo observacional retrospectivo, quantitativo, qualitativo e aleatório de 421 (12%) consultas do total de 3550 atendimentos no ano de 2016 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS. Para cálculo do tamanho de amostra (n = 385) foi utilizado o programa WinPEPI, versão 11.44 (IC 95%). Variáveis demográficas (sexo, idade, origem), tipo de consulta (primária ou retorno), queixa principal, diagnóstico principal e tratamento ? se clínico ou cirúrgico ? e seguimento ou alta ambulatorial. Resultados: a mediana de idade dos pacientes foi de 54,8 anos, variando de 15 a 92 anos, sendo 210 homens e 211 mulheres (NS). Primeira consulta ocorreu em 117 (27,79%) e retornos em 303 (71,97%). Quanto a origem, 195 (46,3%) eram procedentes da capital, 84 (19,95%) da região metropolitana e 142 (33,72%) do interior do estado. Hérnia abdominal (165; 39,19%), colelitíase (106; 25,17%), lesões cutâneas (40; 9,50%); tireoideopatias (19; 4,51%), afecções colônicas (15; 3,56%), e doenças do apêndice cecal (14; 3,32%) foram as mais frequentes. Um total de 218 (51,78%) atendimentos clínicos, 141 (33,49%) casos cirúrgicos e 62 (14,72%) seguimentos ou alta ambulatorial. Dos retornos a maioria referia-se a orientação clínica pré-operatória (e.g. diabetes, peso e tabagismo) e pós-operatória (FO e retirada de pontos). Conclusões: O grande número de adultos jovens, lesões cutâneas simples, pacientes vindos do interior e mais da metade de atendimentos clínicos em um serviço cirúrgico, claramente demonstram a necessidade de se reestruturar o sistema de referência e contra-referência, na tentativa de reduzir-se o acesso de pacientes cirúrgicos menos complexos e atividades ambulatoriais que não demandam atendimento especializado em centro terciário de referência como o HCPA na tentativa de reduzir tempo de seguimento e custos. Referência: Gyedu A, Baah EG, Boakye G et al. Quality of referrals for elective surgery at a tertiary care hospital in a developing country: an opportunity for improving timely access to and cost-effectiveness of surgical care. Int J Surg. 2015 Mar; 15: 74-78.

PALAVRAS-CHAVES: Perfil clínico-epidemiológico | Sistema de referência | Cirurgia geral

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2410

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE DO CONHECIMENTO E OPINIÃO DOS ESTUDANTE DE MEDICINA EM RELAÇÃO A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E CORPO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SEBASTIÃO CARLOS DE SOUSA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO LUCAS ALBUQUERQUE DE SABOIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), SUYANE GOMES LEITE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JOSÉ AUGUSTO COSTA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GISELLE FURTADO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), HELENIRA LOURENÇO DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: ?O desenvolvimento da anatomia humana como ciência morfológica está intrinsecamente relacionado à utilização de cadáveres. Por meio das atividades de dissecação, os conceitos das diversas estruturas anatômicas são aplicados nos campos de atuação das ciências da saúde, principalmente na medicina. Porém, as atividades de dissecação são cada vez menos frequentes nas disciplinas de disciplina de anatomia. Acredita-se que a escassez de cadáveres nos laboratórios de anatomia seja o principal fator para a diminuição dessas atividades. O objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento e opinião de acadêmicos do curso de medicina do sobre a doação de cadáveres. Metodologia?: um estudo transversal foi conduzido com a participação de 69 alunos do primeiro e do segundo semestres da faculdade de medicina da Universidade Federal do Ceará, em Sobral. Um questionário adaptado a partir de Saha (2015), com 13 perguntas sobre a opinião e o conhecimento dos acadêmicos em relação à doação de órgãos e corpos foi aplicado. Os dados foram agrupados em uma planilha da plataforma Google Sheets e analisados estatisticamente. Resultados?: a faixa etária dos estudantes estava compreendida entre 17 e 33 anos. Aproximadamente 37% dos estudantes são do sexo feminino. 73% dos estudantes responderam positivamente em relação a doação de órgãos. 17% responderam que estariam dispostos a doar seu corpo, tanto para doação de órgãos quanto para estudos anatômicos. 23% responderam que não preencheram o formulário de compromisso para doação de órgãos por que desejam saber mais sobre o assunto. Conclusão?: por meio da pesquisa, pode-se conhecer os principais aspectos que influenciam a opinião dos acadêmicos de medicina em relação à doação de órgãos e cadáveres. Bibliografia: PEARSON, William G.; HOAGLAND, Todd M.. Measuring change in professionalism attitudes during the gross anatomy course. *Anatomical Sciences Education*, ?[s.l.], p.12-16, 2009. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/ase.113>. SAHA, Anubha. Body Donation after Death: The Mental Setup of Educated People. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research*, ?[s.l.], p.5-9, 2015. JCDR Research and Publications. <http://dx.doi.org/10.7860/jcdr/2015/12246.6011>.

PALAVRAS-CHAVES: Estudantes de Medicina | Doação de órgãos e corpo | Conhecimento

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2499

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA DO COLO DO ÚTERO TRATADO COM TRAQUELECTOMIA RADICAL : RELATO DE UM CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO (UNINOVAFAPI), MARIA CLARA CHAVES MONTEIRO (UNINOVAFAPI), DÉBORA SARA NEVES LIMA (UNINOVAFAPI), RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO (FACID), ISADORA MARIA MATIAS BATISTA (UNINOVAFAPI), DAVI BRAGA DE CARVALHO (FACID), LEONARDO FORTES GOMES (FACID), PAULO AFONSO DE OLIVEIRA RIBEIRO (FACID), CAIO ALCOBAÇA MARCONDES (UESPI), SABAS CARLOS VIEIRA (UFPI), ALESSANDRA MARIA CERQUEIRA DE SOUSA (UESPI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O tratamento padrão do adenocarcinoma do colo do útero em estádios iniciais é a histerectomia radical com linfonodectomia pélvica bilateral ou pesquisa do linfonodo sentinela. No entanto em pacientes que desejam manter a fertilidade a traquelectomia radical é uma alternativa à histerectomia radical. Não existe estudos randomizados comparando as duas técnicas, mas séries de casos não tem demonstrado pior prognóstico nas pacientes que se submeteram a traquelectomia radical. OBJETIVO : apresentar um caso de adenocarcinoma invasivo do colo do útero tratado com traquelectomia radical e pesquisa do linfonodo sentinela. RELATO DE CASO: Paciente de 31 anos de idade, casada, procurou atendimento oncológico para avaliação de lesão em colo de útero em março de 2016, como diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado do colo do útero estágio Ib1. Paciente submeteu-se a traquelectomia radical abdominal associado à pesquisa do linfonodo sentinela bilateral. A pesquisa do linfonodo sentinela foi realizada através da injeção de 4ml do corante azul patente em quatro quadrantes do colo do útero no início da cirurgia. Paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta no segundo dia de pós-operatório. No oitavo dia de pós-operatório, apresentou sangramento no colo do útero que foi cauterizado.No exame histológico final havia somente adenocarcinoma in situ residual medindo 0.8cm, margens e paramétrios livres, os linfonodos sentinelas também foram negativos. Após nove meses do procedimento retornou sem queixas, menstruação normal e citologia oncológica normal. Paciente assinou consentimento informado. CONCLUSÃO: A traquelectomia radical com pesquisa de linfonodo sentinela é uma opção terapêutica para pacientes com carcinoma invasivo do colo do útero em estágio inicial que desejam manter a fertilidade.

PALAVRAS-CHAVES: traquelectomia |cancer|fertilidade

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2516

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MODELO EXPERIMENTAL EM APENDICECTOMIA ABERTA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JÉSSICA PALMA SOARES (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS), JÉSSICA SANTANA PORTO (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS), JÚLIA CRUZ SANTANA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), CINTHIA DE JESUS VIANNA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), FERNANDA PINHEIRO MARQUES (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NERY)

RESUMO: OBJETIVOS: O modelo experimental em apendicectomia aberta tem o objetivo de aprimorar o estudo e a habilidade dos acadêmicos de Medicina na área cirúrgica sem, contudo, infringir os princípios éticos que envolvem o uso de animais. O trabalho ainda tem como objetivo demonstrar o processo de confecção do modelo experimental, assim como materiais utilizados, custo total e de manutenção e o tempo gasto para a montagem do mesmo. MÉTODOS: Para a construção do modelo são utilizados materiais inorgânicos de baixo custo e fácil acessibilidade, criando uma base reaproveitável, constituída de uma caixa de MDF de 17x6x6 cm, com revestimento interno de espuma comum de 2cm de espessura, simulando a fossa ilíaca direita. Para a confecção do ceco foi utilizado espuma enrolada de forma cilíndrica e fio de nylon que simulava as haustrações. O apêndice foi reproduzido com bexiga canudo fixada à parte interna da estrutura do ceco. Duas folhas de papel filme foram coladas uma sobre a outra, com linhas de barbante vermelho entre elas, representando o mesoapêndice com a artéria apendicular e seus ramos. O peritônio foi simulado com uma meia calça e logo acima uma espuma vermelha reproduzia a camada muscular composta pelos músculos transverso, oblíquo menor e maior. A fâscia do oblíquo maior foi representada por uma folha de EVA e o tecido celular subcutâneo por espuma amarela. A caixa por fim era fechada com uma folha de poliuretano que se assemelhava à pele. RESULTADOS: O modelo possuiu um custo médio global de R\$23,30 para reproduzir uma caixa reaproveitável, tendo como custo médio de manutenção R\$7,30 reais para a reposição de materiais descartáveis a cada prática experimental. O tempo médio de confecção da caixa foi de 40 minutos e o tempo médio de prática experimental foi de 20 minutos. A utilização do modelo em cursos teóricos e práticos extracurriculares de ligas acadêmicas se mostrou eficiente do que tange ao seu objetivo principal de reproduzir a técnica cirúrgica de apendicectomia aberta. Ademais, foi capaz de se remeter à anatomia abdominal, consolidando os conhecimentos anatômicos do estudante. CONCLUSÃO: Conclui-se, portanto, que o modelo experimental de apendicectomia aberta pode ser utilizado como ferramenta importante para a demonstração e aprendizado prático de estudantes de medicina na área cirúrgica, tendo em vista sua fácil confecção e reprodutibilidade, além do baixo custo.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicectomia | Modelo | Ensino

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2518

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uso irracional de exames complementares na clínica cirúrgica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME RUAN FERNANDES FERREIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JULIANA RODRIGUES ROLIM (FACULDADE SANTA MARIA), WELSON LEAL DUARTE FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), RENÊE DOMINIK CARVALHO PEREIRA OSÓRIO (FACULDADE SANTA MARIA), RAQUEL UCHOA DOS ANJOS DE ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), FABIANE GOMES PEREIRA (FACULDADE SANTA MARIA), RÍZIA FERREIRA IVO CAVALCANTE (FACULDADE SANTA MARIA), THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: USO IRRACIONAL DE EXAMES COMPLEMENTARES NA CLÍNICA CIRÚRGICA Introdução: A avaliação pré-cirúrgica é de suma importância para obtenção de um peri e pós-operatório de qualidade. Diante da indicação cirúrgica faz-se necessário realizar uma anamnese e um exame físico de qualidade, e se houver necessidade solicitar exames laboratoriais. Porém, a solicitação de exames complementares no pré-operatório é motivo de questionamento, especialmente em pacientes assintomáticos, hígidos e sem comorbidades. Objetivos: O presente estudo tem como objetivo analisar as consequências do uso irracional de exames complementares no pré-operatório. Metodologia: Realizou-se uma revisão bibliográfica sistemática do tipo exploratória em base de dados on-line indexados no Scielo e Pubmed, no período de novembro de 2013 a outubro de 2016, visando selecionar artigos que atendessem aos nossos objetivos. Resultados: Na prática profissional, a anamnese e o exame físico são elementos responsáveis por fornecer importantes informações ao médico para que este possa fazer um planejamento cirúrgico adequado. A indicação de exames pré-operatórios deve ser individualizada conforme as doenças e comorbidades apresentadas pelos pacientes, tipo e porte da cirurgia proposta. É importante considerar a relação risco-benefício da solicitação de exames laboratoriais, já que a realização da cirurgia pode ser retardada enquanto se aguarda os resultados dos exames, por exemplo. Além disso, exames desnecessários podem induzir o médico a valorizar anormalidades laboratoriais limítrofes ou falso-positivas, bem como sujeitar o paciente a riscos desnecessários podendo causar reações alérgicas ao meio de contraste e exposição à radiação ionizante. Portanto, para procedimentos de baixo risco em pacientes de baixo risco clínico, a operação poderia ser realizada sem exames pré-operatórios. Conclusão: Diante da revisão da literatura percebeu-se que não basta apenas o conhecimento da performance dos exames, é fundamental análise da clínica e epidemiologia das evidências dos sinais e sintomas e queixas do paciente, sendo uma anamnese e exame clínico bem feitos as principais ferramentas de diagnóstico e prognóstico, diminuindo assim a solicitação de exames complementares desnecessários para o paciente.

PALAVRAS-CHAVES: exames complementares|pré operatório|cirurgia

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2519

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Modelos experimentais para indução da sepse: revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA CUNHA COSTA (FAMAZ), MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA (UEPA), JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR (UFPA), EDSON YUZUR YASOJIMA (UEPA), GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE (UEPA), BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES (UFPA), RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ (UEPA), YASMIN DE FARIAS KHAYAT (CESUPA)

RESUMO: Objetivo: Realizar levantamento acerca dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre os modelos experimentais de indução de Sepse em ratos. Método: Esse estudo foi realizado através de revisão de literatura, a partir da análise de artigos e publicações online que fizessem referência à sepse, com ênfase nos modelos experimentais de indução. Os artigos foram coletados utilizando-se como fonte as bases de dados eletrônicas Scielo, MEDLINE/Pubmed e Lilacs com o seguinte descritor Indução de Sepse. Foram selecionados artigos em português e em inglês, materiais encontrados com data de publicação anterior ao ano de 2012 foram descartados. No modelo das referências que abordavam sobre sepse, 49 foram analisadas, das quais 12 foram excluídas através de leitura analítica por não se adequarem ao objetivo do presente estudo. Resultados: O método mais citado na literatura para a indução de sepse em ratos é o modelo de ligação e perfuração cecal (LPC). É realizada uma laparotomia no roedor, o ceco é isolado e ligado abaixo da válvula ileocecal com obstrução total e perfurado com uma agulha de punção venosa, para que haja o extravasamento das fezes. Então, o ceco é recolocado na cavidade abdominal. No entanto, outros modelos reproduzíveis são atualmente utilizados por exemplo a administração de toxinas exógenas como lipopolissacarídeos (LPS). O LPS é administrado via intraperitoneal nos roedores, induzindo a peritonite aguda. Pode-se citar também a administração de patógenos viáveis como vírus e bactérias, neste método utiliza-se um modelo de pneumonia e de peritonite bacteriana com colocação de uma cânula no cólon ascendente (CASP) para haver uma conexão entre o lúmen intestinal e o abdômen. Esse modelo, no entanto, exige um procedimento mais cuidadoso pois ao inserir a cânula de maneira incorreta, pode-se gerar um abscesso pela falta de permeabilidade. Conclusão: Nesse sentido, nos últimos anos, tem havido interesse crescente na elaboração de modelos experimentais de indução de sepse, visando, aprimorar a compreensão da fisiopatologia, além de serem úteis no desenvolvimento de tratamentos mais eficazes. Com a pesquisa, constatou-se que o modelo de indução de sepse realizando a LPC é o mais atual. Contudo, modelos de experimentação científica em animais não representam fidedignidade ao episódio típico de sepse clínica em humanos, mas mesmo com essas limitações eles são essenciais para o desenvolvimento de novas terapias para sepse e choque séptico.

PALAVRAS-CHAVES: Indução de sepse | CLPC, LPS e CASP | Roedores

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2520

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Modelos experimentais para indução da sepse: revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA CUNHA COSTA (FAMAZ), MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA (UEPA), JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR (UFPA), EDSON YUZUR YASOJIMA (UEPA), GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE (UEPA), BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES (UFPA), RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ (UEPA), YASMIN DE FARIAS KHAYAT (CESUPA)

RESUMO: Objetivo: Realizar levantamento acerca dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre os modelos experimentais de indução de Sepse em ratos. Método: Esse estudo foi realizado através de revisão de literatura, a partir da análise de artigos e publicações online que fizessem referência à sepse, com ênfase nos modelos experimentais de indução. Os artigos foram coletados utilizando-se como fonte as bases de dados eletrônicas Scielo, MEDLINE/Pubmed e Lilacs com o seguinte descritor Indução de Sepse. Foram selecionados artigos em português e em inglês, materiais encontrados com data de publicação anterior ao ano de 2012 foram descartados. No modelo das referências que abordavam sobre sepse, 49 foram analisadas, das quais 12 foram excluídas através de leitura analítica por não se adequarem ao objetivo do presente estudo. Resultados: O método mais citado na literatura para a indução de sepse em ratos é o modelo de ligação e perfuração cecal (LPC). É realizada uma laparotomia no roedor, o ceco é isolado e ligado abaixo da válvula ileocecal com obstrução total e perfurado com uma agulha de punção venosa, para que haja o extravasamento das fezes. Então, o ceco é recolocado na cavidade abdominal. No entanto, outros modelos reproduzíveis são atualmente utilizados por exemplo a administração de toxinas exógenas como lipopolissacarídeos (LPS). O LPS é administrado via intraperitoneal nos roedores, induzindo a peritonite aguda. Pode-se citar também a administração de patógenos viáveis como vírus e bactérias, neste método utiliza-se um modelo de pneumonia e de peritonite bacteriana com colocação de uma cânula no cólon ascendente (CASP) para haver uma conexão entre o lúmen intestinal e o abdômen. Esse modelo, no entanto, exige um procedimento mais cuidadoso pois ao inserir a cânula de maneira incorreta, pode-se gerar um abscesso pela falta de permeabilidade. Conclusão: Nesse sentido, nos últimos anos, tem havido interesse crescente na elaboração de modelos experimentais de indução de sepse, visando, aprimorar a compreensão da fisiopatologia, além de serem úteis no desenvolvimento de tratamentos mais eficazes. Com a pesquisa, constatou-se que o modelo de indução de sepse realizando a LPC é o mais atual. Contudo, modelos de experimentação científica em animais não representam fidedignidade ao episódio típico de sepse clínica em humanos, mas mesmo com essas limitações eles são essenciais para o desenvolvimento de novas terapias para sepse e choque séptico.

PALAVRAS-CHAVES: Indução de sepse | CLPC, LPS e CASP | Roedores

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2534

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Modelo experimental de indução in vivo de Cervicite: revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CELSO ANGELO MARTINS LIMA (UEPA), ANA CAROLINA CUNHA COSTA (FAMAZ), RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ (UEPA), MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA (UEPA), JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR (UFPA), GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE (UEPA), BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES (UFPA)

RESUMO: Objetivo: Realizar uma revisão do conhecimento científico acerca dos modelos experimentais de indução de cervicite. Método: Este estudo foi realizado por meio da busca e da análise de artigos e publicações online que façam referência ou descrevam modelos que induzam cervicite em animais. Estes foram coletados utilizando-se bases de dados eletrônicas como MEDLINE/Pubmed e Lilacs utilizando os descritores Cervicitis OR Uterine Cervicitis AND Animal model AND Mice. Dos 47 artigos encontrados, 22 foram excluídos. Foram selecionados somente artigos escritos nos idiomas português e inglês e excluídos aqueles que não se adequaram ao objetivo da pesquisa. Resultados: A indução de cervicite foi feita em diferentes animais, de acordo com a finalidade das pesquisas. Em ratas, foram encontrados dois modelos mais relevantes: o primeiro utiliza uma injeção de 0,5ml de uma solução de fenol e resina de árvores do gênero Acacia a 25% na vagina de ratas anestesiadas, a uma profundidade de 2 centímetros. Após a administração, as ratas são deixadas de cabeça para baixo por 5 minutos, sendo este procedimento repetido por 3 dias e a cervicite sendo confirmada por rubor e edema do orifício vaginal. Foi encontrado também um modelo de indução em ratas utilizando ácido etanóico. Com os animais anestesiados, foram introduzidos absorventes embebidos em ácido etanoico pelo canal vaginal por 30, 60 e 120 segundos. O estudo concluiu que 30 segundos foram suficientes para induzir lesões cervicais que caracterizam cervicite. Um outro modelo, utilizando fêmeas de macacos rhesus, consiste na inoculação de vírions do HPV por meio do trato reprodutor dos animais anestesiados com cetamina para causar a lesão e há ainda a indução da cervicite em camundongos, por meio da inoculação da bactéria Chlamydia muridarum no colo do útero dos animais. Conclusão: A partir da análise da literatura, pode-se perceber que os modelos de indução causam cervicite nos animais por meio de agentes infecciosos, como os vírions do HPV e bactérias Chlamydia, ou por substâncias químicas, como soluções de caráter ácido. Os modelos que induzem a cervicite de forma mais eficaz são os que utilizam agentes infecciosos, visto que causam os sintomas da infecção do cérvix mais rapidamente e por um período mais duradouro.

PALAVRAS-CHAVES: Cervicite | Agentes infecciosos | Substâncias químicas

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2539

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CIRROSE HEPÁTICA INDUZIDA EM CIRURGIA EXPERIMENTAL: REVISÃO DE LITERATURA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TIAGO BRAGA DUARTE (UFPA), RITA DE CÁSSIA SILVA DE OLIVEIRA (UEPA), GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE (UEPA), MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA (UEPA), JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR (UFPA), MARIANA ROCHA BOHNE (CESUPA), BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES (UFPA), RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ (UEPA)

RESUMO: Objetivo: Avaliar os principais modelos de indução a cirrose em animais, comparando-os entre si a fim de se obter o método mais eficiente e vantajoso. Métodos: foram analisados, através de artigos acadêmico-científicos e publicações, modelos tradicionais e amplamente difundidos. Bases de dados como Lilacs, Scielo e Pubmed foram utilizadas, sendo usados os descritores Cirrose, Modelos Animais, e Tetracloreto de Carbono. Foram selecionados materiais em inglês e português publicados no período entre 2010 e 2016. Resultado: Dentro da gama de 50 artigos coletados, 19 foram descartadas por não se adequarem aos critérios analíticos. Os métodos mais utilizados recaem sobre basicamente três vias de indução a cirrose hepática: tetracloreto de carbono (CCl₄), dimetilnitrosamina (DMN) e, mais recentemente, a via da tiocetamida (TAA). Há ainda o modelo de estenose dos ductos biliares (colestase), que em virtude do caráter invasivo do procedimento e da alta mortalidade, tratar-se de um procedimento que cada vez mais entra em desuso. A cirrose induzida por DMN, composto hepatotóxico e carcinogênico, é extremamente letal, ao passo que a indução por CCl₄, apesar de relativamente rápida, age lesionando os citocromos P-450 do fígado de forma severa, resultando ocasionalmente no óbito desnecessário de animais. Nesse cenário, a indução resultante de TAA, que reduz a atividade antioxidante do fígado ao passo que acentua a peroxidação lipídica neste órgão, revela-se mais interessante, uma vez que é menos letal e apresenta padrão histológico muito semelhante ao da cirrose humana, apesar de demandar um período de tempo maior de indução da cirrose. É necessário ressaltar que embora o TAA seja frequentemente mais vantajoso que o CCl₄, artigos discorrem sobre a variação de sensibilidade aos métodos de acordo com a espécie de rato ou camundongo. Nesse cenário, aplicações intraperitoneais de TAA podem resultar em maior mortalidade quando comparadas a administração oral de CCl₄. Além disso, vale ressaltar o emprego de hepatectomia, sendo combinada às diversas técnicas cirrótico-indutivas, embora seja um procedimento temido, pois a reserva funcional do órgão é inferior ao normal, não suportando grandes ressecções. Conclusão: Dessa forma, conclui-se que a via da TAA é aconselhável quando validado adequadamente para a espécie de roedor que se deseja trabalhar, vide o quadro patológico semelhante a cirrose hepática humana, assim como maior reprodutibilidade e segurança de utilização.

PALAVRAS-CHAVES: Cirrose Hepática | Modelos Animais | Tetracloreto de Carbono

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2541

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Indução experimental de tumores vesicais ? Revisão de Literatura.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATHALIA LAIS LIMA ROCHA (FACULDADE METROPOLITANA DA AMAZONIA), CHARLES ALBERTO VILACORTA DE BARROS (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ), JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ), MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ), MARIANA ROCHA BOHNE (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ), YASMIN DE FARIAS KHAYAT (CENTRO UNIVERSITARIO DO PARA), GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ), BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ)

RESUMO: Objetivo: Realizar um levantamento acerca dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre os modelos experimentais de indução de neoplasia vesical. Método: Esse estudo foi realizado através de revisão de literatura, a partir da análise de artigos e publicações que fizessem referência a neoplasia vesical, com ênfase nos modelos experimentais de indução. Os artigos foram coletados utilizando-se como fonte as bases de dados eletrônicas Scielo, MEDLINE/Pubmed e Lilacs. Foram selecionados artigos em português e em inglês. Das referências que abordavam sobre a indução de tumores vesicais, 27 foram analisadas, das quais 5 foram excluídas através de leitura analítica por não se adequarem ao objetivo do presente estudo. Resultados: Um dos métodos mais conhecidos e citados na literatura para a indução desses tumores em ratos, é pela utilização da N-butil-N-4-hidroxibutil nitrosamina (BBN) que produz lesões majoritariamente papilares que, podem progredir para tumores invasivos, de uma forma muito semelhante ao identificado nos humanos, tornando-o um excelente modelo para a avaliação do efeito de agentes terapêuticos no modelo de carcinoma papilar. Foi desenvolvido também um modelo experimental modificado geneticamente (GEM), amplamente utilizado para aplicações em biologia do câncer, que emprega camundongos, uma vez que os tumores surgem no tecido e também complementam os modelos baseados em carcinógenos, e se fundamentam em alterações genéticas definidas. Com a pesquisa constatou-se que o uso da BBN, possui o agente carcinogênico mais utilizado em modelos animais para a investigação de câncer da bexiga, limitando as suas capacidades cancerígenas a este órgão. Além disso, quando administrado por via apropriada, na dose correta e na estirpe animal adequada ao estudo em causa, todos produzem 100% de incidência de tumores na bexiga. No modelo GEM, a bexiga pode ser resistente ao desenvolvimento de tumores invasivos, uma vez que a maioria das alterações de um único gene e muitas alterações combinadas têm fenótipos relativamente leves. No entanto, dada a recente descrição de alterações moleculares encontradas no tecido da bexiga, o modelo pode ser utilizado em roedores, que são susceptíveis a desempenhar um papel cada vez mais proeminente no câncer vesical. Conclusão: O modelo por BBN é o mais presente na literatura devido seu elevado índice de pega e facilidade de aplicação em roedores.

PALAVRAS-CHAVES: Indução vesical | Neoplasia vesical | Modelo Experimental

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2545

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VISÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA SOBRE A UTILIZAÇÃO DE SUÍNOS PARA CIRURGIA EXPERIMENTAL E ENSINO DA TÉCNICA OPERATÓRIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS GERMANO FIGUEIREDO VIEIRA (FAMENE), ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA (FAMENE), ANA CLARA OLIVEIRA DA SILVA (FCM-PB), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FAMENE), WALDÊNIO ARAÚJO BARROS DOS SANTOS (FAMENE), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FAMENE), GABRIELA DE LIMA FERREIRA LUCENA (FAMENE)

RESUMO: Introdução: A utilização de animais com fins didáticos é um tema gerador de discussões e, por vezes, conflitos entre estudantes, professores e instituições de ensino. A preocupação com o bem-estar animal permeia as leis que regulamentam a utilização de animais no ensino e na pesquisa científica, assim como a produção e a divulgação de métodos alternativos como ferramentas educacionais humanitárias (SILVA, 2016). A semelhança da anatomia e fisiologia suína com a humana permite que o modelo suíno possa ser usado para estudo médico e servindo para o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas (BAROSA, 2014). Objetivo: Avaliar a visão dos estudantes de medicina de uma faculdade particular sobre o ensino da técnica operatória (TO) e a cirurgia experimental (CE) em suínos. Método: Trata-se de um estudo exploratório feito na Faculdade de Medicina Nova Esperança com 100 alunos do 5º ao 8º período de medicina escolhidos ao acaso. O instrumento de pesquisa foi um questionário objetivo, todos foram instruídos sobre a pesquisa e assinaram o TCLE. Resultados: Dos estudantes que responderam ao questionário, 36 eram do sexo masculino e 64 do sexo feminino. A média de idade foi de 23 anos. 93% foram a favor da utilização de suínos para a realização de CE. 60% acreditam que a CE em animais deveria ser obrigatória nas faculdades de medicina. 93% acreditam que a utilização de suínos para o estudo da TO é mais eficiente que a utilização de manequins. Em relação ao desenvolvimento acadêmico, 86% notaram melhora, 14% foram indiferentes e nenhum percebeu piora. Após ter participado da CE, 68% se sentiram mais confiantes em realizar procedimentos cirúrgicos. Os procedimentos mais aprimorados com a CE foram, 39% diérese, 39% hemostasia, 54%, síntese, 25% instrumentação e 22% paramentação. Conclusão: Diante dos resultados, podemos ver que a cirurgia experimental em suínos é bem aceita pelos estudantes e apresenta bons resultados na aprendizagem da técnica operatória, até mesmo para aqueles que não aprovam a utilização de suínos para CE. Apesar desse bom resultado, ainda há polêmica, na visão dos estudantes, quanto à CE ser obrigatória nas faculdades de medicina.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia experimental | técnica operatória | suíno

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2549

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DOS LIVROS À PRÁTICA: APRENDIZAGEM ?HANDS ON? DE PARACENTESE COM MODELO SIMULADO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL ARAUJO KRAMER DE MESQUITA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MARIANA PONTES BAQUIT (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), LUIZA VITÓRIA FONTENELLE COSTA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ANA PAULA LOPES PESSOA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), LIA CAVALCANTE ARAGÃO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FERNANDA MARTINS MAIA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), RAFAELA VIEIRA CORREA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Objetivos: A paracentese é o procedimento no qual uma agulha é inserida na cavidade abdominal com o objetivo de colher ou remover líquido ascítico. O trabalho visa avaliar o processo de ensino-aprendizagem do procedimento de paracentese voltado para acadêmicos de Medicina através de modelo sintético. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, desenvolvido pelo Programa de Educação Tutorial (PET) do curso de Medicina de uma universidade em Fortaleza. Desenvolveu-se modelo constituído por: manequim plástico, luvas com água, fita gomada, esponjas e courino simulando respectivamente: paciente, líquido ascítico, peritônio, gordura e músculos e pele. O custo total foi de 50 reais, o que viabiliza seu uso. Tal modelo foi utilizado no ?Curso Teórico-Prático de Iniciação a Técnicas Cirúrgicas e Laparoscopia?, desenvolvido pelos autores. Este constituiu-se de 40 horas aulas teóricas, práticas e atividades de ensino à distância. Após aula teórica e demonstração no manequim, cada aluno realizou o procedimento no modelo, sendo avaliados por check-list padronizado. Logo após, responderam questionário de percepção sobre o modelo. A amostra foi composta por 47 alunos de Medicina inscritos no curso, respeitando-se os aspectos éticos. Os dados foram analisados com o uso do Epi Info 3.5.2. Resultados: Dos 47 alunos, eram 31 mulheres (66%) e 16 homens (34%), estando 43 (91,5%) no ciclo básico do curso, todos sem experiência prévia com o procedimento. O principal erro cometido foi a falta de checagem de material (67,4%), seguido pelo inadequado posicionamento do paciente (64,5%) e pela aplicação incorreta da anestesia (34,1%). Os itens com mais acertos referem-se à correta inserção da agulha (83%), à aspiração do líquido ascítico e envio para análise (83%) e à adequada retirada da agulha e realização do curativo (87,2%). Os questionários de percepção mostraram que 97,9% acham o modelo adequado para o ensino e 100% acreditam que ele é realista e reproduzível e que deve ser usado para treino antes de se realizar o procedimento em pacientes reais. Conclusão: O treino com o modelo por alunos iniciantes de Medicina destacou etapas específicas a serem reforçadas para correta realização da técnica e permitiu aprendizagem efetiva. Ademais, sua verossimilhança, baixo custo e fácil reprodutibilidade também corroboram sua competência para o ensino. O modelo será então submetido a aprovação por médicos graduados quanto a fidelidade com o procedimento em pacientes reais.

PALAVRAS-CHAVES: Paracentese | Educação Médica | Simulação

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2555

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Modelo experimental de indução in vivo de DRGE: revisão de literatura.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LIZANDRA LUJAN DELPUPO TRIVILIN (FAMAZ), EDSON YUZUR YASOJIMA (UEPA), EDUARDO DOS SANTOS MARTINS NETO (UEPA), MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA (UEPA), JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR (UFPA), TIAGO BRAGA DUARTE (UFPA), RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ (UEPA), YASMIN DE FARIAS KHAYAT (CESUPA)

RESUMO: OBJETIVO: Realizar um levantamento acerca dos atuais conhecimentos na literatura científica sobre os modelos experimentais de indução da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). MÉTODO: Esse estudo foi realizado através de revisão de literatura, a partir da análise de artigos e publicações online que fizessem referência a DRGE, com ênfase nos modelos experimentais de indução. Os artigos foram coletados utilizando-se as bases de dados eletrônicas Scielo, MEDLINE/Pubmed e Lilacs. Foram selecionados artigos em português e em inglês, sendo aqueles com data de publicação anterior ao ano de 2011 foram descartados. Das referências que abordavam sobre DRGE, 52 foram analisadas, das quais 20 foram excluídas através de leitura analítica por não se adequarem ao objetivo desse estudo. RESULTADO: O método mais conhecido e citado na literatura para a indução de DRGE em ratos ainda é o modelo descrito por Omura, todavia, tem sido substituído pelo modelo formulado por Pawlik, que consiste em uma adaptação do modelo de Omura e se baseia na realização de duas ligaduras uma entre o fundo e o corpo do estômago, o que reduz o volume do órgão e a angulação entre o estômago e o esôfago (facilitando o refluxo) e outra no duodeno, próximo ao piloro, para interromper o fluxo digestivo. Este modelo tem como vantagem proporcionar uma maior sobrevida ao animal, permitindo um maior controle sobre o mesmo, além de ser adequado para os exames dos mecanismos iniciais da lesão no esôfago advindas da DRGE. Foram encontradas criações mais recentes de modelos cirúrgicos que imitem o refluxo nos ratos, classificado quanto a origem em gástrico, duodenal ou misto. Essas novas técnicas possuem vantagens, principalmente em experimentos de longo prazo, uma vez que conseguem manter os roedores vivos até 80 semanas após a cirurgia. No modelo de Pawlik os ratos são submetidos a eutanásia em apenas 4 horas após a cirurgia. CONCLUSÃO: Constatou-se que o modelo mais citado na literatura é o descrito por Omura em 1999, contudo os artigos mais atuais passaram a usar o modelo formulado por Pawlik. Também foram encontradas criações recentes de vários modelos cirúrgicos que imitam os refluxos gástrico, duodenal e misto em roedores. Três dos procedimentos aqui descritos são adequados para experimentos de longo prazo com altas taxas de sobrevivência pós-operatória. O outro modelo consiste em uma adaptação de procedimentos utilizados em publicações anteriores e é destinado para experimentos de curto prazo.

PALAVRAS-CHAVES: Refluxo Gastroesofágico | Modelos Animais | Ratos Wistar

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2579

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: USO DE CADÁVER PARA SIMULAÇÃO DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CLARA OLIVEIRA DA SILVA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), FRANCISCA ISABELA SAMPAIO MIRANDA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), GIVÂNIA LEITE SANTOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), CAMILA DE ANDRADE MONTENEGRO FERNANDES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE)

RESUMO: OBJETIVO: A simulação na prática médica é imprescindível no aprendizado dos acadêmicos, haja vista que proporciona segurança, capacitando para a vida profissional. O trabalho teve por objetivo analisar a viabilidade do uso de cadáveres para habilitar os estudantes de Medicina a realizarem alguns procedimentos médicos invasivos, abordando também, por consequência, estudos anatômicos. Nesse sentido, a pesquisa busca apresentar a utilização de técnicas de ensino para melhorar a competência dos estudantes, proporcionando, assim, segurança aos pacientes. MÉTODOS: Revisão bibliográfica sistemática dos últimos cinco anos das bases de dados Google Acadêmico, Scielo, Medline e PubMed, através dos descritores "uso de cadáver", "cadáver na simulação de pequenos procedimentos" e "cirurgia com cadáver". RESULTADOS: O estudo de seis artigos científicos comprovou que é interessante e eficaz a utilização de cadáveres na simulação de pequenos atos cirúrgicos para os estudantes do Curso de Medicina, pois além de ser possível observar as estruturas anatômicas do local, permite a familiarização com os materiais e as técnicas operatórias necessárias para uma cirurgia eficaz, simulando aproximadamente o procedimento in vivo. Devido ao enrijecimento cadavérico e sua fixação pelo formaldeído podem ser utilizados meios para facilitar o procedimento como o uso de vaselina na técnica de intubação, ou outra substância oleosa equivalente. Assim, vários procedimentos podem ser realizados como, por exemplo, traqueostomia, cricotireoidostomia cirúrgica, acesso periférico, acesso venoso central e intubação, técnicas extremamente importantes na vida prática dos médicos generalistas. Os procedimentos realizados preparam o futuro profissional tanto na parte emocional quanto na humanização, pois deixam os estudantes mais capacitados e seguros na realização de pequenos procedimentos a posteriori. CONCLUSÕES: O uso de cadáver nas instituições de ensino de graduação e pós-graduação aperfeiçoa o estudante para realizar pequenos procedimentos cirúrgicos e cada vez mais aprimorar suas técnicas. Dessa forma, conclui-se que os estudantes devem respeitar adequadamente à dignidade do cadáver nos estudos anatômicos e procedimentos médicos.

PALAVRAS-CHAVES: CADÁVER|PEQUENOS PROCEDIMENTOS|CIRURGIA

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2581

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MODELO SIMULADO DE BAIXO CUSTO EM DRENAGEM TORÁCICA: AVALIAÇÃO E PERCEPÇÃO DE ALUNOS DA GRADUAÇÃO SOBRE ENSINO TEÓRICO-PRÁTICO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL ARAUJO KRAMER DE MESQUITA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MARIA ALLYCE DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ERIKA FEITOSA QUEIROZ (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), VINICIUS FARINA SARTORI (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ANA PAULA LOPES PESSOA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FERNANDA MARTINS MAIA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), RAFAELA VIEIRA CORREA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: A drenagem torácica é um procedimento comum importante para a intervenção de derrames pleurais na rotina médica. Este estudo objetiva avaliar a aquisição de habilidades cirúrgicas em drenagem torácica após ensino do procedimento na graduação, assim como descrever a relevância da prática no modelo segundo a percepção dos alunos. Método: Estudo transversal descritivo e analítico com alunos do curso teórico-prático de cirurgia organizado pelos autores em junho de 2016. O modelo foi confeccionado com materiais de baixo custo e fácil acesso: manequim sintético, com corte na região correspondente à realização do procedimento, simulação de costelas com duas estruturas de madeira e de camadas dos tecidos com folhas de EVA e esponja. No interior do manequim foi acoplado recipiente contendo água e vedado por recorte de EVA de mesmo diâmetro, simulando a pleura. Os participantes foram avaliados através de checklist durante treino com modelo após aula teórica e demonstração do procedimento. Após isso, responderam questionário de percepção sobre o manequim. Respeitou-se os aspectos éticos. Resultados: Amostra composta por 91 alunos da graduação em Medicina, sendo 50 mulheres (54,9%) e 41 (45,1%) homens. A maioria (95,6%) sem experiência prévia com o procedimento. Ao se avaliar os checklists, percebe-se como principal erro a aplicação inadequada da anestesia (50,5%), seguido pela inserção incorreta do dreno (46,2%) e pela incorreta divulsão dos músculos e da pleura (45,1%). Os itens com menos erros se referem à medição adequada do dreno (89%), à paramentação (87,9%) e à realização da exploração digital (83,5%). A partir dos questionários de percepção, observa-se que: 98,9% dos estudantes concordam que o modelo pode ser usado para ensino do procedimento; 94,5% afirmam que o modelo tem boa correlação com a anatomia humana; 95,6% concordam que o material utilizado no modelo é adequado para o aprendizado; 95,6% concordam que o modelo pode ser facilmente reproduzido e 93,4% afirmam se sentir mais preparado para realizar o procedimento após treinamentos no modelo. Conclusão: O treino com o manequim foi capaz de destacar etapas específicas do procedimento, que devem ser reforçadas a fim de garantir aprendizado significativo e sucesso da drenagem torácica em pacientes reais. A sua verossimilhança, fácil reprodutibilidade e capacidade de aumentar a segurança do médico em formação torna-o ferramenta importantíssima na graduação.

PALAVRAS-CHAVES: Drenagem torácica | Educação Médica | Simulação

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2583

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE SEPSE: UMA REVISÃO NÃO-SISTEMÁTICA DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DÉBORA LOPES GONÇALVES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), JEANE ALMEIDA PRATES (UNIVERSIDADE JOSÉ ROSÁRIO VELLANO), ROBSON EUGÊNIO DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELLANO), EMILENE VALIM DOS SANTOS SILVEIRA (UNIVERSIDADE JOSÉ ROSÁRIO VELLANO), ANA MARIA MANTOVANI MARTINEZ (UNIVERSIDADE JOSÉ ROSÁRIO VELLANO), CARLOS EDUARDO TEIXEIRA (UNIVERSIDADE JOSÉ ROSÁRIO VELLANO), NATÁLIA SILVEIRA CAMARGO (UNIVERSIDADE JOSÉ ROSÁRIO VELLANO)

RESUMO: Introdução: Definida como uma resposta sistêmica secundária a uma doença infecciosa, a Sepsé é reconhecida pela literatura como a maior causa de mortes nas unidades de terapia intensiva. Objetivo: Identificar na atual literatura os aspectos determinantes acerca de critérios de diagnóstico e tratamento de Sepsé. Métodos: O trabalho constitui uma revisão não-sistemática de literatura, de caráter qualitativo, com base em levantamento bibliográfico que priorizou a busca e análise de artigos. Pesquisados com as descrições de diagnóstico de Sepsé e tratamento de Sepsé, foram selecionados ao acaso um total de 10 artigos. Resultados: 7 dos 10 artigos preconizaram como critério para diagnóstico a concomitância de dois critérios de SIRS com um foco infeccioso presumido ou confirmado; 2 dos 10 artigos abordaram hemocultura como exame padrão ouro para diagnóstico de Sepsé neonatal em recém-nascido de baixo peso; e 1 artigo evidenciou a presença de infecção associada a lactatemia e dois critérios de SIRS com pelo menos uma disfunção orgânica associada. Quanto aos critérios para tratamento de Sepsé os artigos preconizaram o controle do foco infeccioso como fator de primeira prioridade, sendo a escolha do antibiótico baseada em dados clínicos e laboratoriais; para o suporte respiratório a dopamina é a droga de eleição; o uso de fluidos intravenosos e vasopressores foi descrito para reanimação e a reposição volêmica é justificada para otimizar uma pressão capilar pulmonar, sendo o uso de ventilação mecânica e corticoterapia sugerido conforme a necessidade de cada quadro clínico. Discussão: Por envolver uma resposta sistêmica, o objetivo fundamental é a manutenção de um suporte cardiorrespiratório e metabólico, que permita manter o paciente vivo até a sua recuperação integral. Conclusão: A Sepsé apresenta uma estreita relação entre o foco infeccioso e a gravidade do processo, sendo crucial a precoce identificação e terapêutica da doença infecciosa. Estabilizar parâmetros hemodinâmicos, de perfusão tecidual e parâmetros de disfunção enfatizam a relevância do imediato cuidado médico. Referências: Shankar-Hari M, Bertolini G, Brunkhorst FM, Bellomo R, Annane D, Deutschman CS, et al. Judging quality of current septic shock definitions and criteria (2015); Assuncao, Murillo SC. de, Corrêa, Thiago D., Bravim, Bruno de A., & Silva, Eliézer. How to choose the therapeutic goals to improve tissue perfusion in septic shock. Einstein (São Paulo-2015).

PALAVRAS-CHAVES: Sepsé | Septicemia | choque séptico

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2588

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PROTOCOLOS ANESTÉSICOS UTILIZADOS EM CIRURGIA EXPERIMENTAL: REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LANA THAYNÁ ALENCAR DIAS (CESUPA), MARIANA ROCHA BOHNE (CESUPA), MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA (UEPA), JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR (UFPA), GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE (UEPA), BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES (UFPA), RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ (UEPA), RITA DE CÁSSIA SILVA DE OLIVEIRA (UEPA)

RESUMO: OBJETIVO: Realizar uma revisão do conhecimento científico acerca dos principais protocolos anestésicos utilizados em animais de pequeno porte. MÉTODO: Para esse fim, foram consultadas as bases de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, PubMed, BVS e LILACS. Foram selecionados artigos publicados no período entre 2013 e 2017, encontrou-se 34 artigos no total, sendo 22 selecionados por se adequarem ao objetivo do presente estudo. RESULTADOS: As pesquisas antepostas foram agrupadas em dois principais grupos: anestésicos inalatórios e injetáveis. No primeiro grupo, destacou-se o Sevoflurano, o qual apresentou comportamentos hiperexcitatórios pós-anestésicos, além de produzir citotoxicidade por meio das junções gap nas células hepáticas. No entanto, com a utilização conjunta do Propofol, tal efeito citotóxico é minimizado através da inibição da transmissibilidade nas junções gap. A utilização do Isoflurano também obteve destaque nas pesquisas, dentre suas vantagens podem ser citadas a administração e titulação fácil, ter rápida recuperação, reproduzir anestesia com profundidade apropriada e provocar depressão cardíaca mínima. Do grupo dos anestésicos injetáveis, evidenciou-se a técnica de anestesia por tumescência, a qual se injeta lidocaína e epinefrina por via subcutânea. Seu uso apresentou diversas vantagens como a estabilização das frequências cardíaca e respiratória, restrição do uso de anestésicos inalatórios e diminuição da hipotensão no ato cirúrgico. Na mesma classe, tem-se o Propofol que atua inibindo a liberação de acetilcolina e modula o papel dos receptores GABA, contribuindo assim para a disfunção cognitiva pós-operatória. No entanto, para atenuar esse efeito e obter retorno das funções cognitivas e a diminuição da dor após administração do anestésico, foi registrado a utilização da memantina, fármaco pertencente à classe de antagonistas não competitivos de baixa afinidade ao receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) e muito utilizado em pacientes com a forma grave de Alzheimer. CONCLUSÃO: A utilização do grupo de anestésicos inalatórios apresenta maior grau de segurança para animais de pequeno porte por ser facilmente reversível. Destaca-se a utilização do Isoflurano por apresentar menos efeitos negativos comparado aos demais fármacos dessa classe. Já a classe dos anestésicos injetáveis, a lidocaína e epinefrina demonstraram vantagens durante os procedimentos cirúrgicos em relação aos inalatórios, quando corretamente administradas.

PALAVRAS-CHAVES: Animal | Anesthesia | Protocol

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2645

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Modelos experimentais de Colite Ulcerativa: uma revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KAROLYNIE LESSA BENGTON (CESUPA), MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA (UEPA), JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR (UFPA), EDSON YUZUR YASOJIMA (UEPA), RAFAELLA MACEDO MONTEIRO DA CRUZ (UEPA), YASMIN DE FARIAS KHAYAT (CESUPA), MARIANA ROCHA BOHNE (CESUPA), TIAGO BRAGA DUARTE (UFPA)

RESUMO: Objetivo: Realizar uma revisão do conhecimento científico acerca dos modelos de indução de colite ulcerativa em roedores. Método: Utilizaram-se as bases de dado MEDLINE, LILACS e SCIELO, sendo usados os descritores colite ulcerativa e Ratos Wistar, nos idiomas português e inglês. A partir desse ponto, foram selecionados artigos publicados nos anos de 2015 a 2017. Encontrou-se 118 artigos no total, sendo 92 selecionados por se adequarem ao objetivo do presente estudo. Resultados: Foi encontrado que em 29 artigos utilizou-se o modelo de indução por ácido acético (AA), 26 a solução de dextran sulfato de sódio (DSS) foi utilizada e 37 testaram a utilização do ácido trinitrobenzossulfônico (TNBS). O primeiro modelo citado é feito com enema retal por uso de cateter que poderá ser introduzido entre 1,2 e 8 cm próximo à borda do ânus, sendo que foi observada diminuição de 38% na síntese de DNA e um aumento de 318% na enzima mieloperoxidase (MPO), principalmente após 7 dias de experimentação. Por outro lado, a indução por DSS é administrada, na maioria dos estudos, em água destilada aos animais, tendo perda de peso observada entre 11-15% baseada na DAI (Disease Activity Index Scoring Criteria), assim como infiltração acentuada de células imunes tanto na mucosa quanto na submucosa. Já o TNBS é dissolvido em etanol, com o mais presente sendo o de 50%, e introduzido por cânula de materiais variados, tem-se teflon como o principal, com área necrótica atingindo mais de 75% da superfície e uma diminuição significativa tanto no peso, quanto no comprimento do cólon. O modelo de TNBS mostrou-se mais eficaz, pois apresenta administração com anestesia prévia, o que proporciona conforto. Ademais, há a possibilidade de realização do método por gavagem e notou-se uma ação inflamatória mais ampliada em comparação tanto com o por DSS, o qual tem ação mais localizada, quanto o por AA, apesar de o último ter demonstrado semelhança com os padrões inflamatórios humanos. Conclusão: O modelo por TNBS é o mais presente na literatura devido sua maior eficácia e facilidade de aplicação em roedores.

PALAVRAS-CHAVES: Modelos Animais de Doenças | Colite Ulcerativa | Ratos Wistar

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2717

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pré-condicionamento isquêmico local não acrescenta proteção à hipotermia tópica na lesão renal por isquemia e reperfusão em ratos.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME BEHREND RIBEIRO (UFRGS), EDUARDO BRASIL RABOLINI (UFRGS), CAETANO ARAUJO TORRES LIMA (UFRGS), GUILHERME LANG MOTTA (UFRGS), PABLO CAMPESES SOUZA (UFRGS), EMANUEL BURCK DOS SANTOS (HCPA), PEDRO GUILHERME SCHAEFER (HCPA), CARLOS OTAVIO CORSO (UFRGS)

RESUMO: Objetivos: Estudar os efeitos do pré-condicionamento local associado a hipotermia tópica na lesão renal por I/R, particularmente quanto às alterações histológicas, dano por estresse oxidativo, atividade antioxidante tecidual e parâmetros funcionais bioquímicos. Métodos: Quarenta ratos Wistar foram aleatoriamente alocados para cinco protocolos experimentais realizados no rim esquerdo: hipotermia tópica por 40 min sem isquemia (HT), isquemia quente por 40 min (IR), pré-condicionamento isquêmico (15 min de isquemia + 10 min de reperfusão) seguido de isquemia quente por 40 min (PCI+IR), isquemia fria por 40 min (HT+IR) e pré-condicionamento isquêmico seguido de isquemia fria por 40 min (PCI+HT+IR). Nefrectomia direita foi realizada em todos os ratos antes de qualquer procedimento. Oito rins direitos aleatoriamente designados constituíram o grupo controle. Após 240 min de reperfusão, o rim esquerdo foi retirado para avaliar as alterações histológicas, a peroxidação lipídica (níveis de F2-isoprostanos [F2IP]) e a atividade enzimática antioxidante (catalase [CAT] e superóxido dismutase [SOD]). Sangue coletado através de punção cardíaca foi utilizado para avaliar os parâmetros funcionais bioquímicos (níveis séricos de creatinina e uréia). Resultados: A avaliação histológica revelou que os grupos submetidos a isquemia quente (IR e PCI+IR) apresentaram maior grau de lesão por I/R e que o pré-condicionamento isquêmico diminuiu o efeito protetor da hipotermia tópica (PCI+HT+IR). F2IP, CAT e SOD do grupo PCI+HT+IR mostraram ausência de diferença com qualquer grupo submetido a isquemia. A creatinina e uréia séricas do grupo IPC+IR foram as mais elevadas. Conclusões: O pré-condicionamento isquêmico local não apenas mostrou ausência de efeito sinérgico com a hipotermia tópica na proteção renal por lesão por I/R, mas também comprometeu os efeitos protetores da hipotermia tópica.

PALAVRAS-CHAVES: Pré-condicionamento isquêmico | Atividade antioxidante | Rim

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2777

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: UM PERFIL DO ENSINO DA ANATOMIA CIRÚRGICA NAS ESCOLAS MÉDICAS DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JORDANA DE PAULA SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), SAULO BARROS TEIXEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO WILLAMY PEDROSA ALVES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: O ensino da Anatomia Cirúrgica no Brasil é tema pouco explorado academicamente e carece de estudos. Observa-se a quase inexistência de uma visão mais aprofundada na área, devido à recente proliferação de escolas médicas, ao pouco intercâmbio de informações entre as instituições como um todo, à extensa dimensão territorial do país, além do fato de que muitos dos dados disponíveis nem sempre estão atualizados. Este estudo visa identificar as condições do ensino da Anatomia Cirúrgica nas escolas médicas da Região Centro-Oeste e comparar os resultados através de diferentes critérios. Método: Assim, foi criado um questionário na plataforma Google Docs® com 10 questões referentes a diversos aspectos do ensino prático da Anatomia. As instituições de ensino superior foram contactadas através de e-mails enviados para diretorias, coordenações, departamentos de anatomia e, quando disponibilizados, diretamente aos professores de anatomia, entre os dias 01 de março de 2014 e 30 de abril de 2014. Resultados: Os resultados foram reunidos em planilhas virtuais separadas por unidades federativas e depois agrupadas, fornecendo as estatísticas sistematizadas. Dessa forma, analisaram-se tais dados e se verificou uma majoritária utilização tanto de peças sintéticas como de cadáveres (85.7% das IES), sendo o formol e a glicerina os métodos mais utilizados para conservação dos cadáveres (57.1% x 42.9%). Também foi evidenciado que a maioria das IES não realizam atividades de dissecação (85.7% x 14.3%). Por fim, grande parte alegou que os cadáveres encontram-se em bom estado de conservação (71.4%). Conclusões: Portanto, o ensino da Anatomia Cirúrgica necessita de mais estudos, ratificando a importância de conhecer-se a infraestrutura e a dinâmica das aulas práticas de Anatomia da região. Bibliografia: TALAMONI, Ana Carolina Biscalquini; BERTOLLI FILHO, Claudio. A anatomia e o ensino de anatomia no Brasil: a escola boveriana. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1301-1322, Dez. 2014; Johnson EO, Charchanti AV, Troupis TG. Modernization of an anatomy class: from conceptualization to implementation: a case for integrated multimodal ? multidisciplinary teaching. Anat Sci Educ 2012 Mai;1-13.; CALAZANS, Natália Contreiras. O Ensino e o Aprendizado Práticos Da Anatomia Humana: Uma Revisão De Literatura. 2013. 59 f. Tese (Monografia) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Anatomia|Escolas Médicas|Educação Médico-Cirúrgica

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2781

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: UM PERFIL DO ENSINO DA ANATOMIA CIRÚRGICA NAS ESCOLAS MÉDICAS DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAULO BARROS TEIXEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JORDANA DE PAULA SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO WILLAMY PEDROSA ALVES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: O ensino da Anatomia Cirúrgica no Brasil é tema pouco explorado academicamente e carece de estudos. Observa-se a quase inexistência de uma visão mais aprofundada na área, devido à recente proliferação de escolas médicas, ao pouco intercâmbio de informações entre as instituições como um todo, à extensa dimensão territorial do país, além do fato de que muitos dos dados disponíveis nem sempre estão atualizados. Este estudo visa identificar as condições do ensino da Anatomia Cirúrgica nas escolas médicas da Região Norte e comparar os resultados através de diferentes critérios. Método: Assim, foi criado um questionário na plataforma Google Docs® com 10 questões referentes a diversos aspectos do ensino prático da Anatomia. As instituições de ensino superior foram contactadas através de e-mails enviados para diretorias, coordenações, departamentos de anatomia e, quando disponibilizados, diretamente aos professores de anatomia, entre os dias 01 de março de 2014 e 30 de abril de 2014. Resultados: Os resultados foram reunidos em planilhas virtuais separadas por unidades federativas e depois agrupadas, fornecendo as estatísticas sistematizadas. Dessa forma, analisaram-se tais dados e se verificou que 100% das IES que colaboraram utilizam tanto peças sintéticas como cadáveres em seus laboratórios, sendo estes últimos conservados em formol ou em associação com outros métodos. Também foi evidenciado que 70% não realizam atividades de dissecação com alunos, que em 50% o estado de conservação dos cadáveres é dito como bom e que em 40% é dito regular. Conclusões: Portanto, o ensino da Anatomia Cirúrgica necessita de mais estudos, ratificando a importância de conhecer-se a infraestrutura e a dinâmica das aulas práticas de Anatomia da região. Bibliografia: TALAMONI, Ana Carolina Biscalquini; BERTOLLI FILHO, Claudio. A anatomia e o ensino de anatomia no Brasil: a escola boveriana. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1301-1322, Dez. 2014; Johnson EO, Charchanti AV, Troupis TG. Modernization of an anatomy class: from conceptualization to implementation: a case for integrated multimodal ? multidisciplinary teaching. *Anat Sci Educ* 2012 Mai;1-13.; CALAZANS, Natália Contreiras. O Ensino e o Aprendizado Práticos Da Anatomia Humana: Uma Revisão De Literatura. 2013. 59 f. Tese (Monografia) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Anatomia|Escolas Médicas|Educação Médico-Cirúrgica

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2783

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: UM PERFIL DO ENSINO DA ANATOMIA CIRÚRGICA NAS ESCOLAS MÉDICAS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAULO BARROS TEIXEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JORDANA DE PAULA SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO WILLAMY PEDROSA ALVES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: O ensino da Anatomia Cirúrgica no Brasil é tema pouco explorado academicamente, observando-se a quase inexistência de uma visão mais aprofundada na área. Isso ocorre devido à recente proliferação de escolas médicas, ao pouco intercâmbio de informações entre as instituições como um todo, à extensa dimensão territorial do país, além do fato de que muitos dos dados disponíveis nem sempre estão atualizados. Este estudo visa identificar as condições do ensino da Anatomia Cirúrgica nas 62 escolas médicas da região Nordeste e comparar os resultados através de diferentes critérios. Método: Assim, foi criado um questionário na plataforma Google Docs® com 10 questões referentes a diversos aspectos do ensino prático da Anatomia. As instituições de ensino superior foram contactadas através de e-mails enviados para diretorias, coordenações, departamentos de anatomia e, quando disponibilizados, diretamente aos professores de anatomia, entre os dias 01 de março de 2014 e 30 de abril de 2014. Resultados: Os resultados foram reunidos em planilhas virtuais separadas por unidades federativas e depois agrupadas, fornecendo as estatísticas sistematizadas. Dessa forma, analisou-se tais dados e verificou-se que 76,9% das escolas médicas que responderam o questionário utilizam tanto peças sintéticas como cadáveres, sendo o formol o método de conservação predominante destas, sendo utilizado em 61,5% dessas faculdades. Também foi evidenciado que 69,2% das IES pesquisadas não realizam atividades de dissecação e que 53,9% alegaram que o estado de conservação dos cadáveres se encontra entre bom e regular. Conclusões: Portanto, o ensino da Anatomia Cirúrgica necessita de mais estudos, ratificando a importância de conhecer-se a infraestrutura e a dinâmica das aulas práticas dessa disciplina na região Nordeste. Bibliografia: TALAMONI, Ana Carolina Biscalquini; BERTOLLI FILHO, Claudio. A anatomia e o ensino de anatomia no Brasil: a escola boveriana. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1301-1322, Dez. 2014; Johnson EO, Charchanti AV, Troupis TG. Modernization of an anatomy class: from conceptualization to implementation: a case for integrated multimodal ? multidisciplinary teaching. Anat Sci Educ 2012 Mai;1-13.; CALAZANS, Natália Contreiras. O Ensino e o Aprendizado Práticos Da Anatomia Humana: Uma Revisão De Literatura. 2013. 59 f. Tese (Monografia) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Anatomia|Escolas Médicas|Educação Médico-Cirúrgica

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2839

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ação da Rutina Enzimaticamente Modificada sobre o Adenocarcinoma de Cólon. Estudo in vitro.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATALIA PERES MARTINEZ (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF)), GIULIA MAZARO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF)), YOLLANDA EDWIRGES MOREIRA FRANCO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF)), ALESSANDRA GAMBERO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF)), ANA CARLA FRANCO UBINHA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF)), DANIEL DE CASTILHO DA SILVA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF)), GUILHERME DI CAMILLO ORFALI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF)), DENISE GONCALVES PRIOLLI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF))

RESUMO: INTRODUÇÃO: Tendo em vista o aumento da incidência de câncer em todo o mundo, têm-se intensificado os estudos a procura de compostos capazes de tratar tal doença. Nesse contexto despontam os flavonoides, substâncias antioxidantes encontradas em abundancia no reino vegetal que possuem baixa toxicidade, além de desempenharem diversos efeitos benéficos à saúde do homem. Considerando que os efeitos dos flavonoides dependem da estrutura molecular em que são apresentados, as reações de biotransformações enzimáticas surgem como ferramentas capazes de incrementar a biodisponibilidade dos produtos obtidos, mantendo suas ações biológicas. OBJETIVO: Estabelecer se a rutina enzimaticamente modificada desempenha ação na profilaxia e terapia do adenocarcinoma de cólon. MÉTODOS: A rutina hidrolisada (RH) foi obtida a partir da desglicosilação, sendo monitorada posteriormente por espectrometria de massa (ESI-MS). O ensaio da sulforrodamina B foi utilizado para avaliar a atividade antiproliferativa da RH sobre células HT-29/adenocarcinoma de cólon. Ciclo Celular e Apoptose foram analisados para a mesma linhagem celular por citometria de fluxo após estímulos da RH em 6, 12, 24 e 48 horas. RESULTADOS: O crescimento de células foi inibido com o uso de RH (pCONCLUSÃO: A rutina enzimaticamente modificada possui ação antineoplásica na profilaxia do adenocarcinoma de cólon.REFERÊNCIAS: ARAUJO, M. E. M. B. et al. Enzymatic de-glycosylation of rutin improves its antioxidant and antiproliferative activities. Food Chemistry, v. 141, n.1, p.266-273, 2013. ORFALI, G. C. et al. Review of anticancer mechanisms of isoquercitin. World Journal of Clinical Oncology, v. 7, n. 2, p. 189-199, 2016.

PALAVRAS-CHAVES: Flavonoides | Rutina | Neoplasia Colorretais

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2846

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ALTERAÇÕES CARDÍACAS EM RATOS WISTAR IDOSOS DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES APÓS TREINAMENTO FÍSICO E USO DE TESTOSTERONA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAELA DE SOUZA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE/MEDICINA), CAROLINA FREITAS SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE/MEDICINA), ROMEU PAULO MARTINS SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE UFAC /MEDICINA/MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAUDÊ NA AMAZÔNIA OCIDENTAL UFAC)

RESUMO: Resumo: O diabetes mellitus é uma doença crônica degenerativa, caracterizada pela deficiência na secreção de insulina pelas células β das ilhotas de Langerhans, pela atuação da mesma em tecidos alvos ou ambos os casos. O objetivo do trabalho foi verificar possíveis alterações cardíacas de animais diabéticos em condições pós-exercício e uso de testosterona, onde ratos Wistar idosos (12 meses) foram distribuídos em grupos: Normal (N), Normal Tratado (NT), Diabéticos (D) e Diabéticos Tratados (DT); os grupos NT e DT receberam aplicações de durateston® equivalente a (15 mg/kg peso) da massa corpórea duas vezes por semana durante as quatro semanas. Todos os animais realizaram 20 sessões de treinamento aquático com sobrecarga de 5% da massa corporal durante 40 minutos diários. Ao final destas sessões os animais foram anestesiados com aplicação intraperitoneal de Ketamina e Xilazina e foram sacrificados imediatamente pós-exercício, em situação de exaustão, para realização das mensurações cardíacas através de paquímetro e balança digital. Resultados: As análises ANOVA e TURKEY mostraram no grupo diabético tratado (DT) o maior peso absoluto cardíaco ($1,28 \pm 0,17g$) comparado com os outros grupos N ($1,21 \pm 0,18g$), NT ($1,11 \pm 0,09g$) e D ($1,26 \pm 0,24g$) para um $p < 0,05$.

Conclusão: O exercício físico com o uso de anabolizantes em ratos idosos diabéticos pode resultar em alterações cardíacas podendo levar alterações do desempenho físico para esportes aeróbicos de alta intensidade tanto quanto na redução de gordura visceral.

PALAVRAS-CHAVES: Diabetes e Idosos | Sistema Cardíaco | Testosterona

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2862

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Modelos Experimentais de Indução de Neoplasia Pulmonar: Revisão bibliográfica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AMÁLIA COSTA COIMBRA (UEPA), LANA THAYNÁ ALENCAR DIAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ (CESUPA)), MARIANA ROCHA BOHNE (CESUPA), MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA (UEPA), BEATRIZ HOLANDA GONÇALVES (UFPA), JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR (UFPA), YASMIN DE FARIAS KHAYAT (CESUPA), ANTONIO BOMFIM M. AVERTANO ROCHA (UEPA)

RESUMO: Objetivo: Realizar uma revisão dos conhecimentos atuais sobre modelos experimentais de indução de câncer pulmonar. Método: Busca bibliográfica sobre modelos experimentais de indução de câncer pulmonar nas bases MEDLINE, Pubmed e Lilacs, em português ou inglês, publicados nos últimos 5 anos, selecionando-se 20 artigos, sendo 9 excluídos por não se adequarem aos objetivos propostos pela pesquisa. Resultados: Muitos modelos de indução de câncer pulmonar utilizaram a substância Uretana (UR), sendo descritas diferentes formas de uso: (1) 10 injeções Intrapleurais (IP) de 600 mg/kg de UR por 7 dias em camundongos BALB/c e C57BL/61; (2) Injeções IP de 1g/kg de UR por semana durante 4 semanas consecutivas; (3) 1 injeção IP de 250 mg/kg para a indução em camundongos A/J3; e (4) Injeção IP de 1g/kg de UR dissolvido em solução salina tamponada com fosfato em camundongos com idade entre 7-12 semanas.4 Outra substância usada é o metil-nitrosourea (MNU), por meio de uma injeção IP de 50 mg/kg de MNU diluído em solução salina tamponada com fosfato, em camundongos com 7-12 semanas.4 Já a 4-(metilnitrosamino)-1-(3-piridil)-1-butanona (NNK) também é aplicada: (1) para a indução em camundongos A/J, na dose de 10 µmol de NNK por via IP5; (2) para indução em ratos, em 2 doses IP sucessivas de NNK (100 mg/kg) dissolvido em 1ml solução salina com intervalo de 2 semanas6; (3) em camundongos CD1/AJ, na dose de 200 mg/kg nos dias 15 e 18 de vida7; (4) em furões, em injeções IP na dose de 50 mg/kg, uma vez por mês durante 4 meses.8 Há descrito, ainda, um modelo utilizando o tumor de Walker em ratos Wistar, no qual é feita traqueostomia e intubação com cateter ultrafino para injeção de 105 a 5×105 células tumorais ? obtendo-se índice de pega de 94,7% com 4×105 células.9 Também foi descrita a indução de tumor alveolar/bronquiolar com pó de cobalto metálico em camundongos B6C3F1/N e ratos F344/Ntac ? sendo os animais expostos a partículas aerossol de cobalto metálico por inalação nas concentrações de 5 mg/m3, 6 horas mais T90 (12 minutos) por dia, 5 dias por semana, por aproximadamente 105 semanas.10 Outro modelo descreveu a indução em camundongos Swiss albino com aplicação de benzo(a)pireno [B(a)P] (100 mg/kg dissolvido em óleo de milho, IP) 3 vezes por semana por 20 semanas.11 Conclusão: Dentre os modelos de indução de câncer pulmonar analisados, as substâncias mais utilizadas foram a Uretana, a NNK e o MNU devido sua maior eficácia e facilidade de aplicação.

PALAVRAS-CHAVES: Lung Neoplasm|Lung Neoplasm AND Laboratory Animals Models|Lung Neoplasm/chemically induced

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2904

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O USO DA TECNOLOGIA COMO FERRAMENTA PARA ENSINO-APRENDIZAGEM DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NA GRADUAÇÃO: VIDEOFEEDBACK X FEEDBACK VERBAL?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ERIKA FEITOSA QUEIROZ (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), LUIZA VITÓRIA FONTENELLE COSTA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MATHEUS COSTA BESSA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), VINICIUS FARINA SARTORI (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DAVI PRADO HAGUETTE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FERNANDA MARTINS MAIA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), RAFAELA VIEIRA CORREA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: O feedback é uma ferramenta que permite o aprimoramento do aprendizado em alunos da graduação. Com as inovações tecnológicas, foi possível desenvolver e expandir o uso de tal instrumento através do videofeedback, no qual o avaliador grava a cena avaliada e reproduz para o avaliado. Este trabalho objetiva avaliar a utilização do videofeedback como instrumento de aprendizagem no ensino de habilidades cirúrgicas aos alunos da graduação em Medicina. Métodos: Trata-se de um estudo experimental com intervenção educacional, no qual a amostra foi randomizada em grupos A e B, pareados em semestre e sexo. Ao realizar a técnica de acesso venoso central em veia subclávia em modelo de simulação (procedimento I), o grupo A recebeu feedback verbal, enquanto o grupo B recebeu videofeedback. No dia seguinte, os participantes reproduziram o procedimento I e realizaram paracentese em modelo simulação (procedimento II), porém, desta vez, o grupo A recebeu videofeedback, enquanto o grupo B recebeu feedback verbal. No terceiro dia, repetiu-se o procedimento II. A avaliação foi realizada através de checklists padronizados para os procedimentos e de questionário de percepção segundo a escala Likert sobre os diferentes tipos de feedbacks. Resultados: Amostra é composta por 27 alunos da graduação em Medicina, sendo 17 mulheres (63%) e 10 (37%) homens. Dentre os participantes, 40,7% possui média de idade no intervalo de 17-19 anos e 85,2% está nos dois anos iniciais do curso. Ao se analisar o questionário de percepção, observa-se que 66,7% dos alunos concorda totalmente e 29,6% concorda parcialmente que é mais fácil entender/aceitar o feedback utilizando a gravação; 48,2% concorda totalmente e 55,5% concorda parcialmente que o videofeedback torna melhor a memorização das etapas do procedimento; 74,1% dos alunos concorda totalmente e 25,9% concorda parcialmente que a gravação ajuda no processo de aprendizagem das técnicas avaliadas. Quando questionados diretamente sobre a preferência entre o feedback verbal e videofeedback, 77,8% escolheu o videofeedback como o recurso que mais contribuiu para o aprendizado dos procedimentos realizados. Conclusão: O videofeedback, segundo a percepção dos estudantes, parece mostrar eficácia em relação à facilitação do domínio significativo das habilidades cirúrgicas em paracentese e em acesso venoso central na população estudada. A utilização desse recurso deve ser encorajada a fim de buscar, cada vez mais, a excelência no ensino médico.

PALAVRAS-CHAVES: Educação Médica | Feedback | Videofeedback

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2905

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SO DA PLATAFORMA MOODLE EM CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: INOVAÇÕES DE TECNOLOGIA NO ENSINO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), LEONARDO JOSÉ MONTEIRO DE MACÊDO FILHO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), VINICIUS FARINA SARTORI (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MARIA ALLYCE DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), LARISSA BARBOSA PAIVA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FERNANDA MARTINS MAIA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), RAFAELA VIEIRA CORREA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: O Moodle (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) é uma plataforma utilizada para ensino a distância (EaD), permitindo, dentre inúmeros recursos, a disponibilização de tarefas, vídeos e a comunicação com o professor. Este trabalho objetiva avaliar o uso do Moodle na melhora do aprendizado em um curso teórico prático de procedimentos cirúrgicos em ambiente simulado como programa piloto. Métodos: Foi realizado um curso teórico-prático de procedimentos cirúrgicos (apendicectomia aberta, drenagem torácica, paracentese, suturas) em uma universidade de Fortaleza usando laboratório de habilidades e simulação para 35 alunos do curso de Medicina. A plataforma Moodle foi usada como método EaD e era responsável por 50% da carga horária do curso. Foram desenvolvidas diversas atividades sobre procedimentos abordados, como resolução de questões, aprendizado por meio de vídeos e leitura de artigos selecionados. Ao final, foi aplicado o questionário COLLES respondido por 26 alunos participantes, avaliando relevância, reflexão crítica, interatividade, apoio dos tutores, apoio dos colegas e compreensão, todos relacionados à plataforma. Este questionário utiliza a escala: 1-quase nunca, 2-raramente, 3-algumas vezes, 4-freqüentemente e 5-quase sempre. Resultado: Divide-se nossa análise em dois momentos, experiência efetiva e da expectativa de cada aluno nos seis critérios supracitados. Na experiência, a relevância observou-se a média de 4,49. A reflexão crítica obteve média 4,17. Demonstra-se na interatividade uma relação mais baixa 3,42, corroborando uma deficiência ainda apresentada no curso à distância. Avaliando ainda a interatividade percebe-se atrelado ao resultado os critérios apoio dos tutores em 4,58 e apoio dos colegas como 3,90. A compreensão obteve média 4,27 entre todos os alunos. Nas expectativas de cada aluno remeteram média de 4,61 para relevância, reflexão crítica em 4,34, interatividade com 3,79, apoio dos tutores de 4,77, apoio dos colegas de 4,25 e compreensão em 4,55. Conclusão: O resultado da avaliação realizada pelos discentes que fizeram uso da plataforma Moodle mostrou que, apesar de ainda existirem ajustes a serem realizados, ela contribuiu de forma satisfatória para aprimorar o aprendizado sobre técnicas cirúrgicas durante a graduação médica, corroborando com as expectativas iniciais. Concluímos, portanto, que essa plataforma de ensino à distância apresenta potencial viável e inovador para o ensino da área da Cirurgia.

PALAVRAS-CHAVES: Educação Médica | Plataforma | Realidade Virtual

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2906

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TREINAMENTO DE APENDICECTOMIA ABERTA COM MODELO INÉDITO DE BAIXO CUSTO- AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA ENSINO E APRENDIZAGEM.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE CAVALCANTE BRASIL (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), PAULO VICTOR FERREIRA GOMES ARAÚJO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), BEATRICE SOMBRA OLINDA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), RAISSA JAMACARU PINHEIRO RODRIGUES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MARIANA PONTES BAQUIT (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FERNANDA MARTINS MAIA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), RAFAELA VIEIRA CORREA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: O modelo de aprendizagem cirúrgica vem passando por uma quebra de paradigma, habilidades antes treinadas na sala de cirurgia, passam a ser simuladas em laboratórios de competências cirúrgicas. Este trabalho objetiva avaliar o uso de modelo de bancada inédito e de baixo custo para treinamento de apendicectomia laparotômica. Método: Estudo de caráter prospectivo e quantitativo sobre a confecção de modelo sintético de baixo custo para treinamento de apendicectomia aberta. Para sua confecção, houve seleção de materiais de baixo custo (plástico, EVA, esponja, tecido malha, balão plástico) que mimetizassem características estruturais das camadas que devem ser incididas, incluindo os intestinos delgado e grosso, além do apêndice. Em um tronco de manequim plástico, fez-se um recorte quadrangular no quadrante inferior direito para alojar um bloco contendo todas as camadas representadas a serem ultrapassadas, elaborada com material simulando o trajeto anatômico real. O custo total de construção do modelo foi de 47 reais, com manutenção de 8 reais. Este trabalho foi aprovado no comitê de Ética em pesquisa da referida instituição. O modelo foi avaliado por cirurgiões e residentes de cirurgia geral para verificação de sua fidelidade à realidade por meio de questionário de percepção. Resultados: Participaram do estudo 4 residentes de cirurgia geral, 8 cirurgiões gerais e 1 cirurgião do aparelho digestivo que avaliaram o modelo. Todos os cirurgiões concordaram que o modelo possui boa correlação anatômica com paciente real, boa representatividade do procedimento e é de fácil reprodutibilidade. Desse modo, o modelo fornece uma boa relação com a anatomia teórica e prática, respeitando os planos cirúrgicos do campo operatório de uma apendicectomia aberta. Dentre as desvantagens, foram apontadas por 69,20% a impossibilidade de realizar o exame físico e 30,28% assinalaram a pouca semelhança entre a textura do material e os tecidos vivos. Conclusão: É importante ressaltar que a principal utilidade de um modelo é o aprendizado do passo a passo da técnica cirúrgica, antes de expor o estudante ao procedimento real no paciente. Nosso manequim mostrou-se eficaz para prática de simulação, com boa correlação com as estruturas anatômicas e discretas desvantagens assinaladas. Desse modo, o modelo aqui apresentado é uma opção para o treinamento de apendicectomia por via laparotômica em escolas e residências médicas, devido a sua reprodutibilidade, custo e utilidade.

PALAVRAS-CHAVES: Educação Médica | Apendicectomia | Simulação

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2916

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Modelos experimentais de intubação endotraqueal: revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FAUSTINO CHAVES CALVO (UFPA), ANA CAROLINA CUNHA COSTA (FAMAZ), YASMIN DE FARIAS KHAYAT (CESUPA), MARIANA ALBUQUERQUE DÓREA (UEPA), JOÃO BOSCO LIMA NASCIMENTO JUNIOR (UFPA), GISELE MOURA DE OLIVEIRA LEITE (UEPA), CILENE APARECIDA DE SOUZA MELO (UEPA), MARIANA ROCHA BOHNE (CESUPA)

RESUMO: Realizar uma revisão de literatura acerca dos conhecimentos científicos sobre os modelos experimentais de intubação endotraqueal. A pesquisa dos artigos sobre foi feita procurando artigos publicados entre os anos de 2011 a 2017, nas seguintes bases eletrônicas: LILACS, SciELO e PubMed, utilizando-se os seguintes termos selecionados segundo a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde: modelo de intubação endotraqueal, endotracheal intubation model, modelo de treinamento de intubação endotraqueal, endotracheal intubation training model e intubation vídeo laryngoscopy training nos idiomas português e inglês respectivamente. Para a seleção de artigos, foi utilizado o limite na busca quanto ao ano de publicação, selecionando os artigos publicados entre os anos de 2011 a 2017 e; ao assunto principal, filtrando os artigos sobre intubação endotraqueal. Dos 15 artigos encontrados, 13 foram utilizados por se adequarem ao objetivo proposto. Os resultados da pesquisa foram agrupados em dois subtipos: modelos experimentais que utilizam animais e os que utilizam simuladores inanimados para a intubação. O primeiro grupo tem artigos sobre o uso de ratos e porcos. Em ratos, deve-se destacar o método de laringoscopia direta utilizando um otoscópio e um cateter 20G com um tubo PE 10 de 1cm de comprimento. Outras maneiras de intubação em ratos é a transiluminação da traqueia, apresenta 100% de sucesso, no entanto o alto custo do equipamento limita o seu uso. O modelo que utilizando porcos, procurava avaliar a pressão que o balonete presente nos tubos endotraqueais (TET) exerciam na mucosa traqueal. O grupo que descreve modelos usando manequins, cita o uso das técnicas de laringoscopia direta, vídeolaringoscopia, Airtraq e Fiberoptic. Para a comparação destas, utilizou-se em todos os procedimentos um tubo endotraqueal de 7,5 mm, um estilete maleável inserido no tubo endotraqueal com uma curvatura e lubrificante de silicone que foi pulverizado sobre a superfície externa dos tubos. A vídeolaringoscopia foi considerada o melhor método para treinamento de intubação em manequins, evidenciando maiores taxas de sucesso e maior rapidez na realização da técnica. Conclui-se que dentre os modelos experimentais de intubação endotraqueal, animais e simuladores inanimados são utilizados, variando seu uso com o objetivo proposto pela pesquisa. No segundo grupo, a vídeolaringoscopia destaca-se pelas altas taxas de sucesso em comparação com outras técnicas de treinamento.

PALAVRAS-CHAVES: Modelo de intubação endotraqueal | Modelo de treinamento de intubação endotraqueal | Intubation video laryngoscopy

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 2965

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MECANISMO ANTITUMORIGÊNICO DE BIOCOMPOSTO OBTIDO POR HIDROLISE DA RUTINA NO CARCINOMA DE CÓLON

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATÁLIA TAÍS KLINKERFUSS (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), LETÍCIA ESCOBAR VICENTINI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CAMILA MARIA DE CASTRO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ISABELLA RAMOS OLIVEIRA ASSUNÇÃO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ISADORA MORAES MARCHESI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), GIULIA MAZARO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MARCELO LIMA RIBEIRO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DENISE GONCALVES PRIOLLI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Objetivo: A terapia mais utilizada para o câncer colorretal atualmente é a ressecção cirúrgica associada ao tratamento antineoplásico. Contudo, experimentos têm demonstrado a eficácia de novos derivados flavonoides, tal como a rutina hidrolisada (RH), um composto bioativo formado a partir da hidrólise enzimática da rutina, mas com melhor absorção. A RH possui papel antioxidante e antitumoral, que poderia estar relacionado às vias ATM, ATR e WNT. A via ATM está envolvida na regulação da dupla ruptura de moléculas de DNA e na apoptose celular, eventos que possuem um papel vital na ativação do checkpoint G1/S e G2/M do ciclo celular, os quais previnem que células com danos no DNA continuem a multiplicação. Nesse contexto, destaca-se o oncogene c-Myc e o gene supressor TP53. c-Myc é um gene de resposta inicial, e atua, em uma célula normal, como ativador da transcrição celular e no processo de apoptose, modulando o TP53. Nesse trabalho foi avaliado o potencial de ação da rutina hidrolisada (RH) como agente antineoplásico e seu possível mecanismo de ação molecular. Métodos: Camundongos balb-c nu/nu foram xenotransplantados com 4×10^6 células de carcinoma de cólon humano/HT-29, com mutação do TP53, processadas em cultura celular, e distribuídos em 3 grupos: a) Controle, animais transplantados e não tratados; b) Tratamento, tratados com RH por 7 dias após o tumor alcançar volume de 100mm^3 ; c) Profilaxia, tratados com RH por 7 dias anteriormente ao transplante tumoral. O volume tumoral foi aferido diariamente e, após eutanásia e ressecção tumoral, o espécime extirpado foi submetido à análise histológica (HE) e PCR. A análise dos resultados foi realizada adotando significância menor de 5%. Resultados: A administração da RH diminuiu o crescimento tumoral no grupo profilático ($p=0,04$) quando comparados com o controle; a diminuição do crescimento tumoral esteve relacionada à menor expressão de c-Myc ($p=0.001$) e do TP53 mutado (pConclusão: O flavonoide RH demonstrou potencial antitumorigênico sobre o carcinoma de cólon humano/HT-29. O mecanismo de ação esta relacionado à diminuição de proliferação celular mediada pela c-Myc e modulação do TP53.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias Colorretais | Flavonoides | Dano ao DNA

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 3046

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Comorbidades prevalentes em pacientes internados em enfermaria de cirurgia geral em hospital de ensino da região Norte do Ceará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS TADEU ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), TALLYS DE SOUZA FURTADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), DINA ANDRESSA MARTINS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC), LEILA CARLA DA CUNHA SILVA MAGALHÃES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC)

RESUMO: Objetivo: Esse estudo tem como objetivo determinar as comorbidades prevalentes em pacientes internados em enfermaria de cirurgia geral. Metodologia: Estudo transversal, observacional, com amostra não-probabilística de 282 pacientes admitidos em enfermaria de cirurgia geral. No período de junho de 2015 a maio de 2016, foram avaliados: gênero, etnia, idade e a presença ou não de comorbidades através da pesquisa nos prontuários médicos dos pacientes. Os mesmos assinaram termo de consentimento livre esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, mediante preservação do anonimato. A apuração dos resultados foi realizada através do Excel. Resultados: A amostra foi constituída por 174 (61,7%) homens e 108 (38,2%) mulheres. Na categoria idade, 22 pacientes (8,62%) tinham até 20 anos; 93 (36,47%) tinham entre 21 e 40 anos, 88 (34,5%) tinham entre 41 e 60 anos, 47 (18,43%) estavam acima de 60 anos e 5 (1,96%) não foram informados. Em relação a etnia, 15 (5,3%) pacientes se autodeclararam brancos, 190 (67,4%) pardos, 1 (0,3%) negro e 76 (27%) não responderam. Em relação a presença de comorbidades, 219 não possuíam nenhuma comorbidade e 63 possuíam alguma comorbidade, dos quais 6 (9,5%) possuíam diabetes, 15 (23,8%) neoplasia, 2 (3,2%) colagenoses, 24 (38%) hipertensão arterial sistêmica, 4 (6,3%) diabetes e hipertensão arterial sistêmica, 1 (1,6%) diabetes e neoplasia, 9 (14,3%) hipertensão arterial sistêmica e neoplasia, 1 (1,6%) diabetes, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca congestiva e 1(1,6%) possuía neoplasia e colagenose. Conclusão: A comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica seguida de neoplasias e diabetes, sendo necessário cuidado no manejo desses pacientes e rastreio precoce na enfermaria de cirurgia geral. Referências: Saldanha OR, Salles AG, Llaverias F, Saldanha Filho OR, Saldanha CB. Fatores preditivos de complicações em procedimentos da cirurgia plástica - sugestão de escore de segurança. Rev. Bras. Cir. Plást.2014;29(1):105-113.

PALAVRAS-CHAVES: Comorbidades|Cirurgia geral|Enfermaria

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 3048

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MODELO DE MITIGAÇÃO DE CONTAMINAÇÃO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIA EXPERIMENTAL EM RATAS WISTAR.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA (UFPA), VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS (UFPA), JAMILLY ALVES PADILHA (UFPA), BEATRIZ FERREIRA DIOGO (UFPA)

RESUMO: Objetivos: Utilizar medidas de controle que evitem morte indesejada de ratas wistar utilizadas em laboratório de pesquisa em neurofarmacologia e toxicologia de produtos naturais; Metodologia: Essas medidas foram inseridas em projetos em andamento no laboratório, já devidamente aprovadas pelo comitê de ética em pesquisa animal da universidade, foi proposto um protocolo a ser seguido e um check-list de procedimentos a serem adotados pelos executores das cirurgias e procedimentos de pesquisa empregados nos animais, como uso preparação do local de cirurgia e procedimentos, uso de vestimentas e paramentos adequados à cirurgia e utilização de material descartável ou esterilizado, jalecos limpos, touca e máscaras descartáveis, higienização da área de procedimento, utilização de luvas cirúrgicas nas cirurgias, utilização do verso da embalagem das luvas cirúrgicas como campo operatório, utilização de um segundo aluno como instrumentista e aplicação de medicamentos adequados para o pós-operatório, bem como a rigorosa higiene e manutenção de curativos; Resultados: Na amostra pesquisada a morte precoce das ratas utilizadas em projetos de pesquisa que envolvem cirurgia foi reduzida a zero, com sensível melhora da precisão de resultados em pesquisas envolvendo procedimentos invasivos dos animais submetidos ao protocolo proposto; Conclusões: com os resultados coletados neste modelo se demonstrou de maneira clara aos alunos envolvidos em pesquisa animal no laboratório que medidas relacionadas essencialmente ao comportamento podem reduzir sensivelmente gastos desnecessários à pesquisa, maior conforto aos animais utilizados no experimento e maior precisão dos resultados, uma vez que elimina fatores de contaminação e morte precoce de animais, resultando economia de tempo e melhor eficiência dos processos.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia experimental | Biossegurança | Ratas Wistar

ÁREA: EXPERIMENTAL / PESQUISA BÁSICA

CÓDIGO: 3118

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Complicações Cirúrgicas Pós-Operatórias de Apendicetomias

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUIS FERNANDO MOREIRA (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), BRUNO TISCHER JUNG (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), THAIS VICENTINE XAVIER (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), HENRIQUE IAHNKE GARBIN (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), GABRIELLA RICHTER DA NATIVIDADE (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), GRAZIELLA MORAES MACHADO (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), BERNARDO SILVEIRA VOLKWEIS (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS), LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA (SOUTHERN SURGICAL RESEARCH GROUP, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS)

RESUMO: Objetivo: Determinar as características e comparar os desfechos cirúrgicos de complicações pós-operatórias de pacientes submetidos a apendicectomia laparoscópica (AL) e convencional (AC). Método: Estudo retrospectivo de amostra consecutiva de conveniência incluindo todos os casos clássicos ou suspeitos de apendicite aguda admitidos de emergência e tratados por AL ou AC entre Dez. 2009 e Dez. 2014. Diferenças demográficas, epidemiológicas e de comorbidade entre outras variáveis preditoras entre procedimentos de AL e AC foram testadas usando-se o teste t de student, qui-quadrado ou teste exato de Fisher e análise de variância. Regressão linear múltipla foi usada para examinar a associação entre o tipo de apendicectomia e tempo de internação e riscos associados. A análise estatística será realizada usando-se o programa estatístico SPSS versão 17.0 e o Stata versão 7.0 para IC95% e p

PALAVRAS-CHAVES: Apendicectomia | Complicações Pós-Operatórias | Apendicectomia Laparoscópica

FÍGADO

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 337

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOMA HEPÁTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TAIRO MOURA DA SILVA ROCHA (HOSPITAL SOCOR), ROBERTO ELIAS DO NASCIMENTO SOARES (HOSPITAL SOCOR), MARCOS PAULO FERREIRA C. ALVES REIS (HOSPITAL SOCOR), EULER AUGUSTO RESENDE (HOSPITAL SOCOR), MARCUS VINICIUS MOURA (HOSPITAL SOCOR), MATHEUS BRANDÃO GUIMARÃES SANTOS (HOSPITAL SOCOR), MARCELO TORRES CORREA DE ALMEIDA (HOSPITAL SOCOR), VICTORIA VICTOR (HOSPITAL SOCOR)

RESUMO: O adenoma hepático é um tumor sólido benigno de rara incidência acometendo 1:100.000 mulheres, com maior prevalência na idade reprodutiva, sendo solitário em 80% dos casos e localizado no lobo hepático direito com maior frequência. É de consistência macia, bem delimitado e com pequena ou nenhuma cápsula fibrosa. O tumor é suprido por pequenas arteríolas de paredes finas, não contendo nenhum elemento portal como ductos biliares. O fígado ao redor da lesão frequentemente mostra-se esteatótico, não havendo relação com cirrose. Neste relato de caso discutiremos o caso de uma mulher de 27 anos com história de uso de ACO por longa data que apresentou na propedêutica para queixas dispépticas, um Adenoma hepático em lobo esquerdo medindo (11,5 x 6,4 x 10,8cm), onde nossa conduta foi a exérese da lesão. Paciente evoluiu bem no Pós operatorio recebendo alta hospitalar e desaparecimento das queixas dispépticas.

PALAVRAS-CHAVES: Adenoma Hepático | Tumor | ACO

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 527

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abdome agudo hemorrágico com ruptura de hematoma subcapsular hepático na síndrome Hellp

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELINO QUAGLIA MORATO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), LUCAS VIGORITO TRENTO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CAIO HENRIQUE GALVÃO URZELIN (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANIELA TIEMI SATO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CAROLINA DE CAMPOS SILVA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), RODRIGO SADER HECK (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CIRO CARNEIRO MEDEIROS (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DECIO LUIZ SILVA MAZZINI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução

Ruptura de hematoma subcapsular hepático (HSH) na gravidez é uma manifestação incomum e ocorre em 1:45.000 a 1:225.000 partos. Usualmente é devido a complicações da síndrome Hellp (hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia) associado à pré-eclampsia. Apresenta-se como hemorragia intra-abdominal de grande volume e pode evoluir para choque hemorrágico. Na cirurgia de controle de danos, o principal objetivo é abordar as lesões potencialmente mais graves, assim, opta-se por uma ?abreviação? cirúrgica no intuito de prevenir a disfunção metabólica e a tríade letal (hipotermia, coagulopatia e acidose), com posterior reabordagem em melhores condições clínicas. Apresentamos o caso de uma gestante com ruptura de HSH na qual foi realizado cirurgia de controle de danos com sucesso e aproveitamos para reafirmar a importância do domínio dessa técnica. Relato de caso Mulher, 31 anos, G3P1A1, IG 40 1/7, Obesa (IMC 39,9) apresentou-se no hospital com epigastria, mal estar, PA 200 x 120 mmHg e batimentos fetais presentes. Revelou acompanhamento pré-natal de baixo risco sem comorbidades associadas. Laboratoriais com plaquetas de 150.000, LDH de 1.398, TGO de 491 e TGP de 442 confirmaram síndrome Hellp parcial pelos critérios de Tennessee. Foi indicado cesárea de urgência que constatou grande quantidade de sangue intracavitário. Após a realização da cesárea, o inventário da cavidade revelou múltiplos focos de hematoma por toda extensão hepática com sinais de sangramento ativo no espaço subcapsular hepático e dissecação da cápsula de Glisson. Devido a impossibilidade de hemostasia e instabilidade hemodinâmica optou-se por controle de danos com 5 compressas na face hepática anterior e recuperação em UTI com programação de reabordagem em 72 horas. Ao retirar as compressas, o parênquima hepático mostrou-se friável e novo controle de danos foi necessário, dessa vez com 1 plástico estéril e 18 compressas, deixada em peritoniotomia à Ferraz. Na segunda reabordagem houve controle da hemorragia com subsequente fechamento definitivo da cavidade. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica e teve alta da UTI. Conclusão A ruptura do HSH durante a gestação está associada à elevada morbimortalidade materna e apesar de ser uma consequência rara da síndrome Hellp, quando ocorre, são necessários ações rápidas e eficazes. Uma opção é a cirurgia de controle de danos, que como demonstrado, é eficaz.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome Hellp | Hemorragia | Pré-eclampsia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 551

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA DE VOLUMOSO CISTO HEPÁTICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IASMIN CAVA DE SÁ (UNIRIO), HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS (UNIRIO), ANDREA NEVES SOARES (UNIRIO), RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO (UNIRIO), PEDRO PINHEIRO DE ALMEIDA NEVES (UNIRIO), ANDREA POVEDANO (UNIRIO), GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI (UNIRIO), HENRIQUE NEUBARTH PHILLIPS (UNIRIO), PEDRO EDER PORTARI FILHO (UNIRIO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Com a evolução da qualidade dos exames de imagem e seu uso cada vez mais rotineiro, os cistos hepáticos são encontrados com elevada frequência. O cisto simples é o mais comum, geralmente assintomático, menor que 3 cm e raramente necessita de um tratamento específico. No entanto, quando grandes e sintomáticos, sua investigação e estratégia terapêutica se torna um desafio. Neste relato de caso, demonstraremos a abordagem clínica e cirúrgica de um volumoso cisto hepático, sintomático, de 24x15 cm, e dados que sugeriam um cisto hidático. RELATO DE CASO: MFV, 65 anos, feminina, obesa, HAS, FA, natural do interior ES, residindo em zona rural até os 6 anos, onde era realizado abate de suínos e aves. Há 6 meses iniciou com astenia, náuseas e aumento progressivo da circunferência abdominal. Exames de imagem apresentando lesão hepática à direita, predominantemente cística com partes sólidas e algum pontos de calcificação parietais, medindo 24x15 cm, e compressão de estruturas adjacentes. Devido a história positiva para doença hidática, exames de imagem sugestivos e diagnóstico pré-operatório não definido, optado pelo tratamento cirúrgico seguindo os moldes da doença hidática. Preparo com Albendazol pré-operatório por 4 dias. Laparotomia, aspiração do conteúdo cístico, com toda área protegida com compressas embebidas em H₂O₂. Após a aspiração, instilado H₂O₂ dentro do cisto e reaspirado após 6 minutos. Somente depois desses passos, realizada sua ressecção. CONCLUSÃO: O *Echinococcus granulosus* é o parasita mais comum causador da doença hidática e endêmico em várias regiões da América do Sul e do Brasil. Sempre deve ser levantada a suspeita nos pacientes com história epidemiológica de contato com ovinos, porcos e outros hospedeiros. Estes cistos podem crescer e causar sintomas pelo volume, compressão biliar e até ruptura. O diagnóstico pré-operatório e sua diferenciação de um cisto simples pode ser um desafio, pois a sorologia tem baixas sensibilidade e especificidade e exames de imagem, quando do tipo 1 (WHO), são indistinguíveis. Nesse sentido, o índice de suspeita deve ser extremamente alto, pois a estratégia terapêutica quando errada pode ser bastante prejudicial para o paciente. A razão disso é que o derramamento do líquido do cisto hidático na cavidade pode resultar em implantes hidáticos secundários e reação anafilática grave e elevado risco de morte.

PALAVRAS-CHAVES: cisto hepático | cisto hidático | lesão hepática

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 616

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Destelhamento de cisto hepático gigante: relato de dois casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR FECURY LIMA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), RENAN BRITO NOGUEIRA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), ADEMIR DIAS CABRAL JUNIOR (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), BRUNO BERNABÉ LUBRAICO (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), CAIO MONTEIRO PIMENTEL (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), LAISA ALVES DE SOUZA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIVEIRA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), SAMY CHITAYAT (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA MACAÉ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os cistos hepáticos podem ser encontrados em 20% dos adultos que realizam algum exame de imagem do fígado, sendo a maioria assintomáticos. O tipo de cisto hepático mais comum é o cisto simples, pequeno (menor que 5cm) e que raramente desenvolve complicações, como ruptura, sangramento ou infecção. Os cistos grandes podem comprimir órgãos vizinhos, como o estômago, duodeno, cólon e até diafragma. Nem todos os cistos hepáticos são benignos, destacando-se o cistoadenoma, que é uma lesão precursora do cistoadenocarcinoma. Além destes, mais raramente outros tumores malignos podem se apresentar na forma de lesões císticas, especialmente alguns tipos de metástases. RELATO DE CASO: Caso 1: mulher, 71 anos, negra, procurou ambulatório de Cirurgia Geral após diversas idas ao Pronto Socorro com queixas dispépticas (náuseas, epigastria, plenitude pós-prandial). Ao exame físico apresentava abdome indolor e massa mesogástrica pouco móvel e não dolorosa. TC de abdome evidenciou múltiplas imagens hipodensas compatíveis com cistos simples, medindo a maior 101x79 mm no lobo esquerdo do fígado. A paciente foi submetida a videolaparoscopia utilizando-se três trocateres para destelhamento dos cistos, sendo que o maior comprimiu o fundo e antro gástrico, causando os sintomas que a levaram a procurar atendimento médico. No pós-operatório a paciente evoluiu com melhora das queixas, tolerando bem a alimentação e tendo alta hospitalar no 2º dia de pós-operatório. Caso 2: mulher, 58 anos, branca, colecistectomia por incisão mediana de urgência há 26 anos, procurou ambulatório de Cirurgia Geral com queixa de dispneia aos médios esforços, sem evidências de doenças respiratórias ou cardiovasculares. RX de tórax sem alterações. A USG e TC de abdome evidenciaram cisto simples que media 111x96mm localizados entre os segmentos VII e VIII do fígado, em íntimo contato com o diafragma. Ao exame físico não apresentava alterações. Foi submetida a videolaparoscopia utilizando-se três trocateres, para destelhamento do cisto hepático, com saída de 250 ml de secreção amarelo citrino do mesmo. A paciente recebeu alta no 2º dia de pós-operatório, sem queixas. CONCLUSÃO: Os cistos hepáticos normalmente são benignos e assintomáticos, sendo achados acidentais em exames de rotina. Quando sintomáticos, podem ser abordados por via laparoscópica, que já é comprovadamente uma via de acesso segura e de excelentes resultados, diminuindo o trauma cirúrgico que teria a cirurgia convencional.

PALAVRAS-CHAVES: cisto hepático|cirurgia hepato-biliar|cirurgia geral

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 617

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO NO SETOR DE TRANSPLANTE HEPÁTICO E ÓRGÃOS DO SISTEMA DIGESTÓRIO NO APRENDIZADO DE PRÁTICAS CLÍNICAS E CIRÚRGICAS PARA ACADÊMICOS DE DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO DEAK DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA), RAFAEL ZELL (CENTRO UNIVERITÁRIO DO PARÁ), CAIO HEIJI MATOBA (UNIVERSIDADE BRASIL), CAROLINA FOLINI (UNIVERSIDADE BRASIL), RENATA CALCIOLARI ROSSI E SILVA (UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA)

RESUMO: Relato de experiência IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO NO SETOR DE TRANSPLANTE HEPÁTICO E ÓRGÃOS DO SISTEMA DIGESTÓRIO NO APRENDIZADO DE PRÁTICAS CLÍNICAS E CIRÚRGICAS PARA ACADÊMICOS DE DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL. Introdução: Estágios extracurriculares ampliam o aprendizado, contribuindo para aplicação prática do conteúdo teórico e para a formação de conhecimentos que nem sempre são observados na matriz curricular. O objetivo deste estágio foi consolidar o conhecimento sobre patologias hepáticas, bem como aprimorar o aprendizado na área de Transplantes de Órgãos do Aparelho Digestivo. Relato de experiência: O estágio ocorreu no período compreendido entre 01 e 29/07/2016, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diariamente, no período matutino, ocorriam visitas à enfermaria do setor, onde eram discutidos os casos clínicos de cada leito, e os estagiários tiveram a oportunidade de visitar e até mesmo realizar anamnese de alguns dos pacientes, podendo então conhecer diversas causas relacionadas às patologias do trato digestivo que necessitavam de transplante. No período vespertino, foi ofertado o acompanhamento ambulatorial no setor, permitindo aos acadêmicos conhecer a realidade epidemiológica da cidade de São Paulo, bem como aprender a abordagem ao paciente em diversos casos. Além destas atividades, frequentemente foi permitido o acompanhamento de procedimentos cirúrgicos de transplante de fígado, pâncreas e intestino delgado, permitindo o aprendizado de técnicas cirúrgicas para cada transplante, enfatizando a prática da diérese, hemostasia, da cirurgia propriamente dita e da síntese, bem como ressaltando conceitos de instrumentação e paramentação cirúrgica. Finalmente, todas as segundas-feiras os estagiários eram levados ao Serviço de Verificação de Óbitos da USP, podendo acompanhar necrópsias com médicos devidamente autorizados. Considerações finais: A convivência diária com a equipe e com os pacientes, e os temas estudados, proporcionaram tanto a sedimentação do conhecimento teórico-prático como uma visão humana sobre transplantes, o que é fundamental durante o processo de formação acadêmica, tanto técnico-científica social.

PALAVRAS-CHAVES: TRANSPLANTE HEPÁTICO | PRÁTICAS CLÍNICAS | PRÁTICAS CIRÚRGICAS

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 652

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIAGNÓSTICO DAS LESÕES CÍSTICAS DO FÍGADO: REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINICIUS MAGALHÃES RODRIGUES SILVA (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO), AMORA CAROLINA DELGADO WOLFF (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO), GABRIELLE BAZAN CAMASSOLA (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO)

RESUMO: Introdução: As lesões císticas do fígado (LCF) são achados frequentes na prática clínica e tem curso, na maioria das vezes, assintomático. Contudo, há uma diversidade diagnóstica. Os avanços nos métodos de imagem como ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), possibilitaram maior assertividade o que proporciona ao cirurgião estabelecer uma conduta terapêutica adequada. Objetivo: Revisar a literatura e compilar a concordância das características no diagnóstico das LCF. Método: Revisão bibliográfica de bases digitais e literatura física dos últimos cinco anos. Resultados: O Cisto Hepático Simples é uma formação com conteúdo fluido podendo chegar até 1% de incidência em necropsias. Na US observa-se área anecóica, unilocular, preenchida por líquido sem paredes visíveis. Na TC a lesão é bem delimitada preenchida por líquido com atenuação semelhante à água. Foi verificado que a Doença Policística Hepática, uma doença autossômica dominante, frequente 40% dos diagnósticos das LCF. A característica à TC são lesões múltiplas, homogêneas, hipoatenuadas com contornos regulares. Os Cistos Hidáticos têm o fígado como principal sítio, causando a LCF em 52% a 77% dos casos. São causados por infecção pelo *E. granulosus*. Na TC encontram-se lesões hipoatenuantes bem definidas com calcificação da parede. O Cistoadenoma Hepatobiliar é uma LCF rara considerada neoplásica que tem incidência em torno de 5%. A malignização pode ser observada em 5 a 15% dos casos. Na TC encontra-se massa hipoatenuante uni ou multilocular com septações. A Doença de Caroli também conhecida como uma comunicação cavernosa ectasiada congênita do trato biliar caracterizada por uma dilatação sacular dos ductos intra-hepáticos presença de cálculos múltiplos; tem incidência de 1 em 1.000.000. Na TC são observadas estruturas císticas dilatadas e hipoatenuadas. Correspondendo a uma pequena parte das LCF existem ainda os Cistos Traumáticos. Como a nomenclatura diz, ocorrem após traumatismos que levam à disjunção dos ductos biliares ou à formação de hematoma subcapsular. Na TC são encontradas lacerações e/ou hematomas com baixa atenuação parenquimatosa. Conclusão: As LCF tem características diferentes entre si. O diagnóstico é dependente da propedêutica armada e, quanto mais acurado, possibilitará um tratamento eficaz.

PALAVRAS-CHAVES: cistos|fígado|tomografia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 669

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MURCOMICOSE INTESTINAL COM COMPROMETIMENTO HEPÁTICO ?RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HGV), MAYARA MAGRY ANDRADE DA SILVA (HGV), WILDSON SANTOS CRAVEIRO ROSA (FACID), BRENDA PAULA BRITO LOBÃO (FACID), LAYANE DUARTE SILVA (FACID), ISABEL DE SOUSA MELO (FACID)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A zigomicose ou mucormicose é uma infecção fúngica grave de caráter oportunista, acometendo principalmente pacientes com deficiência em sua resposta imunológica. As apresentações clínicas são variáveis com comprometimento cutâneo, rinocerebral, pulmonar, gastrointestinal ou disseminado. As lesões do trato gastrointestinal foram relatadas no estômago, íleo e cólon. Nenhum caso de comprometimento hepático foi reportado até agora na literatura. O Objetivo do trabalho foi relatar um caso de paciente portador de zigomicose gastrointestinal em hospital público de referência em Teresina, Piauí. RELATO DE CASO: A.M.T., 25 anos, procurou serviço médico queixando-se de dor abdominal difusa associada à massa palpável em região epigástrica e perda ponderal. Encontrava-se em REG e foi submetido à investigação com RNM de abdome que evidenciou lesão sólida infiltrativa medindo cerca de 9,0 x 6,0cm, acometendo paredes da vesícula biliar, região hilar e segmentos II, III e IV hepáticos. Marcadores tumorais (alfafetoproteína, CA 19-9 e CEA), endoscopia digestiva alta e colonoscopia apresentavam-se normais. Foi realizada laparotomia exploradora que evidenciou massa tumoral sólida infiltrando segmentos hepáticos II,III e IV , estômago, cólon transverso, grande omento e parede abdominal. Durante o ato operatório foi realizado tratamento conservador com retirada para histopatológico de tecidos da lesão no fígado, parede abdominal, omento, parede do estomago e colón. O histopatológico constatou presença de entomoftoromicose. CONCLUSÃO: O manejo destes pacientes ainda continua um desafio aos médicos devido à dificuldade de estabelecer um diagnóstico precoce e a escassez de recursos terapêuticos com eficácia comprovada para o tratamento adequado.

PALAVRAS-CHAVES: ZIGOMICOSE INTESTINAL|MURCOMICOSE|FIGADO

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 673

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SINDROME DE KASABACH-MERRIT EM HEMAGIOMA HEPATICO ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HGV), IARA SANTOS SILVA (FACID), SABRINA JALES CUNHA BRANDAO (FACID), VIVIANNE CARVALHO SOARES DE ARAÚJO (FACID), CARLA CECILIA DA COSTA ALMEIDA (FACID), LAÍS KRISTYNA ROCHA DE OLIVEIRA (FACID)

RESUMO: Introdução: O hemangioma hepático é o tumor benigno mais recorrente do fígado, que tem como causas prováveis lesões hamartomatosas congênicas hepáticas. O diagnóstico, frequentemente, é incidental, e a diferenciação entre tumores benignos e malignos, geralmente, pode ser feita apenas com base nos dados clínicos e de exames de imagem. O tratamento cirúrgico é considerado com base no tamanho (>4 cm), nos sintomas clínicos, na incerteza diagnóstica, na natureza e na localização das lesões, em casos de pacientes refratários ao tratamento clínico, de crescimento da lesão, de pacientes submetidos a atividades com riscos de traumatismos abdominais e de acometimento pela Síndrome de Kasabach-Merritt (SKM), uma associação de hemangioma capilar e trombocitopenia. O objetivo do trabalho foi descrever um caso de tratamento cirúrgico de hemangioma gigante, sintomático, submetido à hepatectomia direita. **RELATO DE CASO:** C.R.A, sexo feminino, 30 anos, com relato de petéquias, sangramento espontâneo da mucosa oral após escovar os dentes e dor abdominal em quadrante superior direito. Os exames laboratoriais mostraram anemia e hipofibrinogenemia (177mg). Ressonância magnética de abdome e tomografia evidenciaram hemangioma gigante 13,6cm em lobo hepático direito. Foi optado pela ressecção da lesão em dois tempos, com embolização prévia da artéria hepática direita e quatro dias depois a cirurgia definitiva, onde foi realizado hepatectomia direita regrada com colecistectomia, com duração de quatro horas, sem necessidade de transfusão de hemoderivados. O histopatológico da lesão confirmou hemangioma. **CONCLUSÃO:** A maioria dos tumores hepáticos é benigna, e a conduta expectante é a observação clínica. As indicações de tratamento operatório ficam restritas a casos de complicações diretamente relacionadas com a lesão: dor abdominal, sintomas compressivos, crescimento atípico, ruptura, hemorragia, SKM e dúvida diagnóstica quanto à malignidade. As indicações de hepatectomia têm aumentado devido ao aperfeiçoamento das técnicas cirúrgica e anestésica e seus resultados têm se mostrado cada vez melhores.

PALAVRAS-CHAVES: HEMAGIOMA | FÍGADO | KASABACH-MERRIT

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 737

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANTONIO ALVES JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), YHOKENN KARLO NUNES BESERRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), DANIELLE SOARES LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), WALLISSON SANTOS BARBOSA DA CRUZ (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Introdução:Hemangioma hepático é o tumor benigno mais comum, apresentando prevalência de 0,4-20% em autópsias. Em sua maioria, são pequenos, assintomáticos e encontrados incidentalmente em exames de imagem. A Ressonância Nuclear Magnética (RM) é o exame mais sensível e específico (> 90%), demonstra lesões bem definidas, homogêneas, com baixo sinal em T1 e alto em T2. A biópsia é contraindicada, devido ao risco de hemorragia. Entretanto, em raras situações, o tumor adquire tamanho maior, sendo denominado hemangioma gigante e pode evoluir com compressão nas vias biliares intra-hepáticas, estruturas vasculares ou órgãos adjacentes, cursando com quadro de dor, saciedade precoce, hemorragia, icterícia, náuseas e vômitos.Relato de Caso:Paciente do sexo feminino, 47 anos, admitida com quadro de dor e distensão abdominal há cerca de dois anos. Ao exame físico, apresentou massa palpável e volumosa em hipocôndrio e flanco direitos, invadindo o mesogástrio, aproximadamente a 20 cm do rebordo costal direito. A Ultrassonografia sugeriu hemangioma hepático gigante em lobo direito invadindo segmento IV. Tomografia Computadorizada e RM de abdome contrastadas corroboraram para o diagnóstico, demonstrando deslocamento do rim direito para esquerda, cruzando os grandes vasos que também apresentavam desvio para esquerda. Internada no Hospital da Universidade Federal de Sergipe foi submetida à lise de aderências, colecistectomia, liberação dos ligamentos hepáticos para completa exposição da tumoração, isolamento e controle dos vasos suprahepáticos, isolamento do hilo hepático (manobra de Pringle), visualizado linha de isquemia após clampeamento do ramo portal direito e ligadura e secção dos vasos provenientes do segmento III para o segmento IV. Realizada hepatectomia direita ampliada com uso de endogrampeador, apresentando sangramento intraoperatório controlado, sendo administrados 3 concentrados de hemácias e plasmas, procedimento com duração seis horas. Paciente permaneceu 2 dias em UTI evoluindo para alta hospitalar no 6ºDPO. O anatomopatológico resultou em hemangioma cavernoso com dimensões 21 x 15 x 8,5 cmConclusão:O tratamento cirúrgico fica reservado para os hemangiomas gigantes, sintomáticos, com complicações ou diagnóstico incerto, sendo hepatectomia a técnica frequentemente utilizada por ser um procedimento relativamente seguro. Destacamos também, que o controle dos pediculos vasculares é de suma importância para o êxito em cirurgias hepáticas de grande porte.

PALAVRAS-CHAVES: tumor hepático | hemangioma gigante | hepatectomia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 749

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressecção laparoscópica de Carcinoma hepatocelular cístico multilocular

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIELLE NUNES BRIZA (FCMSCSP), MAURICIO ALVES RIBEIRO (FCMSCSP), LUCIANO GUILHERME TASTALDI (FCMSCSP), ARTHUR CASTELLO BACHERELLI NUNES (FCMSCSP), EDUARDO SEIJI TAKEUSHI (FCMSCSP), JOÃO PEDRO PAULILO SILVA TAVARES (FCMSCSP), FABIO GONÇALVES FERREIRA (FCMSCSP), LUIZ ARNALDO SZUTAN (FCMSCSP)

RESUMO: INTRODUÇÃO cisto hepático é uma lesão que apresenta uma prevalência de 4-7%, com um pequeno aumento com a idade. Pode ser classificado em congênito e parasitário, simples e complexo. O carcinoma hepatocelular (CHC) é um tumor epitelial que surge a partir da malignização do hepatócito. É a câncer primário mais comum no fígado, caracteristicamente observado como uma complicação de doença hepática crônica (hepatites virais, cirrose, NASH). A apresentação cística do CHC é extremamente rara, sendo um dos casos atípicos dos tumores hepáticos, com poucos dados na literatura. RELATO DE CASO Paciente feminino, 69 anos, encaminhada de outro serviço com queixa de vômitos frequentes, e em investigação de dor crônica em hipocôndrio direito por provável de cisto hepático. Apresentava perda ponderal (aproximadamente 10% do peso em 3 meses), sem sintomas colestáticos. Antecedente de hipotireoidismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial e doença diverticular. Exames gerais sem alterações. Tomografia de abdome que apontava volumosa formação expansiva, de contornos bem definidos e cápsula espessa, com conteúdo de aspecto cístico, medindo 11,1 x 8,6cm ocupando segmentos V/VI. Na admissão apresentava-se em regular estado geral, hipocorada, emagrecida, anictérica, abdome doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito e hepatomegalia a 3 cm do rebordo costal direito. Ressonância nuclear magnética com formação expansiva exofítica multiloculada, heterogênea, bem delimitada, área central apresenta hipersinal em T2 e hipossinal em T1, aparente cápsula espessa em lobo hepático direito em segmento VI, medindo 9,0 x 8,5 x 8,4cm. Avaliada pelo nosso grupo com hipótese diagnóstica de cisto hepático complexo sendo submetida a hepatectomia não regrada videolaparoscópica de segmento VII com ressecção em bloco do cisto hepático cujo conteúdo apresentava aspecto necrótico. Anatomopatológico evidenciou carcinoma hepatocelular, bem diferenciado grau II de Edmondson-Steiner, 10% de esteatose em nódulo tumoral, necrose presente em 80%, sem indícios de invasão angiolímfática ou perineural com margem cirúrgica livre de neoplasia. Apresentou boa evolução pós-operatória. Atualmente em acompanhamento ambulatorial. Conclusão O CHC com apresentação cística deve ser diagnóstico diferencial das lesões císticas complexas, principalmente se o paciente apresentar fatores de risco para CHC.

PALAVRAS-CHAVES: carcinoma | hepatocelular | cístico

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 770

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adenomas Hepáticos: Expressão Fenotípica, Descrição de Casuística e Revisão de Literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO VITOR BARRETO GUIMARAES (UNICAMP), DIOGO MARCELO FURTADO (UNICAMP), ELAINE CRISTINA ATAIDE (UNICAMP), ILKA DE FATIMA S.FERREIRA BOIN (UNICAMP), ACHILES QUEIROZ MONTEIRO DE REZENDE (UNICAMP), SIMONE REGES PERALES (UNICAMP)

RESUMO: INTRODUÇÃO Adenomas Hepáticos (AH) são tumores raros e benignos, normalmente solitários e mais comuns em mulheres em idade reprodutiva. Os AH podem ser classificados em quatro categorias de acordo com os aspectos genótipo-fenotípicos: mutação para HNF1 β , onde se observa esteatose associada, mutação para β -catenina, com atipias celulares e relação com malignização, adenomas inflamatórios, caracterizados por infiltrados e dilatação sinusoidal e adenomas não inflamatórios e sem os achados anteriores. Este trabalho objetiva descrever a casuística de pacientes com AH no HC-UNICAMP entre 1995 e 2015 e revisar a literatura acerca destes tumores classificando-os de acordo com a apresentação genótipo-fenotípica. OBJETIVOS Este trabalho tem como objetivo descrever a casuística de pacientes com AH no HC-UNICAMP entre 1995 e 2015 e revisar a literatura acerca destes tumores classificando-os de acordo com a apresentação genótipo-fenotípica. MATERIAIS & MÉTODOS Foi realizada avaliação retrospectiva de dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes com diagnóstico confirmado de AH através de estudo anatomo-patológico (AP) entre os anos de 1995 e 2015 acompanhados no HC-UNICAMP. Através da avaliação das características histopatológicas destes tumores por dois patologistas, os mesmos foram classificados em um dos quatro grupos descritos anteriormente. RESULTADOS Foram identificados 20 casos de AH no período, 90% no sexo feminino, a maior parte com relato de uso de anticoncepcionais orais (ACO). O sintoma clínico mais presente é dor abdominal. As comorbidades mais apresentadas foram HAS (n=7) e DM (n=3); 60% dos casos apresentavam apenas 01 nódulo. Observou-se 35% de roturas e 02 casos de malignização, com 14 pacientes submetidos à ressecção cirúrgica. Dos 14 pacientes operados, nove apresentaram AH do subtipo 4: sem alterações morfológicas.

PALAVRAS-CHAVES: Adenoma Hepático | Expressão fenotípica | β -catenina

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 793

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Nova técnica para reconstrução de veias hepáticas com prótese vascular

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO CAÑADA SURJAN (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP), FABIO FERRARI MAKDISSI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), TIAGO BASSÈRES (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP), MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP)

RESUMO: A ressecção de tumores próximos à confluência das veias hepáticas é um grande desafio da cirurgia hepática. Geralmente são necessárias hepatectomias extendidas, com as trisegmentectomias. Entretanto, estes procedimentos estão associados com alta morbi-mortalidade pós-operatória, principalmente devido à disfunção e insuficiência hepática pós-operatória. Um outra opção é a ressecção apenas dos segmentos hepáticos superiores junto com as veias hepáticas comprometidas, deixando parênquima hepático com drenagem venosa insuficiente dos segmentos hepáticos inferiores. Estudos recentes demonstraram que alterações no parênquima hepático secundárias à regeneração e disfunção tecidual decorrente de drenagem venosa insuficiente após hepatectomias maiores podem propiciar proliferação de células neoplásicas e auxiliar na formação de um microambiente favorável ao crescimento de células malignas, resultando em piora do prognóstico oncológico. Relatamos a realização de uma ressecção isolada do segmento 8 hepático e de parte da veia hepática direita intra-hepática para o tratamento de um tumor envolvendo a veia hepática direita e em contato com as veias hepática média e cava-inferior retro-hepática. A veia hepática direita foi então imediatamente reconstruída com um enxerto vascular GORE® Hybrid Vascular Graft. Esta é a primeira vez em que este tipo de reconstrução foi realizada, e permitiu a preservação de todos os segmento hepáticos a não ser pelo segmento 8 (comprometido pelo tumor) com drenagem vascular normal. Nenhum segmento hepático apresentou sinais de atrofia em exames de imagem no segmento pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVES: hepatectomia|veia|enxerto

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 799

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: cancer de vesicula biliar com metastase unica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELIANA PATRICIA MACHADO (HOSPITAL CORDOBA)

RESUMO: introdução: o cancer de vesicula biliar é um tumor altamente agressivo e geralmente de mau pronostico. a resecção completa é a unica chance de cura. a maioria são diagnosticados em estagios avançados da doença em que o tratamento é paliativoCaso: Paciente com 35 anos de idade, antecedente de colecistectomia por colecistite aguda, e diagnóstico pós-cirúrgico do câncer de vesícula biliar (adenocarcinoma semi diferenciado infiltrado). Quimioterapia com oxaliplatino e gemcitabine é realizada durante 9 meses. RMN: Lesão nodular solida de 40 x 40 mm no segmento IV. Cirurgia: Ultra-sonografia intraoperatoria. Lesão única no figado. Hepatectomia atípica. Linfadenectomia. Alta hospitalar no dia 6.Anatomia Patologica: malignidade epitelial. limites cirurgicos a 1,5 mm.Conclusão: apenas 25% de pacientes são candidatos para tratamento cirúrgico no momento do diagnóstico e em muitos deles a doença retornará local ou remotamente.Bibliografía: ARROYO G. Cancer de vesicula biliar. Oncol. Clin.NASU Y, TAKANA E, HIRANO S, the prognosisoafter curative resection of gallbladder cancer.

PALAVRAS-CHAVES: cancer|metastase|vesicula

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 807

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Metástase hepática secundária a câncer colorretal: um enfoque diagnóstico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE MATHIAS CARVALHO DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - FAMEB/UFBA), SÉRGIO CARDOSO RAMOS FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - FAMEB/UFBA), JOILTON BONIFÁCIO DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - FAMEB/UFBA), RODRIGO JORGE DE SOUZA DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - FAMEB/UFBA), TOMAZ VELOSO ARCELINO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - FAMEB/UFBA), LUCAS DA SILVA BORDONI (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - FAMEB/UFBA), VICENTE DE PAULA MAIA SIMÕES (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - FAMEB/UFBA), JOÃO MARCELO SAMPAIO SANTANA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - FAMEB/UFBA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal se apresenta como uma das afecções malignas mais incidentes no território brasileiro. Estima-se que o câncer colorretal foi o 3º tipo de câncer mais incidente em homens e o 2º mais incidente em mulheres (excetuando-se os tumores de pele não-melanocíticos) no ano de 2016. Com relação ao sítio de metástase mais comum desse câncer, a metástase para o fígado chega a estar presente em até 80% dos casos. Com o objetivo de apresentar um caso de metástase hepática secundária a câncer colorretal, com enfoque na abordagem clínica e diagnóstica e suas correlações com a literatura, foi realizado um relato de caso com informações obtidas pela revisão do prontuário médico e entrevista com o paciente acompanhado em um hospital terciário na cidade de Salvador-BA, além de uma revisão de literatura. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 61 anos, com história de empachamento pós-prandial, dor epigástrica e mudança no ritmo intestinal, foi diagnosticado com adenocarcinoma de cólon ascendente, tendo realizado hemicolecotomia direita, com visualização de dois nódulos suspeitos em fígado, já visualizados em RMN anterior, no intraoperatório. Para confirmação do diagnóstico foi realizada uma PET-CT, que evidenciou lesão compatível com metástase em segmentos II e IV. Após a confirmação da lesão foi programada uma hepatectomia parcial para a remoção do tumor. **CONCLUSÃO:** A metástase hepática é um dos fatores mais importantes na avaliação do prognóstico do paciente, sendo a principal causa de mortalidade nestes, apesar de sua ocorrência possibilitar uma ressecção da própria metástase, ainda com objetivo curativo. Por isso, é preciso um diagnóstico precoce, tanto da lesão primária quanto da secundária, para que seja possível ofertar uma maior sobrevida ao paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Metástase Hepática | Câncer Colorretal | Hepatectomia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 857

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O ADENOMA HEPÁTICO ROTO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA PAULA FARIA MAIA PORTUGAL (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA), ALEXANDRA MANO ALMEIDA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA), GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA), RENATO DE CASTRO PEREIRA ROBERTO (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA), ANDERSON CARLOS BRASIL VASCONCELOS (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA)

RESUMO: Introdução: (você deve definir o adenoma; falar um pouco sobre a incidência e os sintomas de forma resumida, mas explicativa, pois é a parte que chama a atenção para o trabalho). Objetivo: relatar o caso de uma paciente com adenoma hepático rôto e o seu tratamento cirúrgico. Material e Métodos: paciente (colocar as iniciais), sexo feminino, 49 anos, procurou atendimento no serviço de Cirurgia Geral/Digestiva da Santa Casa de Fortaleza em maio de 2016, com história de dor abdominal súbita de forte intensidade que cedia a uso de analgésicos, sem outros sintomas associados. Informava também uso de contraceptivos orais de longa data (17 anos). Realizada USG abdominal que evidenciou aumento do lobo hepático esquerdo, apresentando massa heterogênea, irregular, envolvendo os seguimentos II e III, medindo 11,6 X 6,8 X 11,26 cm com vascularização interna. A TC com contraste revelou coleção hipodensa subcapsular no lobo esquerdo do fígado, ântero-superior e inferior-posterior, assim como área nodular focal hipodensa com captação heterogênea pelo meio de contraste no seguimento II do fígado. Diante da suspeita de rotura do adenoma, realizou-se ressonância magnética do abdômen que mostrou formação expansiva do lobo esquerdo e múltiplos nódulos hipervasculares hepáticos de aspecto inespecífico e coleção hemorrágica subcapsular no lobo hepático esquerdo. Resultados: paciente foi submetida à cirurgia (colecistectomia e hepatectomia esquerda não-anatômica dos seguimentos II, III e parte dos seguimentos IVa/IVb) sob anestesia geral sem intercorrências. Evoluiu hemodinamicamente estável e assintomática. Apresentou boa aceitação da dieta e recebeu alta hospitalar no 5o dia de pós-operatório. Conclusão: O adenoma hepático é uma proliferação benigna do fígado, relativamente rara. Acomete principalmente mulheres em idade fértil e possui associação com uso prolongado de contraceptivos orais e em homens há correlação com esteróides e doenças metabólicas raras. A incidência vem aumentando por razões desconhecidas. Embora seja rara, esse tipo de lesão possui dois maiores riscos de complicações, como a ruptura espontânea e a transformação maligna. Baseado nessas complicações, o tratamento cirúrgico com ressecção da área hepática acometida (hepatectomia e segmentectomia) está indicado em todo adenoma com tamanho > 4 cm.

PALAVRAS-CHAVES: Adenoma hepático | Adenoma roto | Adenoma hepático assintomático

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1001

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressecções hepáticas no tratamento de tumores benignos do fígado

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAÍRA DA CRUZ GONÇALVES LEAL (UERJ), BRUNO CESAR SABINO DE FIGUEIREDO (UERJ), THAÍSSA MENDONÇA MOREIRA (UERJ), CLAUDIANE DIAS ABREU (UERJ), ANDRE GEORGE SAUL RONAY (UERJ), MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO (UERJ), MARCOS BETTINI PITOMBO (UERJ)

RESUMO: Os tumores hepáticos benignos são achados frequentes na prática clínica. As indicações de tratamento cirúrgico vêm sendo modificada nas últimas décadas como resultado do melhor entendimento do comportamento biológico destas lesões. À exceção do adenoma, o tratamento cirúrgico dos tumores benignos está reservado para os casos em que a lesão esteja causando sintomas significativos. Assim, em grande parte dos casos, o tratamento é conservador. Objetivo ? Avaliar o perfil de pacientes submetidos a ressecções hepáticas por tumores benignos no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), bem como o nível de concordância entre os diagnósticos pré-operatórios (radiológicos) o laudo histopatológico. Métodos ? Estudo retrospectivo, baseado na revisão dos prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de tumor benigno do fígado submetidos à ressecção hepática, no período de 2006 a 2016, pelo Serviço de Cirurgia Geral do HUPE. Resultados ? Foram identificados 10 pacientes, sendo a maioria mulheres (n=8). A idade variou de 23 a 70 anos (média 44 anos). Todos os pacientes foram submetidos à tomografia computadorizada com contraste trifásico para avaliação pré-operatória. Os achados foram: adenoma, cinco casos, hemangioma, quatro casos e HNF um caso. Os marcadores tumorais (CEA, alfafetoproteína e CA 19-9) estavam elevados em apenas um caso, no entanto, a análise histopatológica confirmou a hipótese pré-operatória de adenoma. Em quatro casos foi necessária a realização de ressecção de grande porte (uma hepatectomia direita estendida para o segmento IV e uma trissegmentectomia direita e duas hepatectomias esquerdas). Somente em um caso houve discordância entre o diagnóstico radiológico pré-operatório e o laudo histopatológico: uma suspeita de adenoma cujo laudo histopatológico mostrou tratar-se de HNF. Foram registradas duas complicações: uma deiscência de ferida operatória e uma coleção subfrênica, que resultaram em duas reoperações. Não houve registro de óbitos intra-hospitalares. Conclusão ? A tomografia computadorizada mostrou-se confiável na avaliação pré-operatória destes pacientes. O tratamento cirúrgico das lesões benignas, quando indicado, tem um ótimo resultado, com baixa morbidade.

PALAVRAS-CHAVES: tumores benignos | fígado | ressecção hepática

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1188

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Hepatolitíase primária

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JÉSSICA BAMPÍ STRINGARI MÜLLER (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), CAROLINA POMPERMAIER (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), CLARISSA PIERESAN WINKELMANN (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), DANIELE MARCHET (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), FERNANDO DE MARCO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL), RAFAEL FONTANA (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL)

RESUMO: Introdução A hepatolitíase primária é caracterizada pela formação de cálculos biliares intra-hepáticos. No Brasil, incide em 2% dos casos de litíase biliar. É mais prevalente entre 30-40 anos, em populações rurais com sanitário precário e desnutrição. É sugerido que estase biliar e infecção são fatores determinantes na formação dos cálculos. A produção resulta em obstrução, predispondo à estase e infecção recorrentes, com inflamação epitelial e estenose biliar. A clínica inclui colangite, podendo evoluir com abscessos e cirrose. Leucocitose e aumento de bilirrubinas são comuns. A investigação é feita com ecografia ou tomografia e avalia o número de cálculos, alterações na via biliar, grau de dano hepático e complicações. A colangiografia é o exame padrão-ouro. O manejo visa tratar complicações agudas, a desobstrução biliar e prevenir complicações futuras. Relato Paciente feminina, 19 anos, 13 semanas de gestação, atendida em nosso serviço com vômitos e perda de 2,5kg em menos de um mês, sem mais sintomas. A ecografia evidenciou dilatação das vias biliares intra-hepáticas e imagens hiperrefringentes, com sombra acústica posterior, no lobo hepático esquerdo. Laboratório: amilase 180, fosfatase alcalina 170, gama-GT 188, lipase 133, TGO 54 e TGP 73. ColangioRNM evidenciou múltiplos nódulos com hipossinal em T2 localizados no interior do ducto colédoco, hepático comum e via biliar intra-hepática direita e esquerda, os maiores medindo 3cm diâmetro; importante dilatação das vias biliares intra e extra-hepática, ducto colédoco medindo 2,2cm diâmetro. Orientado manejo clínico; tratamento cirúrgico se complicações e cirurgia após o fim da gestação. Paciente evoluiu com vômitos, icterícia +2/+4 e perda de 7kg, leucocitose com desvio à esquerda, bilirrubinas totais 3,0, amilase 204 e lipase 159. Devido descompensação, foi optado por cirurgia: realizando-se clareamento hepático e hepatectomia dos segmentos 2 e 3, sem complicações. Conclusão O tratamento requer controle da infecção, descompressão biliar e remoção dos cálculos, podendo ser necessária ressecção hepática e derivação biliodigestiva. É dependente da localização, tamanho dos cálculos, presença de litíase extra-hepática, dilatação/estenose das vias biliares, grau de dano hepático e complicações. A remoção de cálculos por colangioscopia mostra-se eficaz em casos não complicados. Quando cálculos grandes ou numerosos, a cirurgia é indicada. A ressecção hepática é reservada para doenças localizadas e para complicações.

PALAVRAS-CHAVES: cálculos biliares | Hepatilitíase | Via biliar

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1206

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABSCESSO HEPÁTICO POR CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FERNANDA VEIGA GONÇALVES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), GABRIELA TRINDADE GÓES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), HAMILTON CEZAR ROCHA GARCIA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O abscesso hepático piogênico é uma condição rara associada a elevado índice de gravidade e responsável por cerca de 1% das internações hospitalares. O abscesso hepático causado por corpo estranho é uma condição ainda mais rara e cujo desfecho é geralmente fatal devido as dificuldades em se estabelecer o diagnóstico precoce. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 43 anos, pedreiro, residente em Augusto Corrêa - Pará iniciou dor abdominal em epigástrio e hipocôndrio direito (HCD), febre e náuseas, com evolução subaguda. Ultrassonografia (USG) de abdome demonstrou fígado discretamente aumentado de volume com ecotextura heterogênea às custas de coleções confluentes no lobo esquerdo, a maior de 8 cm, sugestiva de abscesso hepático, notando-se também imagem cística perivesicular medindo 1,5 cm e parede vesicular espessada com conteúdo anecóico homogêneo e sem dilatação de vias biliares. Iniciou antibioticoterapia, sem melhora. Paciente encaminhado, então, para internação hospitalar. Na admissão em regular estado geral, abdome tenso, distendido e doloroso em epigástrio e HCD, além de borda hepática palpável dolorosa e endurecida a 10 cm do rebordo costal direito, febre de 38° a 42°C, anorexia e palidez cutânea. Instituída estabilização clínica inicial, com discreta melhora do quadro. Tomografia computadorizada de abdome com contraste evidenciou múltiplas imagens hepáticas compatíveis com coleções, além de imagem linear sugerindo corpo estranho. Realizada tentativa de punção do abscesso hepático guiada por USG, porém sem êxito devido à profundidade da coleção. Paciente, então, submetido a laparotomia exploradora, sendo identificado fibrose peri-hepática, aderências e bloqueio de epíplon em topografia de piloro, abaulamento no segmento VII hepático com presença de corpo estranho; Realizada hepatotomia com drenagem de cerca de 200 ml de conteúdo purulento, além de drenagem de coleção perivesicular, associada a colecistectomia e retirada de corpo estranho (espinha de peixe de 6 cm). Paciente evoluiu sem intercorrências, com retirada de dreno intracavitário no 4º dia de pós-operatório e alta hospitalar após término da antibioticoterapia. CONCLUSÃO: O abscesso hepático piogênico causado por corpo estranho é uma patologia pouco freqüente e de difícil reconhecimento, uma vez que há uma variedade de sintomas inespecíficos, de possíveis etiologias e, principalmente, pelo desconhecimento dos pacientes da ingestão desses corpos estranhos.

PALAVRAS-CHAVES: ABSCESSO HEPÁTICO | CIRURGIA | CORPO ESTRANHO

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1253

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: REVISÃO DAS RESSECÇÕES HEPÁTICAS CONVENCIONAIS REALIZADAS NO HOSPITAL ERNESTO DORNELLES NOS ÚLTIMOS 4 ANOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS ALESSIO PEREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), ALOYSIO ENCK NETO (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BETINA FRANCIOSI (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CHRISTIAN FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), GIOVANNA SORGATO TESSMANN (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), LUCAS GONÇALVES MATTE (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), NORBERTO MARTINS (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES)

RESUMO: Introdução: Mundialmente, as ressecções hepáticas têm sido utilizadas para tratamento de causas benignas e malignas, primárias ou secundárias do fígado, sendo a única opção terapêutica potencialmente curativa. A aceitação e indicação destes procedimentos nas últimas décadas tem aumentado, devido a melhores taxas de sobrevida e menores taxas de morbidade associadas aos procedimentos. Objetivo: identificar o perfil da população submetida a ressecção hepática convencional no Hospital Ernesto Dornelles entre 2012 e 2016 e indicar suas principais etiologias. Métodos: estudo retrospectivo descritivo, com dados coletados prontuários eletrônicos dos pacientes a partir de códigos cirúrgicos que contemplem todas as modalidades de ressecções hepáticas no período estudado. Resultados: Foram revisadas 34 ressecções hepáticas, destas, vinte e quatro pacientes eram do sexo feminino (70,6%) e dez do sexo masculino (29,4%), e a idade média foi de 59,14 (31-91). As cirurgias realizadas foram divididas em segmentectomias e trissegmentectomias. Dos procedimentos estudados, as segmentectomias (1 ou 2 segmentos hepáticos ressecados) corresponderam a 20 (70,5%) do total, e as trissegmentectomias (3 ou 4 segmentos, hepatectomia D ou E), 14 (29,5%). As causas malignas apresentaram a maior frequência, 25 (73,5%) casos, sendo que entre elas, as doenças metastáticas foram a causa mais comum de cirurgia 15 (60%). Das causas benignas, se destacaram os adenomas 3 (33,3%) seguidos pelos cistos simples 2, e hemangiomas 2 (22,2%). Discussão: Encontramos nesta série de 34 ressecções um predomínio importante do sexo feminino 70,6%, a indicação mais comum para cirurgia foram as doenças malignas, principalmente as metástases hepáticas de carcinoma colo-retal (20,5% de todas as ressecções) já doenças benignas representaram 26,5% da população estudada, dados que vão ao encontro da literatura. Conclusão: A partir do estudo podemos conhecer melhor a população submetida a cirurgia hepática em nossa instituição e saber que apesar do nosso serviço não se tratar de um hospital universitário ou ser referência em cirurgia hepática, o Hospital Ernesto Dornelles, apresenta uma série de casos que parece ser equiparada as de hospitais referência e de ensino, tanto em quantidade de procedimentos quanto na etiologia identificada.

PALAVRAS-CHAVES: RESSECÇÕES HEPÁTICAS|TUMORES HEPÁTICOS|SEGMENTECTOMIAS

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1290

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA SOBREVIDA DO E DO TEMPO DE ISQUEMIA DO ENXERTO HEPÁTICO RETIRADO PARA TRANSPLANTE NO ESTADO DO PIAUÍ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), CAMILA MONITIELE OLIVEIRA LIMA (FACID), IARA SANTOS SILVA (FACID), ILLOMA ROSSANY LIMA LEITE (FACID), FERNANDA MARIA GONÇALVES DE SOUSA MOURA (FACID), FRANCISCO VITOR PEREIRA DE SOUSA (FACID), CAMILA DE SOUZA ALMEIDA ARAÚJO (FACID)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A sobrevida dos pacientes submetidos a transplante hepático tem melhorado dramaticamente. Em 1996, a maioria dos serviços que realizavam o transplante hepático anunciava taxa de sobrevida maior que 85% em um ano, e de aproximadamente 75% em cinco anos de evolução pós-operatória. OBJETIVOS: determinar o tempo de isquemia e a sobrevida do enxerto hepático retirado para transplante no estado do Piauí, além descrever o perfil dos doadores de fígado do estado do Piauí. METODOS: Tratou-se de uma pesquisa documental, retrospectiva, de caráter descritivo e abordagem quantitativa, foi realizada a coleta de dados através da revisão de prontuários dos pacientes doadores de enxerto hepático que foram notificados com morte encefálica por meio de formulário próprio. Os dados sobre o tempo de isquemia e da sobrevida do receptor foram obtidos por meio da consulta ao registro das Centrais Estaduais aonde o órgão foi implantado. RESULTADOS: Foram avaliados 37 prontuários de doadores de fígado. A média do tempo de isquemia dos doadores de enxerto hepático no estado do Piauí foi de 505, 67min aproximadamente 8h25min. O tempo mínimo foi de 370 min (6h10min) e o máximo foi de 620 min (10h20min), todos com tempo de isquemia inferior ao considerado limite para comprometer a sobrevida dos pacientes transplantados. Em sua maioria os doadores são do sexo masculino, com média de idade correspondendo a 29,56 anos. Mais da metade dos doadores eram do interior do estado. A principal causa de morte encefálica foi traumatismo crânio-encefálico. O tempo máximo de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da maioria foi de 5 dias em uso de drogas vasoativas. As características laboratoriais dos doadores piauienses foram as seguintes : média de ureia, creatinina e os níveis de sódio sérico respectivamente, 73,82mg/dL, 1,77mg/dL e >155mEq/L. O destino da maioria do órgãos foi Fortaleza-CE. Quatro receptores(11%) foram a óbito no pós-transplante, resultando em sobrevida imediata de 89%. CONCLUSÕES: Os transplantes de fígado dos receptores dos órgãos retirados no Piauí mesmo realizados em outros Estados são executados em tempo hábil, com tempo de isquemia excelente, não comprometendo a sobrevida do enxerto no pós-operatório até a alta hospitalar. Os doadores de fígado do Piauí são jovens, do sexo masculino com morte encefálica devido à Traumatismo Crânio-Encefálico(TCE), são portanto, enxertos de melhor qualidade e viabilidade.

PALAVRAS-CHAVES: DOADOR ORGAOS | FIGADO | TEMPO ISQUEMIA

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1307

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EXPERIÊNCIA INICIAL E RESULTADOS DE 25 RESSECÇÕES HEPÁTICAS DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA HEPATOBILIAR NO ESTADO DO PIAUI

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), ANA BEATRIZ SILVA LIMA (UESPI), ANA CLARA ALVES FERREIRA (UESPI), VIVIANNE CARVALHO SOARES DE ARAÚJO (FACID), CAMILA DE SOUZA ALMEIDA ARAÚJO (FACID), IARA SANTOS SILVA (FACID), ARISTIDES SILVA PINHEIRO FILHO (FACID)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Nas últimas duas décadas, ocorreram importantes avanços na cirurgia hepática decorrentes, dentre outras coisas, do melhor entendimento da anatomia hepática e aprimoramento da técnica operatória. Nesse contexto, foi observada redução importante do risco das ressecções hepáticas, assim como ,ampliação de suas indicações na prática médica. **OBJETIVO:** Analisar os resultados iniciais de 25 ressecções hepáticas realizadas por um grupo de cirurgia hepatobiliopancreática no estado do Piauí. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foram analisados os prontuários de 25 pacientes submetidos à hepatectomia no estado do Piauí em 7 hospitais no período de janeiro de 2012 a junho de 2016. As variáveis analisadas pelo estudo foram: indicação cirúrgica, tipo de hepatectomia, tempo operatório, necessidade de transfusão sanguínea peroperatória, permanência hospitalar e mortalidade pós- operatória. **RESULTADOS:** A amostra foi constituída por 12 pacientes do sexo masculino (48%) e 13 pacientes do sexo feminino (52 %) com idade entre 28 a 81 anos, com média de 54,5 anos. As indicações foram: hepatocarcinoma (24%), metástase colorretal (28%), adenocarcinoma de vesícula (16%), pseudotumor inflamatório (4%), adenoma hepatocelular (4%), metástase de câncer renal (4%), Doença de Caroli (4%) e hemangioma (8%). Foram realizadas 9 hepatectomias esquerdas (36%), 12 segmentectomias (48%) e 4 hepatectomias direitas (16 %). O tempo operatório se estendeu de 90 a 240 minutos, com média de 179,5 minutos. O período de internação hospitalar variou de 1 a 14 dias, com média de 4,3 dias. Três pacientes (12 %) necessitaram de transfusão sanguínea, com média de 3,3 concentrados de hemácias. A mortalidade pós-operatória foi de 8 % (2 casos), um em consequência de choque hipovolêmico e um devido à insuficiência hepática. Os demais pacientes tiveram evolução pós-operatória satisfatória. **CONCLUSÃO:** A principal indicação de hepatectomia encontrada nesse estudo foi o hepatocarcinoma, sendo a hepatectomia esquerda a modalidade de ressecção hepática mais realizada devido à maior facilidade técnica. O resultado foi satisfatório, a mortalidade foi restrita aos pacientes com mais de 70 anos ou com cirrose hepática, demonstrando que a ressecção hepática está se tornando cada vez mais segura e com bons resultados até para doenças malignas.

PALAVRAS-CHAVES: HEPATECTOMIAS|CANCER DE FIGADO|SOBREVIDA

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1311

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRURGICO DA DOENÇA DE CAROLI ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), ANA BEATRIZ SILVA LIMA (UESPI), ANA CLARA ALVES FERREIRA (UESPI), ILLOMA ROSSANY LIMA LEITE (FACID), LAÍS KRISTYNA ROCHA DE OLIVEIRA (FACID), IARA SANTOS SILVA (FACID), FRANCISCO VITOR PEREIRA DE SOUSA (FACID)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A doença de Caroli é uma má formação congênita rara caracterizada por dilatações saculares multifocais dos ductos biliares intra-hepáticos, que podem cursar com formação de litíase intra-hepática e episódios de colangite recorrentes. Em 20% dos casos existe envolvimento de apenas um dos lobos hepáticos, geralmente o esquerdo. O diagnóstico é estabelecido pela suspeita clínica associada a métodos de imagem, como colangiorressonância. Nos casos de doença de Caroli segmentar limitada a um lobo hepático, a hepatectomia parcial pode oferecer tratamento definitivo, com morbidade aceitável e completo alívio dos sintomas. O objetivo do trabalho foi relatar um caso de paciente portadora de Doença de Caroli submetida ao tratamento cirúrgico em hospital público de referência em Teresina, Piauí. RELATO DE CASO: E.M.L, sexo feminino, 67 anos procurou serviço médico de referência com relato de icterícia e febre recorrente há 2 meses. Durante a investigação os exames de imagem (colangiorressonância) evidenciaram dilatação sacular das vias biliares no lobo esquerdo do fígado associado a presença de cálculos e coledocolitíase. Foi submetida a hepatectomia esquerda com anastomose biliodigestiva hepaticojejunoestomia em Y-roux. O procedimento durou 240min sem intercorrências. A paciente obteve alta no 4o DPO. O histopatológico confirmou Doença de Caroli e ausência de malignidade. CONCLUSÃO: A doença de Caroli é uma afecção rara que pode apresentar-se confinada a um lobo hepático. Dentro desse contexto, a hepatectomia parcial é uma proposta terapêutica com bons resultados no controle sintomático e redução do risco de malignidade na doença de Carolli segmentar.

PALAVRAS-CHAVES: DOENCA DE CAROLI|RESSECCAO|LITIASE INTRA-HEPATICA

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1315

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MODELO HEPÁTICO 3D COMO ADJUVANTE NO PLANEJAMENTO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COLANGIOCARCINOMA INTRA-HEPÁTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE OLIVEIRA VERAS (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), KASSIA FERNANDA CORDOVA (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), HENRIQUE DE AGUIAR WIEDERKEHR (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), CAROLINE ARAGÃO DE CARVALHO (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), BARBARA DE AGUIAR WIEDERKEHR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA), JULIO CESAR WIEDERKEHR (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE)

RESUMO: Introdução: O colangiocarcinoma intra-hepático é um tumor com quadro clínico inespecífico, o que torna o diagnóstico precoce difícil. A ressecção cirúrgica é a única possibilidade de cura. As imagens pré-operatórias são fundamentais para o planejamento cirúrgico, mas quando vistas em 2D não fornecem a perfeita compreensão da anatomia. A impressão 3D é um instrumento novo na cirurgia hepatobiliar. Nesse estudo relatamos o uso do modelo 3D no planejamento e tratamento cirúrgico de um colangiocarcinoma intra-hepático. Caso clínico: Paciente do sexo masculino, 70 anos, encaminhado para nossa equipe com história de dor abdominal e perda ponderal. Exames laboratoriais e de imagem foram realizados. Paciente foi diagnosticado com colangiocarcinoma intrahepático. Com base nos exames de imagens reproduzimos um protótipo com impressora 3D que permitia a visualização tridimensional da relação espacial entre o tumor, anatomia vascular e de vias biliares. O biomodelo foi utilizado no planejamento pré-operatório e na ressecção do tumor. O procedimento foi bem sucedido e a análise histopatológica evidenciou margens cirúrgicas negativas. Discussão: A taxa de mortalidade do colangiocarcinoma intra-hepático é alta. O tratamento depende das características do tumor, das comorbidades e condições do paciente. A margem cirúrgica livre do tumor após ressecção é o melhor preditor de sobrevida. Uma grande preocupação em relação a ressecção é o volume de fígado remanescente. A tecnologia 3D tem proporcionado grandes avanços nas ciências médicas, porém nas cirurgias biliares ainda é pouco relatada. Em nossa experiência, a impressão 3D permitiu um pré-operatório mais adequado e uma maior segurança na ressecção cirúrgica do tumor. Seu uso pode contribuir para prever e minimizar complicações intra-operatórias. Conclusão: A reprodução de um modelo hepático 3D é viável e permitiu melhor planejamento e procedimento cirúrgico, seu uso parece ser promissor para o desenvolvimento da cirurgia hepatobiliar.

PALAVRAS-CHAVES: Colangiocarcinoma | Impressão tridimensional | Fígado

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1333

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cirurgia radical de carcinoma hepatocelular em paciente idoso sem hepatopatia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EUCLIDES JOSE NUNES JUNIOR (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), PRISCILA PADUA (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), LEONIDAS LOPES AZEVEDO (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), AYDER ANSELMO GOMES VIVI (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), MARIA CLARA VIVI (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI), PAULA FERREIRA PINHEIRO (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA)

RESUMO: Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC) é o tumor primário do fígado mais frequente, sendo a terceira causa de morte em todo o mundo; além de ser diagnosticado em estágio avançado por causa da ausência de sintomas. Relato de caso: Paciente E.C.G., sexo feminino, 83 anos de idade, foi admitida no Hospital Padre Albino de Catanduva ? SP, com dor abdominal e massa palpável em hemiabdomine à direita. Veio encaminhada de outra instituição tendo em mãos exames de função hepática normais e biópsia prévia guiada por ultrassom que revelava adenoma hepático. Os exames foram atualizados evidenciando uma alfafetoproteína alterada, e tomografia computadorizada de abdome com contraste que mostrou uma lesão hepática volumosa e expansiva, com linfonodos retroperitoneais em número aumentado. Diante do quadro exposto, optou-se pela ressecção cirúrgica, sendo realizado a hepatectomia direita convencional. A paciente evoluiu satisfatoriamente e recebeu alta no terceiro dia de pós operatório. O exame anatomopatológico evidenciou que tratava-se de um hepatocarcinoma trabecular e pseudoglandular com variante fibrolamelar, apresentando margens livres de neoplasia. Apesar da idade da paciente e da histologia do tumor, as condições clínicas favoreceram a recuperação satisfatória tendo em vista o quadro geral da paciente. Conclusão: O caso relatado em contraste com a literatura levantada enfatizou que apesar do paciente não ser um candidato elegível ao procedimento cirúrgico, por conta da extensão do tumor e a idade avançada do paciente, o resultado pós-operatório foi satisfatório com aumento da qualidade de vida e sobrevida.

PALAVRAS-CHAVES: Hepatocarcinoma | Carcinoma Hepático | Hepatocarcinoma Trabecular

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1351

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS METÁSTASES HEPÁTICAS DO ADENOCARCINOMA COLORRETAL ? ALPPS-p (Associating liver partition and portal vein ligation for staged partial hepatectomy) - RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA MEDRADO GONDIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MATEUS PITOMBEIRA ARAÚJO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WESKLEY SOUZA DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), KAROLINE GONZAGA DA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GUSTAVO REGO COELHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JOSÉ FRANCISCO RÊGO E SILVA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LÁZARO LAVOISIER DE ALMEIDA CEZÁRIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: a ressecção cirúrgica é o único procedimento com potencial curativo de alguns tumores malignos primários do fígado e de alguns tipos de tumores malignos que cursam com metástases hepáticas, entre eles o adenocarcinoma colorretal. Entretanto, ao realizar tal procedimento, deve-se levar em conta o volume hepático residual, aspecto significativo na recuperação e sobrevida do paciente no período pós-operatório precoce e de longo prazo. OBJETIVO: Relatar caso clínico acerca da utilização de um procedimento recente e inovador como solução para ressecções hepáticas extensas. RELATO DE CASO: G.A.F., 52 anos, masculino, etilista pesado até 2006, tabagista. Após realização de colonoscopia por quadro de dor abdominal inespecífica, foi evidenciado um adenocarcinoma moderadamente diferenciado de cólon direito, tendo sido submetido a colectomia direita, com retirada conjunta do apêndice, revelando estadiamento patológico T3N0 em maio de 2015. Durante acompanhamento clínico, foi evidenciado com ressonância magnética diversos nódulos hepáticos bilaterais, sugerindo metástases. A indicação terapêutica após a ressecção tumoral foi a realização de duas sessões de quimioterapia no esquema FLOX, alternadas com a cirurgia de ressecção das metástases hepáticas. Em janeiro de 2016, o paciente foi submetido a ressecção hepática em dois tempos com ligadura do ramo portal direito e hepatectomia parcial ao nível ligamento falciforme (ALPPS-p). A primeira cirurgia sendo realizada em 21/01 e a segunda em 28/01, sendo evidenciando importante aumento volumétrico do fígado nesse período. Paciente teve alta hospitalar no 15º dia de internamento, sem complicações, seguindo em acompanhamento há mais de um ano sem sinais de recidiva da doença. CONCLUSÃO: O procedimento ALPPS-p mostrou-se grande aliado na tentativa de alcançar ressecções hepáticas maiores, permitindo tratamento de pacientes com metástase hepática bilateral. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO- TORRES, Orlando Jorge Martins et al . Ligadura da veia porta associada à transecção para hepatectomia em dois estágios (ALPPS): uma nova abordagem nas ressecções hepáticas. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 25, n. 4, p. 290-292, Dez. 2012 . Disponível em . acesso a 11 Fev. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: ALPPS-p|Fígado|Ressecção bilateral

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1472

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERITONECTOMIA COM HIPERTERMOQUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL EM COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANNE CAROLINE PAIVA BALDEZ (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), CAIO MARCIO VIERA DE OLIVEIRA (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), CAIO CESAR BIANCHI DE CASTRO (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), STEFANO DO AMARAL FIUZA (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), LEANDRO MOREIRA SAVATONE PIMENTEL (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), RONALDO DE OLIVEIRA ANDRADE (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), FELIPE PEDREIRA TAVARES MELLO (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), EDUARDO DE SOUZA MARTINS FERNANDES (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO)

RESUMO: RESUMOO colangiocarcinoma é caracterizado por seu comportamento agressivo, frequentemente diagnosticado em estágio avançado da doença. A ressecção cirúrgica completa corresponde à modalidade terapêutica mais efetiva e potencialmente curativa, sem a qual a maioria dos pacientes falece dentro de seis a 12 meses. A cirurgia citorrredutora e hipertermoquimioterapia intraperitoneal (HIPEC) são consideradas método ideal para o tratamento da carcinomatose peritoneal originada de neoplasias malignas primárias do peritônio, assim como metastáticas de tumores de origem gastrointestinal e ovário. O sucesso obtido com tal modalidade terapêutica, principalmente nos tumores de origem colorretal, abre a possibilidade para o seu uso em casos excepcionais, ainda com resultados controversos. A seguir, relatamos um caso único da possibilidade do uso de tal modalidade terapêutica em colangiocarcinoma intrahepático avançado. **RELATO DE CASO** Paciente, 63 anos, sexo masculino, hipertenso, admitido na emergência em 2014 por dor abdominal sendo então diagnosticada tumoração volumosa em lobo hepático esquerdo, sugestiva de hepatocarcinoma. Internado com proposta de hepatectomia esquerda; porém, durante o ato operatório foram evidenciados, além do tumor hepático, implantes peritoneais sugestivos de doença disseminada, havendo então mudança do plano cirúrgico para enucleação da lesão hepática no segmento IVB além de biópsias excisionais do peritônio acometido, linfadenectomia do hilo hepático, colecistectomia e ligadura da artéria hepática esquerda. O laudo histopatológico foi compatível com colangiocarcinoma intrahepático metastático, sendo então optado pelo controle da doença primária, no ano subsequente, com hepatectomia esquerda. Cinco meses após a cirurgia hepática, optou-se pela adjuvância com quimioterapia. No acompanhamento oncológico acordou-se entre a equipe de oncologia clínica e cirúrgica a realização de citorredução e HIPEC. Em 2015, realizou-se peritonectomia extensa, enterectomia segmentar, apendicectomia e posterior banho com gencitabina por uma hora. O paciente evoluiu adequadamente no pós-operatório tendo alta após sete dias de internação hospitalar. O mesmo se encontra clinicamente estável, havendo proposta de novo banho de quimioterápico. **CONCLUSÃO** O caso único relatado traz à tona a discussão referente ao possível potencial da complementação terapêutica com a citorredução aliada a HIPEC no tratamento de colangiocarcinoma intrahepático avançado.

PALAVRAS-CHAVES: COLANGIOCARCINOMA | CITORREDUÇÃO CIRÚRGICA | hipertermoquimioterapia intraperitoneal

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1519

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTO HEPATICO SIMPLES: ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCOPICA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), LARISSA SILVEIRA GUSMAO (HOSPITAL MARCIO CUNHA), VICTOR LUIZ DE MATOS FRANCO (HOSPITAL MARCIO CUNHA), VINICIUS PIRES RODRIGUES (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FELIPE MOURA PARREIRA (POLICIA MILITAR DE MINAS GERAIS)

RESUMO: INTRODUÇÃO - Cistos hepáticos são lesões biliares congênitas que resultam da dilatação progressiva de microhamartomas biliares, sem comunicação com a árvore biliar e não possuem septações. Sua prevalência varia de 1,6% a 18% da população e normalmente constituem achados incidentais em exames de rotina. A grande maioria destas lesões tem caráter benigno, entretanto não se pode deixar de avaliar a possibilidade de lesões pre-malignas ou malignas como cistoadenoma e cistoadenocarcinoma. Os cistos congênitos geralmente são assintomáticos, sendo que o tamanho do cisto e o crescimento rápido, podem causar compressão e sintomatologia específica, como dor, náuseas, vômitos ou icterícia, havendo, neste caso indicação terapêutica cirúrgica. RELATO DE CASO ? Trata-se paciente do sexo feminino, 66 anos, previamente hígida, admitida no pronto socorro do Hospital Márcio Cunha, em Ipatinga-MG. Admitida com queixa álgica inespecífica em andar superior do abdome de longa data, com agravo progressivo nos últimos 4 dias, associado a episódios heméticos esparsos. Submetida a avaliação abdominal ultrassonográfica, que evidenciou formação ovóide preenchida por conteúdo anecóico, possuindo margens definidas, localizada em lobo hepático direito. Progrediu-se a avaliação após definição do achado com estudo tomográfico abdominal contrastado, que reforçou a presença de limitações definidas, homogeneidade e caráter sugestivamente líquido do conteúdo e a ausência da captação de contraste. CONCLUSÃO - Esta produção tem como principal intuito promover a discussão acerca de possível etiologia de dor abdominal incomum, como fomento à estruturação de raciocínio clínico/propedêutico e discussão acerca dos benefícios em se aplicar a abordagem videolaparoscópica, uma vez que configura-se alternativa efetiva, com baixa morbidade, sendo incomum a recorrência. Entretanto, é importante salientar que a experiência da equipe cirúrgica, bem como as características inerentes ao paciente contribuem ativamente para o resultado do tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: CISTO HEPATICO | VIDEOLAPAROSCOPIA | ABORDAGEM CIRURGICA

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1537

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Variações anatômicas da Veia Porta Intrahepática

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDMUNDO VIEIRA PRADO NETO (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR)), ORLANDO DE CASTRO E SILVA (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP)), SAMUEL AZENHA GREGORIO (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR))

RESUMO: OBJETIVO: As Variações anatômicas na Veia Porta (VP) são relativamente comuns. Apresentam um papel crítico na avaliação pré-operatória hepática. Por isso, os autores buscaram a frequência das variações da VP intrahepática. MÉTODOS: Revisão sistemática de estudos primários por meio de busca no Pubmed. A estratégia de busca ?(formation OR variant anatomic) AND portal AND vein? com filtro para pesquisa em humanos resultou 2912 artigos. Os critérios de exclusão foram: animais, estudos secundários, relatos de caso, veias tributárias da VP, VP extrahepática e ausência de comparação estatística das variações encontradas. Os critérios de inclusão foram: publicações a partir de 2001 (últimos 15 anos), artigos completos em inglês, espanhol ou português, humanos, comparação estatística das variações, n > 100 pacientes. Após a primeira seleção por meio de título ou título e resumo, 66 artigos foram lidos na íntegra. RESULTADOS: Após a seleção, 6 trabalhos foram incluídos nesta revisão, totalizando 3890 pacientes. A taxa de variações encontradas foi de 11% a 35%. A trifurcação da VP foi a mais comum (6,1 ? 20%) e o ramo direito da VP como o primeiro ramo da VP foi a segunda mais encontrada (4,7 ? 13%). CONCLUSÃO: Os valores consideráveis de variações apontam para a necessidade do conhecimento anatômico da VP intrahepática. A avaliação de exames de imagem é pertinente e se faz justificada antes de procedimentos intervencionistas no fígado. O desconhecimento da VP pode ser nocivo durante os procedimentos, mas sua conscientização pode contribuir para a redução das complicações. BIBLIOGRAFIA: Sureka, B., Patidar, Y., Bansal, K., Rajesh, S., Agrawal, N., & Arora, A. (2015). Portal vein variations in 1000 patients: surgical and radiological importance. *The British journal of radiology*, 88(1055), 20150326. Takeishi, K., Shirabe, K., Yoshida, Y., Tsutsui, Y., Kurihara, T., Kimura, K., ... & Yoshizumi, T. (2015). Correlation between portal vein anatomy and bile duct variation in 407 living liver donors. *American journal of transplantation: official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*, 15(1), 155-160.

PALAVRAS-CHAVES: Veia portal | Anatomia | variações

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1566

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem Cirúrgica da Hipertensão Portal por Esquistossomose: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ JIN FUJIOKA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), MARCELA CAMPOLINA MUNIZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), LAWRENCE PASCOAL JUNQUEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), GABRIEL PINTO LARA FALEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Introdução: Define-se a hipertensão porta pela presença de um gradiente de pressão venosa hepática superior a 5mmHg. A forma hepatoesplênica da esquistossomose é caracterizada por hipertensão portal pré-sinusoidal, com fibrose hepática periportal, esplenomegalia e formação de circulação colateral. O desenvolvimento de varizes esofágicas e/ou gástricas leva ao risco de sangramento digestivo por ruptura desses vasos. Objetivo: Apresentar um caso de hipertensão portal por esquistossomose e sua abordagem cirúrgica e analisar as manifestações clínicas. Método: Paciente V.M.S, sexo masculino, 65 anos, proveniente de Oratórios-MG, deu entrada no ambulatório de cirurgia geral do HUCM apresentando história de 4 episódios prévios de hematêmese no último ano e exame de EPF concluindo esquistossomose, sendo tratado previamente com Praziquantel. Paciente negava etilismo. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, hipocorado, ictérico, com fígado palpável a 2 cm do RCD e baço III de Boyd. Durante admissão em enfermaria, paciente apresentou hemorragia digestiva alta de grande volume, sendo realizada estabilização hemodinâmica em CTI com realização de EDA de urgência, que encontrou sangramento ativo e varizes esofágicas de grosso calibre, na qual, realizou-se ligadura elástica. Após estabilização do quadro, foi realizada cirurgia de desconexão ázigo-portal com esplenectomia (DAPE). Paciente manteve-se bem, recebeu alta no 6º. DPO com normalização dos índices hematimétricos e feito seguimento com EDA posteriormente. Conclusão: A DAPE é a cirurgia mais realizada para profilaxia de sangramento por varizes esofágicas de origem esquistossomótica. Mostrou-se em estudos diminuição da recorrência de sangramento em até 75,3% quando realizado seguimento endoscópico no pós-operatório, além da normalização da anemia, leucopenia, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia, correção do hiperesplenismo, demonstrou baixa morbimortalidade e sem cursar com encefalopatia hepática. A Dape pode ser considerada como a primeira escolha para o tratamento cirúrgico da hipertensão portal em pacientes esquistossomóticos, devido suas baixas complicações e a baixa recorrência de sangramento quando realizado seguimento endoscópico.

PALAVRAS-CHAVES: Hipertensão Portal | Esquistossomose | Desconexão ázigo-portal com esplenectomia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1599

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise Estatística Sobre Transplante Hepático no Brasil entre os Anos de 1997 e 2013

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SANRRANGERS SALES SILVA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), MARCOS RAYONE DE FREITAS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), FERNANDO JACÓ SILVA MOREIRA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), WANESSA RODRIGUES NASCIMENTO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), GLINYAN GUERRA SANTOS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), ARIOSTO RODRIGUES RIBEIRO FILHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), AILA BATISTA RODRIGUES (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI)

RESUMO: Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo mostrar, de uma forma descritivo-analítica, dados a respeito do TH no Brasil no período de 1997 a 2013. Método: Como fontes foram utilizadas os boletins periódicos do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) disponíveis gratuitamente na internet. Os dados foram organizados e analisados através do programa Microsoft Office Excel versão 2007. Resultados: No período estudado foram realizados 81.611 transplantes de órgão sólidos no Brasil, dentre esses o TH representou 19,68% (n=16.066). A média anual de TH foi de 945,05, equanto a média relativa ao número de equipes transplantadoras ativas foi de 43,64, então, em uma distribuição homogênea, cada equipe foi responsável por 21,6 procedimentos anuais. O TH com doador cadáver teve um total de 14.120 (87,88%), já o com doador vivo teve números crescente até o ano de 2005, depois do qual passou a diminuir seus números absolutos e relativos, ficando com um total de 1947 (12,11%). Conclusão: As perspectivas de para o TH no Brasil são animadoras ao se basear na curva quase sempre crescente dos números, no entanto, é importante lembrar que a demanda também costuma crescer de uma forma semelhante ou mesmo superior, necessitando sempre de mais recursos, cadastramento do maior número possível de doadores e adequação às técnicas de procedimento mais eficazes para que seja a produtividade seja equiparada à demanda. Referencias: 1)Salvalaggio P, Afonso RC, Pereira LA, Ferraz-Neto BH. O sistema MELD e a mortalidade em lista de espera. Einstein: 10(3):278-85, 2012.2)Brasil. Ministério da Saúde. Legislação sobre o Sistema Nacional de Transplantes [Internet]. [citado 2012 Set 23]/ Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm#3> 3) Bonacini, M; Shetler,K; Yu,I; Osorio, RC; Osorio, RW. Features of Patients With Severe Hepatitis Due to Mushroom Poisoning and Factors Associated with Outcome. Clin Gastroenterol Hepatol: n17, v.9, p.30145-3, 2017.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante Hepático|Brasil|dados estatísticos

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1606

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMANGIOPERICITOMA HEPÁTICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE CARDOSO CAVALCANTE JR. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - UFAL), VANESSA STELA FERREIRA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - UFAL), LUCAS CORREIA LINS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - UFAL), PEDRO BASTOS DE SOUZA MONTEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - UFAL), BARBARA PRISCILA DE ARAÚJO ALBUQUERQUE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - UFAL)

RESUMO: O hemangiopericitoma é tumor raro, de origem vascular. Pode ter qualquer localização, sendo mais comum nas extremidades. Com tratamento cirúrgico e diagnóstico definitivo mediante exame microscopia eletrônica ou imunohistoquímica. Atendemos no nosso serviço um paciente masculino, de 48 anos, com quadro clínico de aumento progressivo de volume e dor abdominal, sem qualquer outra queixa associada. Ao exame físico destaca-se a presença de grande tumoração dolorosa ocupando epigástrico e hipocôndrio direito. Durante investigação diagnóstica anterior, foi submetido a realização de USG abdominal que mostrou volumosa imagem nodular em região epigástrica medindo 20,8 x 11,3cm e imagens nodulares hepáticas, a maior medindo 3,8 x 3,2cm em segmento hepático VIII. Submetido a TC de abdome foi descrito fígado de dimensões normais, contornos regulares, com múltiplas imagens nodulares hipodensas, com realce anelar, dispersas pelo parênquima, sendo a maior no lobo direito medindo 4,2 x 3,8cm ? sugestivo de implante secundário. Descrevia também volumosa formação expansiva sólida, heterogênea, com áreas de necrose de permeio, lobulada, exofítica, junto a pequena curvatura gástrica medindo cerca de 17,7 x 10,6 x 19,7cm, com realce predominantemente periférico ? sugestivo de tumor estromal da parede gástrica. O paciente mantinha CEA e alfa fetoproteína com dosagens dentro da normalidade no pré-operatório. O paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora. No intraoperatório o achado foi uma grande lesão hepática comprometendo todo o lobo esquerdo associada a três lesões nodulares em lobo direito. Não houve sinal de doença metastática durante o procedimento. A tumoração foi removida através de uma hepatectomia esquerda associada a ressecção dos nódulos hepáticos à direita. O resultado final do histopatológico mostrou hemangiopericitoma hepático. Na análise imunohistoquímica, o tumor mostrou-se negativo para AE1/AE3, fortemente positivo para CD34, negativo para Desmina, EMA positivo e S100 negativo, concluindo que a imunomarcagem associada aos achados morfológicos é compatível com hemangiopericitoma. O paciente recebeu alta hospitalar sem qualquer complicação e vem mantendo acompanhamento ambulatorial. O hemangiopericitoma é uma doença com quadro clínico e imagens radiológicas inespecíficas, por isso o diagnóstico preciso é dado mediante histopatológico e imunohistoquímica. Seu tratamento definitivo é sempre cirúrgico, com risco de recidiva é alta e seguimento clínico longo.

PALAVRAS-CHAVES: HEMANGIOPERICITOMA HEPÁTICO | NEOPLASIA | IMUNOHISTOQUÍMICA

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1649

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FISTULA BILIAR APÓS FERIMENTO POR ARMA DE FOGO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BÁRBARA MOLON ANDREAZZA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ALANA DUSO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA), ANA LIA MESQUITA NUNES (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MARIA FRANÇA DO AMARAL (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LARISSA REGINATO JUNGES (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), KAROLINE ROBERTI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), HENRIQUE PAULETTI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), FERNANDO ROGERIO BEYLOUNI FARIAS (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), JOSÉ HENRIQUE GUIMARÃES FLORIANI (ULBRA)

RESUMO: Introdução Com o aumento do número de casos de violência sofridos pela população, também cresce a incidência de ferimentos por arma de fogo (FAF) a serem tratados nos blocos cirúrgicos. Esse cenário exige a preparação, por parte da equipe médica, para possíveis complicações da cirurgia. A fístula digestiva (FD) ocorre em 19% dos pacientes que sofrem trauma e em 67% após procedimento cirúrgico¹. Relato de caso Um homem de 18 anos deu entrada no Hospital de Pronto Socorro de Canoas ? RS, com FAF em transição toracoabdominal sem orifício de saída, à direita da linha média. O exame físico apontou apenas dor discreta e difusa no abdome. Indicada laparotomia de urgência, foram evidenciados: ferimento transfixante hepático no seguimento VII e VIII com perda de parênquima, hematoma retroperitoneal em quadrante superior direito e lesão tangencial na cortical do rim direito. Por final, foi inserido dreno tubular supra-hepático e infra-hepático. No mesmo dia, por instabilidade hemodinâmica, foi necessária relaparotomia para controle de danos, ressutura por evisceração e plano de nova abordagem em 48 horas. A antibioticoterapia foi iniciada após a última intervenção. No sétimo dia de internação, o dreno evoluiu com bilioma, confirmando a hipótese de fístula biliar (FB) na tomografia computadorizada. Cerca de dois dias depois, houve deiscência de sutura da ferida operatória com saída orientada e discreta de bile por mais vinte dias. O paciente permanece em acompanhamento com a equipe cirúrgica, sem necessidade de reintervenção. Conclusão Todo paciente vítima de um trauma abdominal ou toracoabdominal deve ter o pós-operatório visto de perto, grande parte deles pode evoluir para complicações graves. Por isso, é importante diagnosticar a FB, analisar e definir a opção de tratamento o mais cedo possível, para que não ocorram outras complicações derivadas da fístula. Sendo a sepse é a mais comum das enterocutâneas. Além disso, é importante ressaltar que a mortalidade decorrente de FD está entre 6,5 e 21% ², confirmando a relevância do estudo e aprimoramento dos conhecimentos sobre fistulas e lesões por ferimentos de arma de fogo. REFÊRENCIAS 1. Jaboňska B, Lampe P. Iatrogenic bile duct injuries: Etiology, diagnosis and management. World J Gastroenterol. 2009; 15(33): 4097-104. 2. Foster CE, Lefor AT - General management of gastrointestinal fistulas. Surg Clin North Am, 1996, 76(5): 1019-33

PALAVRAS-CHAVES: FISTULA BILIAR|FERIMENTO ARMA DE FOGO|TRAUMA

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1664

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ASSOCIAÇÃO DE RADIOFREQUÊNCIA HEPÁTICA E LIGADURA DA VEIA PORTA POR HEPATECTOMIA REGRADA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: UIRÁ FERNANDES TEIXEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), MARCOS BERTOZZI GOLDONI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FABIO LUIZ WAECHTER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), PAULO ROBERTO OTT FONTES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Desde a técnica original ALPPS (associação entre a divisão hepática e ligação da veia porta para hepatectomia), foram descritas alterações no procedimento. A liberação de ligamentos hepáticos e a transecção do parênquima hepático quando a divisão dos segmentos III e IV é frequentemente responsável pelo aumento da perda sanguínea, fístula biliar e tempo operatório elevado. Com base em nossa experiência com o uso da radiofrequência bipolar com agulha fria (BRCN) na realização de hepatectomia, juntamente com esta técnica de duas fases, decidimos substituir a transecção do parênquima hepático fazendo duas linhas de fígado desnaturado isolando assim o futuro remanescente do fígado (FLR) com maior rapidez, facilidade, sem mobilização hepática e menor perda sanguínea. **RELATO:** Mulher 62 anos com metástase hepática colorretal com lesão no fígado direito e segmento IV, sem doença extra-hepática. A volumetria hepática pré-operatória estimou FLR de 180 cm³. Na primeira cirurgia, os lobos hepáticos foram separados sem hepatotomia ou mobilização hepática, apenas com duas linhas de tecido hepático desnaturado produzido pelo BRCN. Cobrimos o fígado com uma membrana bioresorbível para protegê-lo. A veia porta direita foi ligada, foi realizada ablação da veia hepática média e um dreno tubular foi colocado. Não foi necessária transfusão de sangue. Após 20 dias, a volumetria mostrou que o lobo hepático lateral esquerdo havia aumentado para 464 cm³ aproximadamente, uma hipertrofia surpreendente de cerca de 158%. A relaparotomia foi no dia seguinte, com hepatectomia direita estendida. Pós-operatório foi sem intercorrências. **Conclusão:** Com BRCN, não há necessidade de mobilização hepática extensa. Sendo possível realizar a primeira cirurgia com uma incisão menor. Ao fazer duas colunas de tecido hepático desnaturado eliminamos os ramos colaterais entre os segmentos III e IV, obtivemos hipertrofia remanescente do fígado (158%). Além disso, a ocorrência de fístula biliar diminuiu significativamente e, na segunda cirurgia, o parênquima hepático pode ser incisado com um bisturi de forma rápida e simples sem perda sanguínea. Assim, o uso de BRCN em hepatectomia em duas etapas representa uma nova técnica para facilitar o procedimento. Sua utilização em conjunto com a ligadura portal, denominada procedimento ALRPS, é fácil de realizar e tem suas próprias vantagens, especialmente no que se refere à redução do trauma cirúrgico de uma hepatotomia complexa e suas complicações.

PALAVRAS-CHAVES: Radiofrequência hepática | Hepatectomia | Radiofrequência bipolar

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1836

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Doença de Caroli complicada com abscesso hepático

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAMELA NUNES ALECRIM DE SOUZA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM), THIAGO TORRES ÁVILA (HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS), CARLOS PIRES DE MORAIS JUNIOR (HOSPITAL FERREIRA MACHADO), CAMILA FABRES PEREIRA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM)

RESUMO: Introdução: A Doença de Caroli é uma doença congênita autossômica recessiva rara. Consiste na dilatação dos ductos biliares intra-hepáticos que predispõe a colestase, colangites bacterianas recorrentes e formação de cálculo nos ductos. Tendo como incidência 1 em 1000000 de habitantes, é geralmente diagnosticada na infância e adulto jovem, sendo mais frequente em mulheres. O diagnóstico é feito por exames complementares como colangiopancreatografia retrógrada, RNM e TC. O tratamento varia de acordo com as características clínicas da doença e a localização biliar. Relato de caso: R.S.A., feminino, 39 anos. Apresentou febre, dor no hipocôndrio direito de início súbito, associado a icterícia e anorexia. Nega comorbidades, tabagismo e etilismo. Ao exame físico apresentava-se icterícia ++/4+, hipocorada +/4+, abdômen flácido, doloroso a palpação em hipocôndrio direito. Realizou uma TC de abdômen que apresentou dilatação fusiforme das vias biliares intra-hepáticas (doença de Caroli), e exames laboratoriais apresentando bilirrubina direta aumentada. Evoluiu com episódios de colangite complicando com abscessos hepáticos, sendo necessária a internação para realização de CPRE e drenagem percutânea dos abscessos. Após melhora clínica, foi realizada hepatectomia direita e segmento V, sem intercorrências. Conclusão: A histopatologia confirmou a doença de Caroli e colecistite. O estudo ratifica a importância da doença de Caroli e seu diagnóstico diferencial em pacientes que apresentam quadro clínico compatível com colecistite e colangite, com necessidade de diagnóstico precoce devido suas complicações. A paciente segue em acompanhamento há 2 anos com funções hepáticas normais.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Caroli, | Doença biliar, | Dilatação intra-hepática

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1863

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEPATOCARCINOMA: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE TRES CASOS DE RUPTURA ESPONTANEA TRATADOS NA URGÊNCIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), AUGUSTO CÉSAR BESERRA MARTINS (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), ISADORA COSTA COELHO GAYOSO E ALMENDRA (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), MAYARA MAGRY ANDRADE DA SILVA (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), ÁLISSON DUARTE MARTINS (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), MAURO ANDRÉ GONÇALVES CARVALHO E SILVA (HOSPITAL SANTA MARIA), ADNER ADMYS MARTINS REIS DOUDEMMENT (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O carcinoma hepatocelular (CHC) está relacionado com fatores ambientais, tendo como agentes etiológicos: etanol, vírus das hepatites B e C. O diagnóstico por ultrassonografia (US) com Doppler, tomografia computadorizada (TC), possibilitam a identificação precoce do tumor. O tratamento é feito por ressecção, transplante, ablação percutânea por radiofrequência e a quimioterapia. A ruptura espontânea do CHC é uma complicação muito rara, em torno de 0,8%. O objetivo do trabalho foi relatar três casos de CHC rotos espontaneamente abordados na emergência de hospitais de referência de Teresina-PI. RELATO DE CASO: Três pacientes (1), (2) e (3) do sexo masculino com idades variando de 42 a 93 anos deram entrada no pronto socorro com quadro de dor abdominal súbita intensa. Ao exame físico apresentavam palidez acentuada, desidratação, hipotensão, taquicardia, abdome distendido e doloroso. Sinais de peritonite presentes apenas em (2). Exames laboratoriais: hematócrito variando entre 15 e 18%, hemoglobina variou entre 5,5 e 6,5g/dL e sorologia para hepatite B positiva apenas em (3). A US no (1) mostrou hemoperitônio maciço com nódulo hepático em lobo esquerdo medindo 5,7cm. Já no (2) a ecografia evidenciou grande quantidade de líquido livre no abdome e lesão hipoecoica de 4,0cm no lobo hepático esquerdo. Enquanto no (3) a US e TC evidenciaram grande quantidade de líquido na cavidade abdominal e lesão hepática hipervascularizada medindo 4,1x3,8cm em segmento VIII. Todos foram submetidos à laparotomia de urgência onde foi verificado no (1) a presença de lesão tumoral rota em lobo hepático esquerdo com sangramento ativo; No (2) hemoperitônio maciço com lesão rota no segmento II-III do fígado e no (3) lesão hepática rota no segmento VIII. Dois dos pacientes foram submetidos a técnicas radicais: hepatectomia esquerda de urgência (1) e segmentectomia lateral esquerda de urgência (2). O terceiro paciente foi optado pelo uso de agentes hemostáticos (selante de fibrina humana) com sucesso, sendo encaminhado para o transplante hepático, ao contrário dos outros que evoluíram pro óbito no pós operatório. O histopatológico confirmou CHC em todos pacientes. CONCLUSÃO: A evolução dos agentes hemostáticos tem possibilitado uma segurança maior no controle de hemorragias no intra-operatório ao contrário dos tratamentos radicais.

PALAVRAS-CHAVES: Hepatocarcinoma | Ruptura espontânea | Hemorragia intra-operatória

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1869

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OPÇÃO DE DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA INTRA-HEPÁTICA - CIRURGIA DE LONGMIRE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDERSON CARLOS BRASIL VASCONCELOS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), ALEXANDRA MANO ALMEIDA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), RENATO DE CASTRO PEREIRA ROBERTO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), ANA PAULA FARIA MAIA PORTUGAL (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), DOUGLAS RODRIGUES DE MACÊDO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A indicação cirúrgica para pacientes com colangiocarcinoma e a escolha da técnica operatória para remoção desses tumores, com ou sem ressecção hepática, ainda é um grande desafio para o cirurgião sobretudo para as cirurgias paliativas em tais casos. Neste trabalho vamos relatar o caso de um paciente com icterícia obstrutiva causada por neoplasia de via biliar principal, tratada por anastomose hepatojejunal. RELATO DE CASO: J.E.A.S, masculino, 57 anos, admitido na Santa Casa de Fortaleza em 04/03/10, com icterícia obstrutiva há 04 meses, anorexia e perda ponderal. Apresentava-se emagrecido, ictérico, fígado palpável a 08 cm do rebordo costal direito e fundo da vesícula palpável. Histórico de gastrectomia parcial há 04 anos por adenocarcinoma gástrico. TC abdome evidenciava formação expansiva de contornos irregulares na confluência bilio-digestivo-pancreática, linfonodomegalias adjacentes, dilatação do Wirsung. No intra-operatório evidenciou-se colédoco distal e ducto cístico espessados, vesícula de paredes espessadas e necrosadas, cheia, sem cálculos, lesão em colédoco terminal, aderido a planos profundos e cabeça pancreática, sem plano de clivagem, status de gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II. Confeccionada derivação bilio-digestiva intra-hepática com anastomose dos segmentos II e III com alça de jejuno em Y de Roux. Evoluiu bem e recebeu alta hospitalar com níveis de bilirrubinas normalizados. CONCLUSÃO: O elevado risco cirúrgico tem levado pacientes com tumores de vias biliares a realizar procedimentos paliativos, como próteses endoscópicas, percutâneas ou drenagem biliar externa. Contudo, estes procedimentos apresentam elevadas taxas de insucesso e as próteses podem obstruir e se deslocar com facilidade, além de apresentarem mortalidade variável. Se a laparotomia for realizada em tumor considerado irresssecável, a anastomose bilio-entérica ou intubação cirúrgica deve ser tentada. Em 1948, Longmire e Sandford descreveram o acesso ao ducto do segmento II do lobo esquerdo do fígado para ser utilizado quando o acesso ao hilo hepático não for possível, sendo este um procedimento viável para tratamento paliativo destes pacientes. A obstrução da árvore biliar é uma urgência médica, devido à alta morbidade das complicações. Existem várias técnicas de drenagem das vias biliares (endoscópicas, percutâneas ou cirúrgicas). Estas são reservadas aos pacientes que não respondem ou têm dificuldade de acesso a procedimentos menos invasivos.

PALAVRAS-CHAVES: derivação biliodigestiva | longmire | icterícia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1984

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hepatectomia para tratamento da Hidatidose Policística

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NILTON GHIOTTI DE SIQUEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE/UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), ELCIMAR DOS REIS DA SILVA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), LARISSA MARTINS PELUSO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), LOEMA DO AMARAL FIRMINO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), NATALI PIRES MENDES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), PEDRINHO DE OLIVEIRA LOPES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), RODRIGO DO AMARAL FIRMINO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE)

RESUMO: Introdução: A Hidatidose Policística é uma doença negligenciada, cujo agente etiológico é o *Echinococcus vogeli*. Provocam lesões principalmente hepáticas, policísticas com calcificações grosseiras periféricas, por vezes confundida com neoplasias. Pode se apresentar com lesões hepáticas extensas que por compressão podem provocar hipertensão portal, fístulas biliares e cirrose hepática. Relato do Caso: Paciente com epigastralgia em queimação há aproximadamente 15 anos. No último ano passou a ser de moderada intensidade a incapacitante chegando a interferir na qualidade do sono ao despertá-lo durante a noite. Realizou EDA 16/04/16 com diagnóstico de úlcera pré-pilórica de 0,5cm recoberta por fibrina (histopatológico: gastrite crônica). Mora em área rural e sua esposa tem o diagnóstico de hidatidose com grave acometimento hepático e em uso de albendazol. Foi solicitado US de abdome para rastreamento de hidatidose, que demonstrou formação expansiva multiloculada com septações grosseiras em segmentos hepáticos VII e VI medindo 8,2x7,4x5,9cm. A CT de abdome demonstrou lesão cística, multiloculada, com calcificações grosseiras de contornos regulares medindo 6,0x5,0cm não captante de contraste localizado no segmento VII. Foi realizado tratamento clínico para úlcera e iniciado Albendazol 800mg/dia. Em 24/06/16 foi submetido a hepatectomia dos segmentos VI e VII englobando a lesão e colecistectomia sem intercorrências, com alta em 08/07/16. Conclusão: Apesar dos avanços tecnológicos, a anamnese permanece como a melhor ferramenta diagnóstica. A história familiar de Hidatidose Policística levou a realização de exame de rastreamento que se mostrou positivo. esse agravo faz parte do rol de doenças negligenciadas, porém os casos conhecidos são como a ponta do iceberg devido as características do ciclo biológico silvestre do *Echinococcus vogeli* que pode ocorrer desde o México até a Argentina. A maioria dos casos que tratamos no Estado do Acre, têm acometimento apenas hepático. O avanço nas técnicas da cirurgia hepática está proporcionando cirurgias cada vez mais seletivas e seguras, principalmente nas doenças benignas, que não necessitam de margem de segurança nas ressecções. Dessa forma, o maior desafio é o diagnóstico numa fase inicial da doença, que possibilite a cirurgia. Por outro lado, em casos avançados, já com hipertensão portal e sinais de insuficiência hepática grave, o transplante hepático pode ser indicado, apesar de ser uma experiência incipiente.

PALAVRAS-CHAVES: Hidatidose Policística | Hepatectomia | *Echinococcus vogeli*

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2014

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: USO DA VEIA GÁSTRICA ESQUERDA COMO UMA ALTERNATIVA PARA A RECONSTRUÇÃO DO FLUXO PORTAL EM TRANSPLANTE HEPÁTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: UIRÁ FERNANDES TEIXEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), AUGUSTO NATORF GOTUZZO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), MARCOS BERTOZZI GOLDONI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FABIO LUIZ WAECHTER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), PAULO ROBERTO OTT FONTES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: Objetivo: A trombose da veia porta permanece um desafio no transplante de fígado. É diagnosticada em aproximadamente 10% dos pacientes em lista de espera durante a avaliação pré-operatória. A trombectomia da veia porta (VP), o uso de enxerto vascular artificial, a anastomose da veia cava ou anastomose da veia renal e arterialização da VP estão entre as opções. Embora laboriosas, essas técnicas têm mostrado resultados encorajadores, e a trombose de VP deixou de ser contraindicação para o transplante hepático. Já o uso de grandes varizes colaterais para a reconstrução do fluxo portal no transplante hepático ainda é incipiente, com poucos relatos clínicos descritos. Apresentamos a experiência do nosso grupo utilizando a veia gástrica esquerda (VGE) para o influxo portal durante o transplante hepático em dois pacientes com trombose de VP. Método: Em nossos relatos, o uso da VGE dissecada cranialmente preencheu os requisitos necessários para uma boa anastomose vascular: otimização de aberturas anastomóticas em tamanho e preparação, grande mobilidade do enxerto vascular e isenção de enxertos artificiais. Além de permitir também a drenagem esplâncnica, assegurando o fluxo de fatores hepatotróficos, e a regularização da hipertensão esplâncnica. Como a VGE tem poucas tributárias e está anterior na região retroperitoneal, sua dissecação é simples e segura em relação às opções convencionais de anastomose. No entanto, a manipulação deve ser cautelosa, já que suas paredes são frágeis e finas, podendo rasgar, particularmente, durante as suturas. Resultado: A reconstrução do fluxo portal através da veia gástrica esquerda em transplante hepático, ainda é pouco usual, mas sua implementação sugere não causar diferença na morbimortalidade. Esta técnica apresenta-se como uma excelente opção na presença de trombose ou hipoplasia. Conclusão: A trombose da veia porta é uma complicação do fígado em fase terminal e pode se estender até a veia esplênica e veias mesentéricas inferiores, assim como o leito esplâncnico. Em outrora foi considerada contraindicação para o transplante hepático, porém novas e modernas técnicas cirúrgicas trouxeram a resolução desta complicação. A pesquisa e a refinação dos métodos sugerem tornar tal resolução mais factível, sem ocasionar desfechos indesejáveis.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante hepático | Anastomose vascular | Enxerto vascular

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2070

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Resultados iniciais da análise de qualidade de vida no pós-transplante hepático tardio de pacientes atendidos no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BEATRIZ FERREIRA DIOGO (UFPA), FELIPE LIMA ALCOLUMBRE TOBELEM (UFPA), MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA (UFPA), JAMILLY ALVES PADILHA (UFPA), VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS (UFPA), MÁRCIA DO SOCORRO FERREIRA IASI (UFPA)

RESUMO: Objetivo: determinar as implicações do transplante hepático na vida do paciente, em relação à sua saúde física e mental, a fim de mostrar a importância dessa terapêutica no resgate à qualidade de vida do paciente. Método: os dados são obtidos por meio do teste WHOQOL-Bref, versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, elaborado pelo grupo de saúde mental da Organização Mundial da Saúde (OMS). O WHOQOL-Bref avalia quatro domínios de qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). É composto de 26 itens, onde os 2 primeiros mostram a percepção geral da qualidade de vida e os 24 refletem as facetas que compõem os domínios. Até o presente momento, foram entrevistadas 18 pessoas. A avaliação estatística dos dados é feita pelo do cálculo do escore de cada paciente, através do software Microsoft Excel 2010, que gera valores de 0 a 100 para cada domínio e para a qualidade de vida global. Os valores foram avaliados através do cálculo da média, mínimo e máximo. Resultados: a média dos pacientes no domínio físico foi 78,9. O maior resultado foi 85,7 e o menor, 50,0. Para o psicológico, a média foi 85,8. O maior valor foi 100,0 e o menor 66,7. A média do terceiro domínio (relações sociais) foi 87,5. Os valores máximo e mínimo foram, respectivamente, 100,0 e 66,7. Para o último (meio ambiente), a média foi 81,4. O valor máximo foi 100,0 e o mínimo 46,9. O resultado global teve como média o valor 83,4. Os valores máximo e mínimo foram, respectivamente 94,0 e 59,6. Conclusões: todos os pacientes apresentaram escore global superior a 59,6. Ou seja, todos têm condições de saúde física e mental em níveis satisfatórios. Esse feedback é importante, uma vez que a qualidade de vida em pacientes no pré-transplante hepático é sabidamente mais baixa. Um estudo utilizando o WHOQOL-Bref para avaliar a qualidade de vida de pacientes com hepatite C crônica mostrou um número significativo de pacientes com resultados insatisfatórios, em especial no domínio das relações sociais.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante | Fígado | Qualidade de vida

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2078

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil epidemiológico de transplantados de fígado do estado Pará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BEATRIZ FERREIRA DIOGO (UFPA), FELIPE LIMA ALCOLUMBRE TOBELEM (UFPA), MÁRCIA DO SOCORRO FERREIRA IASI (UFPA), JAMILLY ALVES PADILHA (UFPA), VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS (UFPA), MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA (UFPA)

RESUMO: Objetivo: analisar os dados referentes a sexo e idade e traçar um perfil dos pacientes no pós-transplante hepático atendidos em um centro de referência do Pará, a fim de permitir a busca de estratégias que melhorem a terapêutica, ajustando-a à demanda mais frequente entre os pacientes. Método: O estudo foi conduzido no departamento de prontuários da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará por meio da análise de 29 prontuários de pacientes que efetuaram transplante hepático no período de 2003 a 2016. A análise foi feita por intermédio de um questionário, da autoria dos próprios pesquisadores. Neste resumo, são compartilhados os dados referentes ao sexo e idade dos participantes da pesquisa. A avaliação estatística foi feita através do cálculo de média, moda, mínimo e máximo. Resultados: dentre os 29 prontuários, 21 pertenciam a pacientes do sexo masculino e 8 a pacientes do sexo feminino. Logo, 72,41% dos indivíduos nessa amostra pertencem ao sexo masculino. Quanto a idade, a média observada entre as mulheres foi 25 anos, sendo a mais nova de 3 anos e a mais velha, 55 anos. Entre os homens, a média foi 42,1 anos. O mais novo tinha 4 anos e o mais velho, 64. A média geral de idade foi de 37,4. Dos 29 pacientes, 9 tinham menos de 18 anos e 15 tinham mais de 50 anos (51,7% do total). Conclusões: a maioria dos transplantados de fígado neste centro pertence ao sexo masculino e possui idade superior a 50 anos. Tal dado condiz com a literatura, onde a maior prevalência de transplantes ocorre em homens com idade acima de 50 anos, fator relacionado a cirrose alcoólica, comum entre indivíduos nessa faixa etária. Além disso, destaca-se o número de pacientes com idade inferior a 18 anos (31,03%), uma vez que em outros estudos admite-se o aumento considerável de pacientes nessa faixa etária (principalmente devido a atresia de vias biliares). Esse conhecimento permite que a equipe multiprofissional de saúde busque sempre se adequar às demandas próprias dos pacientes mais prevalentes, buscando um atendimento preciso e personalizado a cada indivíduo.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante | Fígado | Epidemiologia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2082

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Principais indicações para a realização do transplante hepático de pacientes transplantados de fígado em acompanhamento na Fundação Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BEATRIZ FERREIRA DIOGO (UFPA), FELIPE LIMA ALCOLUMBRE TOBELEM (UFPA), MÁRCIA DO SOCORRO FERREIRA IASI (UFPA), VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS (UFPA), JAMILLY ALVES PADILHA (UFPA), MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA (UFPA)

RESUMO: Objetivo: avaliar as principais indicações para transplante hepático entre os pacientes pós-transplantados de um centro de referência do Pará. Método: Os dados foram obtidos partir da análise de 28 prontuários de pacientes em acompanhamento do pós-transplante hepático. A análise foi feita através de um questionário, da autoria dos próprios pesquisadores, onde foi possível avaliar as principais indicações para realização do procedimento. A avaliação estatística dos dados ocorreu a partir do cálculo da moda, mínimo e máximo das informações coletadas. Resultados: a indicação mais observada foi a cirrose por hepatite C (HCV), vista em 8 pacientes, seguida de carcinoma hepatocelular (HCC), em 7 pacientes. A atresia de vias biliares e a cirrose alcóolica também foram prevalentes, ambas presentes no prontuário de 5 pessoas. Além dessas, outras causas foram relatadas, como cirrose criptogênica (3 pacientes) e hepatite B (2 pacientes). Ademais morbidades como hipertensão portal, cisto colédoco, hepatite fulminante idiopática, síndrome de Budd Chiari, síndrome de Carol, hepatite colestática, hepatite medicamentosa e fibrose congênita, foram indicadas em apenas 1 paciente cada. Dos 28 pacientes, 16 apresentaram mais de uma dessas doenças como indicação do transplante, com destaque para a associação HCV-HCC, em 5 indivíduos. Conclusões: neste centro, a indicação de transplante hepático mais comum é a cirrose por HCV (28,5%). Tal dado condiz com a literatura, que traz a HCV como a morbidade mais prevalente em indivíduos no pré-transplante. Os artigos mostram, ainda, alta incidência de indicações para transplante hepático devido a HCC e também pela associação HCV-HCC2, assim como observado no estudo. A cirrose alcóolica também obteve prevalência importante, assim como a atresia de vias biliares (principal indicação para transplante hepático em menores de 19 anos). A partir desse resumo é possível montar um perfil dos pacientes transplantados, a fim de buscar melhorias no acompanhamento desses indivíduos, adequando o atendimento de forma eficaz.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante | Fígado | Epidemiologia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2139

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABORDAGEM CLÍNICO-INTERVENCIONISTA DA DOENÇA DE CAROLI DIFUSA: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA BEATRIZ PAGLIUSO MARQUES (FACERES), FRANCIELLI PATRY MONTEGUTTI CORTI (FACERES), RAPHAEL RAPHE (FACERES)

RESUMO: Introdução: A doença de Caroli é uma condição congênita rara caracterizada por dilatação não-obstrutiva sacular ou fusiforme das vias biliares intra-hepáticas. A terapia depende da localização das anomalias biliares. Relato de caso: IF, feminino, 37 anos, encaminhada para avaliação de ultrassom (US) abdominal com achado de dilatação de ductos biliares intra-hepáticos. Queixava-se de dor em hipocôndrio direito. Negava icterícia, colúria, acolia fecal e febre. Antecedentes, anemia falciforme, colecistectomia e ooforectomia por laparotomia há 20 anos. Negava tabagismo e etilismo. Exame físico, eutrófica, anictérica, abdome indolor a palpação, fígado há 3 cm do rebordo costal direito, bordas finas, amolecido e indolor. Laboratório: hepatites virais B e C negativas, hemograma inocente, TGO 23 U/L, FA 70 U/L, GGT 118 U/L e BT 0,49 mg/dL. Ressonância Magnética (RM): falhas de enchimento de ductos biliares intra e extra-hepáticos, variando 2 a 2,7 cm; terço médio do colédoco com cálculos e dilatação amontante. Aventada a hipótese de DC, foi introduzido ácido ursodesoxicólico; Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) evidenciou cálculo flutuante no ducto hepatocolédoco e dilatação de vias intra e extra-hepáticas, com papilotomia, retirada do cálculo e colocação de prótese. Nova RM de abdome observou falha de enchimento no interior das vias biliares intra-hepáticas direita e ducto colédoco, com dilatação amontante. Nova CPRE: coledocolitíase e retira de 2 cálculos do ducto hepatocolédoco, com 1 cm cada. Após 6 meses RM demonstrou falha de enchimento no interior dos ductos biliares intra-hepáticos direito e esquerdo e do ducto colédoco com aspectos de cálculos com dilatação amontante. Optou-se por nova CPRE: litíase no segmento intra-hepático direito e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Em Fevereiro/17 apresentou quadro de febre, calafrios e dor em hipocôndrio direito, sem icterícia. US e tomografia demonstraram colangite e aerobilia, além dos achados anteriores. Tratada com antibióticos tendo resposta favorável. Conclusão: Na DC, as complicações são: formação de cálculos biliares intra-hepáticos, abscesso hepático, sepse, cirrose biliar secundária, além do risco de colangiocarcinoma. Neste, envolvendo ambos os lobos hepáticos em paciente oligossintomática, o tratamento conservador foi a melhor opção terapêutica no momento. Em casos selecionados, o transplante hepático é indicado.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Caroli | Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica | Ácido Ursodesoxicólico

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2170

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABSCESSO HEPÁTICO ? TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FÁBIO KENNEDY ALMEIDA TRIGUEIRO (HOSPITAL CAMPINA GRANDE), ANTONIO MATEUS ANDRADE DE SOUSA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), AMANDA BELMONT MACÊDO BARROSO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), AMANDA COELHO XAVIER (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LETÍCIA AIRES BENJAMIN (HOSPITAL MUNICIPAL DE MANGABEIRA), LORENNNA DE SOUSA FONTENELE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), SUZANA BERNADO DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), VICTOR DE FRANÇA OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os abscessos hepáticos são lesões muito raras, constituem cerca de 0,03% em algumas séries. Descritos originalmente por John Bright em 1836 e em 1938 Ochsner e colaboradores descreveram fatores causais mais importantes como sendo apendicite e amebíase. Os abscessos hepáticos piogênicos são mais frequentes em pacientes diabéticos, cardiopatas isquêmicos, com imunodepressão e DPOC. Os fatores mais envolvidos na gênese são a colangite recorrente, litíase biliar e a diverticulite. A infecção bacteriana pode atingir o fígado a partir da via hematogênica, por extensão direta e pelo sistema porta. O quadro clínico é representado por dor abdominal no QSD, febre, vômitos, anorexia, perda de peso, icterícia, hepatomegalia. A hipoalbuminemia é um achado frequente. O tratamento fundamenta-se na drenagem associada a antibioticoterapia. A drenagem percutânea é método de eleição guiada por ultrassom ou tomografia. A drenagem laparoscópica é indicada como alternativa a drenagem cirúrgica por ser uma via minimamente invasiva, com vantagem de identificar o abscesso, também está indicada nos casos de não ser acessível a drenagem percutânea ou nas falhas desta, bem como, em pacientes com sepse muito grave. RELATO DE CASO: Revisão de aspectos importantes da etiopatogenia e formas de tratamento dando especial atenção a vídeo laparoscopia. Relatamos o caso de uma paciente de 59 anos, diabética que foi internada com quadro de febre recorrente, dor abdominal no andar superior, perda de peso, dispneia, caracterizando quadro de sepse, antecedente de colecistectomia e histerectomia por via convencional há 20 anos. Fez ultrassonografia e CT abdominal que constataram grande abscesso hepático multiloculado. Optamos por realizar a drenagem laparoscópica, haja visto, as condições clínicas e o aspecto do abscesso. Foram necessárias três intervenções laparoscópicas para conseguir o resultado satisfatório. CONCLUSÃO: A cirurgia laparoscópica é uma técnica minimamente invasiva, com pouca morbidade e mortalidade, apresenta-se como a melhor alternativa para os casos onde não seja possível acesso ou haja falha com a drenagem percutânea

PALAVRAS-CHAVES: Abscesso | Drenagem | Videolaparoscopia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2183

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LIGADURA DA VEIA PORTA ASSOCIADA À TRANSECÇÃO HEPÁTICA COM HEPATECTOMIA EM DOIS TEMPOS (ALPPS): UMA ALTERNATIVA PARA PACIENTES COM METASTASE COLORRETAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAELA BRITO CAPELLI (HFI), MARCELO ENNE DE OLIVEIRA (HFI), RENATO DE SOUZA CANO (HFI), LUIZA BASILIO RODRIGUES (HFI)

RESUMO: O câncer colorretal é o terceiro mais comum nas estatísticas mundiais, e metade dos pacientes com esse tipo de tumor irá desenvolver metástase hepática em algum momento da doença. O tratamento cirúrgico é o único considerado curativo e a diversificação das técnicas cirúrgicas amplia a quantidade de pacientes que podem ser beneficiados e potencialmente curados. A técnica da ligadura da veia porta associada a transecção hepática em dois tempos (ALPPS), quando corretamente indicada tornou-se um recurso para pacientes antes considerados inoperáveis. Nossa experiência consiste em uma série de nove casos entre fevereiro de 2012 a outubro de 2015 de pacientes com metástase colorretal bilobar irrissecáveis por outros métodos, com resultados de média de hipertrofia do remanescente hepático de 78%, com intervalo médio de 8 dias, tendo um paciente desenvolvido complicação grau IIIB pela classificação de Clavien-Dindo, cinco apresentaram recidiva hepática e um paciente encontra-se livre de doença até a presente data. A técnica mostrou-se segura e possui vantagens sobre as demais quando as indicações precisas são respeitadas e quando realizada por cirurgiões hepato-biliares experientes.

PALAVRAS-CHAVES: ALPPS|Metástase colorretal|hepatotomia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2197

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM METÁSTASE HEPÁTICA DE CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DE ONCOLOGIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GILDA GUERRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), RENAN TREVISAN JOST (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), RODRIGO CAPRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), FERNANDA GREINERT DOS SANTOS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), RAFAELA FRANCESCHI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), RODOLFO WERMANN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), RODRIGO DOS SANTOS FALCÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE), PEDRO MARCHIORI CACILHAS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), ANDRÉ VICENTE BIGOLIN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes com metástase hepática de câncer de mama. Métodos: Estudo descritivo a partir da análise retrospectiva de prontuários eletrônicos de pacientes com diagnóstico de câncer de mama vinculados ao Serviço de Oncologia do Hospital Santa Rita do complexo Instituto Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Foram revisados prontuários de 1000 pacientes entre os anos de 2013 e 2014. Resultados: A média de idade das pacientes foi de 56 anos. A prevalência de metástase hepática foi de 2,6% (26 pacientes), sendo que não houve ressecção da metástases em nenhuma das pacientes. 27% dos pacientes tiveram apenas 1 metástase hepática, 11% pacientes tiveram de 2 a 4 metástases hepáticas e 61,5% dos pacientes tiveram mais de 5 metástases hepáticas. 85% dessas metástases eram metacrônica e 15% eram sincrônica. 85% dos cânceres de mama se apresentaram como carcinoma ductal infiltrativo, 3,8% como carcinoma lobular infiltrativo, 3,8% como adenocarcinoma, 3,8% como carcinoma mucinoso e 3,8% não constavam no prontuário. Em relação a classificação molecular, 19% se apresentava como luminal A, 23% Luminal B, 15% Luminal HER 2; 19% Triplo Negativo e 23% não constavam no prontuário. 77% das pacientes realizaram quimioterapia 15% não realizaram e 8% não constava no prontuário. 61% das pacientes realizaram radioterapia, 30% não realizaram e 8% não constava no prontuário. A sobrevida global média foi de 39 meses e a sobrevida livre de doença foi de 14 meses. Conclusão: A prevalência de metástase hepática em pacientes com câncer de mama foi de 2,6%, sendo que nenhum dos pacientes foi submetido a cirurgia para ressecção da metástase, podendo-se, talvez, beneficiar-se desse tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: metástase hepática | câncer de mama | oncologia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2199

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEPATECTOMIA PARCIAL NA CALCULOSE INTRA-HEPÁTICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDERSON CARLOS BRASIL VASCONCELOS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), ALEXANDRA MANO ALMEIDA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), ANA PAULA FARIA MAIA PORTUGAL (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), RENATO DE CASTRO PEREIRA ROBERTO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), DOUGLAS RODRIGUES DE MACÊDO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Calculose Intra-hepática é uma doença rara no mundo ocidental, porém percebe-se um exponencial aumento do número de casos. No Brasil, mostrou-se que a Calculose Intra-hepática representou 2,1% de todas as doenças calculosas das vias biliares. Este trabalho tem o intuito de relatar um caso de uma paciente portadora de calculose intra-hepática e que foi submetida a uma Hepatectomia Parcial. RELATO DE CASO: L.M.S., feminino, 48 anos, admitida na Santa Casa de Fortaleza em 15/03/16, com icterícia progressiva há 1 mês, anorexia e dor abdominal. Além da icterícia, apresentou há 10 dias da internação quadro de dor abdominal intensa, febre, náuseas e vômitos (colangite). Apresentava-se emagrecida, ictérica, sem visceromegalias. Histórico de colecistectomia prévia com derivação biliodigestiva devido à complicação cirúrgica. TC abdome evidenciava dilatação difusa das vias biliares intra-hepáticas com sinais de litíase biliar intra-hepática e aumento de volume hepático esquerdo. No intra-operatório, evidenciou-se aumento de volume do lobo hepático esquerdo, presença de nodulações intra-hepáticas (litíase) e aumento das vias biliares. Realizado hepatectomia esquerda com retirada significativa de cálculos. A paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta hospitalar com níveis de bilirrubinas normalizados e sem clínica de colangite. CONCLUSÃO: A Calculose Intra-hepática é uma condição que, devido à sua raridade, pode permanecer por muito tempo sem diagnóstico, trazendo consigo complicações clínicas com desfecho desfavorável. Seu diagnóstico requer atenção e tem vindo a tornar-se mais frequente devido à melhoria das técnicas de imagem diagnósticas. Tal condição deve ser avaliada e tratada em centros especializados com adequado suporte clínico e cirúrgico. A ressecção hepática é o tratamento escolhido para a litíase intra-hepática e está associada a resultados satisfatórios a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVES: calculose intra-hepática | vias biliares | litíase

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2313

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEPATECTOMIA EM PACIENTES PORTADORES DE HEPATOCARCINOMA MAIOR DE 10 CENTÍMETROS ? APRESENTAÇÃO DE 5 CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA RIBEIRO DANZIERE (GRUPO HEPATO), NILTON GHIOTTI DE SIQUEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), MIGUEL YASUO TOMITA NICACIO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), ALBERTO PEREIRA FIRMINO FILHO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), EVERTON FELIPE DO VALE ARAUJO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), CIRLEY LOBATO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), MARCELO PEROSA DE MIRANDA (GRUPO HEPATO), TERCIO GENZINI (GRUPO HEPATO)

RESUMO: Introdução: O Hepatocarcinoma Celular ? HCC? é o principal tumor primário que acomete o tecido hepático, estando, frequentemente, relacionados com um quadro de cirrose hepática, estando a etiologia atribuída a uma variedade de patologias que afligem o fígado. Seu melhor tratamento no longo prazo é o transplante de fígado (TF) mas sua aplicação restringe-se a estágios iniciais conhecidos como Critérios de Milão. Para tumores fora dos critérios de Milão, a ressecção hepática é a melhor opção de tratamento. Entretanto, existem dúvidas sobre até que tamanho da lesão primária vale a pena operar um cirrótico portador de HCC, diante dos riscos cirúrgicos e de recidiva da doença. Relato de série de caso: Neste estudo foram analisados 5 pacientes portadores de HCC com tumores maiores de 10 cm. A média de idade dos pacientes foi de 45,5 anos (34-84), sendo a maioria homens (n = 3; 60%) . O tamanho médio dos tumores foi de 12,7cm (10,7 a 16,2). Dentre as etiologias, infecção pelo Vírus da Hepatite B (n=1; 20%), Vírus da Hepatite C (n=2; 40%), VHB e Vírus da Hepatite D (n=1; 20%) e 1 paciente (20%) sem causa definida. O seguimento médio dos pacientes foi de 33,4 meses (2 a 85). Dois (40%) pacientes apresentaram recidiva e estão sendo tratados, um com quimioembolização e Sorafenibe, e outro apenas com Sorafenibe. Todos os pacientes encontram-se vivos e a sobrevida livre de doença é de 60%. Conclusão: Pacientes com HCC avançados, maiores que 10 cm e portanto fora de critérios para transplante, podem ser beneficiados com tratamento cirúrgico, apresentando bons resultados a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVES: Hepatocarcinoma | Hepatectomia | Cirrose

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2324

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Associação de quimioembolização e octreotida no controle da metástase hepática de tumor neuroendócrino ?
Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL TAHA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), MAURICIO ALVES RIBEIRO (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), PAULA AUGUSTA LUIZ ALMEIDA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), ANDREA Z Aidan de Almeida Barros (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), JONG HUN PARK (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), LUIZ ARNALDO SZUTAN (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), FABIO GONÇALVES FERREIRA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO)

RESUMO: Introdução: Algumas opções terapêuticas para a doença metastática do tumor neuroendócrino visam reduzir o tamanho e proliferação neoplásica, bem como prolongar a expectativa de vida destes doentes. Algumas opções são possíveis como ressecção, quimioembolização, radioterapia e medicações, dentre essas, os análogos da somatostatina podem ser utilizados. Em alguns casos, torna-se necessária a associação de modalidades terapêuticas diferentes. Objetivo: Relatar paciente com tumor neuroendócrino tratado com diversas modalidades em nosso serviço, em acompanhamento há 7 anos. Relato de Caso: Paciente com 76 anos, iniciou acompanhamento em 2010 devido hipertensão e diabetes. Durante exames, foi evidenciado nódulo pulmonar e supraclavicular à esquerda com biópsia demonstrando um carcinoma neuroendócrino pouco diferenciado. Iniciou tratamento com octreotida. Na tomografia controle apresentou dois nódulos hepáticos e linfadenomegalias na raiz do mesentério e junto aorta. Submetida a laparotomia exploradora sendo realizada hemicolecomia direita com anastomose primária e confirmado comprometimento linfonodal com invasão de veia e artéria mesentérica superior e metástases hepáticas. O anatomo-patológico confirmou carcinoma neuroendócrino bem diferenciado em íleo-ceco. Optado por manter octreotida e quimioembolização das lesões hepáticas. No momento paciente apresenta-se assintomática, mantendo acompanhamento seriado e fazendo uso de octreotida 30mg, uma vez por mês. Conclusão: O curso indolente e a relativa raridade do tumor neuroendócrino metastático dificultam a comparação dos inúmeros tratamentos disponíveis, porém, a associação de inúmeras modalidades terapêuticas, pode possibilitar o controle da doença garantindo uma boa sobrevida e qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVES: octreotida | tumor neuroendócrino | metástase hepática

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2391

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RESSECÇÃO HEPÁTICA PARA CARCINOMA HEPATOCELLULAR EM PACIENTE CIRRÓTICO CHILD B

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KAROLINE JACOB CASAROTI (FACERES), ISABELA RIBEIRO BIGLIASSI (FACERES), MARIANA STORINO CONTE (FACERES), GIULIA SESTINI (FACERES), ANA LAURA ARROYO TEIXEIRA (FACERES), CARLOS DARIO DA SILVA COSTA (FACERES), PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO (FACERES), RAPHAEL RAPHE (FACERES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O carcinoma hepatocelular (CHC) é a 5ª neoplasia maligna mais comum no mundo. Duas opções terapêuticas são: ressecção cirúrgica e transplante. A primeira é indicada em: cirrose hepática (CH), CHILD-PUGH (C-P) A, tumor único < 3 cm, ausência de invasão vascular macroscópica e de metástases. RELATO DE CASO: DGS, 58 anos, masculino, portador de CH por álcool. Antecedentes: DM, HAS, dislipidemia, alcoolismo e tabagista. Ao EF: anictérico, fígado há 3 cm do RCD, rombo, endurecido e indolor, ausência de ascite e flapping. Alfa-fetoproteína (AFP): 659,0 ng/mL. Hb: 10,8 g/dL, HT: 34.2%, Pla: 121.000 mm³, INR: 1,16, GGT: 431 U/L, BT: 1,28 mg/dL, Alb: 2,5 g/dL, Cr: 0,8 mg/dL e Glic: 226 mg/dL, apresentando C-P=B(7) e MELD=9. US de abdome superior com Doppler: CH, nódulo no seguimento VII de 2,4 cm de diâmetro, fluxo hepatofugal e colelitíase. RM e TC de abdome: hipertensão portal, veia porta de 15 mm, esplenomegalia, vasos colaterais, nódulos com discreto wash out (segmento VI/VII 2,5 cm e segmento VIII de 2,5). EDA: varizes esofágica de fino calibre e cicatriz pós-ligadura elástica. Estadiamento: TC de tórax e cintilografia óssea: ausência de metástase. Indicada ressecção dos nódulos. Pós-operatório (PO) sem intercorrências ou complicações. Anatomopatológico revelou CHC moderadamente diferenciado, margens livres, sem invasão linfo-vascular e peri-neural. No 15º PO, icterício (+/4), sem flapping e saída de ascite pela ferida. Clavien-Dindo: Grau I. No 30º PO: secreção purulenta na ferida, iniciando Clindamicina. No 56º PO encefalopatia grau I e ausência de secreção e ascite. Nova TC de abdome evidenciou opacificação incompleta do ramo E da veia porta, interrogando-se trombose. Duas imagens nodulares hipodensas de 5,8 e 3,7 cm, correspondentes às áreas de ressecção, associadas à CH e hipertensão portal e ascite mínima. Os exames de re-estadiamento não mostravam recidiva e APF normal. CONCLUSÃO: Embora os critérios apresentados, de acordo com as diretrizes, não consideravam a ressecção como tratamento de escolha, esta decisão foi tomada analisando-se critérios como opinião do paciente, localização e tamanho das lesões, bilirrubinas normais, tempo de espera em fila para transplante e opção de transplante em possível resgate.

PALAVRAS-CHAVES: CARCINOMA HEPATOCELULAR | RESSECÇÃO | TRANSPLANTE

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2393

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EXPERIÊNCIA INICIAL DE TRANSPLANTE HEPÁTICO NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA RIBEIRO DANZIERE (GRUPO HEPATO), NILTON GHIOTTI DE SIQUEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), ALBERTO PEREIRA FIRMINO FILHO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), MIGUEL YASUO TOMITA NICACIO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), CIRLEY LOBATO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), HUDA MARIA NOUJAIM (GRUPO HEPATO), MARCELO PEROSA DE MIRANDA (GRUPO HEPATO), TERCIO GENZINI (GRUPO HEPATO)

RESUMO: Introdução: O Transplante de Fígado (TF) é considerado a terapia de escolha para o manejo da insuficiência hepática terminal. As principais doenças que evoluem com indicação para o procedimento são as hepatites virais, doenças alcoólicas e o Carcinoma Hepatocelular (CHC). Na Amazônia, há uma alta prevalência de portadores de hepatites virais, o que aumenta a demanda por TF, justificando o desenvolvimento de um Serviço de Hepatologia e Transplante Hepático. Objetivos: Descrever a experiência inicial do Serviço de Transplantes de Fígado do Hospital das Clínicas do Acre. Metodologia: Análise retrospectiva de prontuários de 18 pacientes submetidos a TF no Hospital das Clínicas do Acre. Resultados: No período de 2014 a 2017, foram realizados 18 TF no Acre, 15 (83,3%) do sexo masculino e média de idade de 44,7 anos (DP±12,4). Etiologias das hepatopatias: Hepatite B (VHB) em 2 (11,1%), Hepatite C (VHC) em 4 (22,2%), co-infectado por VHB + Hepatite Delta (VHD) em 9 (50%), hepatite auto-imune em 1 (5,5%), colangite esclerosante primária e cirrose criptogênica em 1 cada (11,1%). Quatro pacientes possuíam o diagnóstico de CHC, sendo 2 causados pelo VHC e 2 pelo VHB+VHD. Os doadores foram principalmente da região Norte e o tempo cirúrgico médio foi de 6:42h. A mediana da pontuação MELD pré-transplante foi 19,5 pontos (11 - 38). Não foram necessários hemoderivados em 8 pacientes (44,4%). Três pacientes foram reoperados, dois para revisão de hemostasia e 1 para re-anastomose arterial. Um caso necessitou CPRE para passagem de prótese biliar. Num seguimento médio de 14,4 meses (1 a 35) as sobrevidas atuais de paciente e enxerto são ambas de 100%. Conclusão: A alta prevalência de doenças hepáticas que levam a necessidade do TF, a grande distância de outros centros, o repasse dos recursos federais ao estado e os bons resultados obtidos com as experiências iniciais justificam o desenvolvimento e a consolidação do programa de transplante hepático no Estado do Acre.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante | Fígado | Amazonia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2413

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE CISTO HEPÁTICO SIMPLES SINTOMÁTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO VICTOR LAZARETTI MENECHINI (HOSPITAL SANTA RITA - MARINGÁ - PR), LUCAS EDUARDO SAVÓIA DE OLIVEIRA (HOSPITAL SANTA RITA), JULIANA PATRICIA SANTOS DE OLIVEIRA (HOSPITAL SANTA RITA), NICKSON DELLA GIUSTINA (HOSPITAL SANTA RITA), MURILO MASANOBU TOMIYOSHI (HOSPITAL SANTA RITA), AGNALDO SÉRGIO VIVAN FILHO (HOSPITAL SANTA RITA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Cistos hepáticos são lesões simples, císticas (ovaladas) e comuns encontradas no parênquima hepático, geralmente apresentam uma parede fina, celular e fibrosa, um epitélio cuboide simples preenchido por líquido claro. Sua prevalência varia, na população geral, em torno de 1,6% a 18%. São achados incidentais em exames de imagem, pois a maioria se apresenta assintomáticos ou oligossintomáticos. (1, 2) A Ultrassonografia Simples Abdominal (USG) é o método de escolha para diagnóstico. Quando sofrem complicações, a mais frequente sangramento intracístico, outras complicações possíveis são: ruptura, infecção e obstrução de vias biliares. Grande parte dos cistos não necessitam acompanhamento ou tratamento. RELATO DE CASO M.Y.M.S., Sexo feminino, 58 anos, encaminhada pelo médico ginecologista por dor abdominal com ultrassonografia com achados sugestivos de lesão ovariana esquerda compatível com fibroma de aproximadamente 7 cm e múltiplos cistos hepáticos sendo o maior de 15 cm em lobo direito. CA-125 com resultado de: 9,2 U/ml sendo indicado oforrectomia e destelhamento de cisto hepático. Abordagem videolaparoscópica foi realizada em 13 de Junho de 2016, sendo realizado destelhamento de cisto hepático associada à colecistectomia. Na revisão da cavidade abdominal, visualiza-se mioma uterino de aproximadamente 7 cm e ausência de lesão ovariana. Paciente retorna à consulta após 2 meses assintomática com resultado de anatomo-patológico evidenciando colecistite crônica e cisto hepático simples. CONCLUSÃO O tratamento videolaparoscópico tem sido altamente recomendado para cistos solitários e ou com número limitado de cistos localizados preferencialmente no segmento ântero lateral do fígado. (3) A experiência da equipe em cirurgia videolaparoscópica bem como a escolha adequada do paciente são fatores fundamentais para o resultado do tratamento. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1. JEISMANN, V. B. et al. Cisto hepático simples: o que todo cirurgião geral precisa saber. In: CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, COLOPROCTOLOGIA, TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS DO APARELHO DIGESTIVO, 43., 2016, São Paulo. Artigo Original. São Paulo: Gastrão, 2016. p. 224 - 232. 2. Noerregaard, C.L., Ainsworth A.P. Good results after laparoscopic marsupialisation of simple liver cysts. Dan Med J. 2014 Jun;61(6). 3. Szabó LS, Takács I, Arkosy P, Sápó P, Szentkereszty Z. Laparoscopic treatment of nonparasitic hepatic cysts. Surg Endosc. 2006; 20(4):595-7. .

PALAVRAS-CHAVES: CISTO HEPÁTICO | VIDEOLAPAROSCOPIA | CISTO SIMPLES

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2416

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: SÍNDROME DE CAROLI EM MULHER DE MEIA IDADE TRATADA COM HEPATECTOMIA SEGMENTAR E DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA HEPATOJEJUNAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR (UNIVASF), LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA (UNIVASF), ERIC QUILLIS MARTINS (UNIVASF), THIAGO JARDIM PEREIRA (UNIVASF), ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO (UNIVASF), BRENO CARVALHO CAVALCANTE (UNIVASF), HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES (UNIVASF), SANDRA LUCIA LODI PERES (UNIVASF)

RESUMO: INTRODUÇÃO síndrome de Caroli é uma síndrome congênita caracterizada pela mal formação da lâmina ductal do ducto biliar intra-hepático com dilatação cística segmentar com acúmulo de bile e fluxo prejudicado. Geralmente manifesta na infância, porém apresenta segundo pico na terceira década de vida afetando homens e mulheres na mesma proporção geralmente na ausência de cirrose mas na presença de cistos renais, parecem possuir perfis etiológicos distintos. Os sintomas mais frequentes incluem febre, calafrios e dor abdominal. Aproximadamente 33% dos pacientes desenvolvem litíase biliar e 7% colangiocarcinoma. O método diagnóstico mais comum inclui a colangiopancreatografia por ressonância magnética. RELATO DO CASO Paciente do sexo feminino, 34 anos de idade, admitida no Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco ? Petrolina/PE, com história de dor em hipocôndrio direito, sem irradiação, que piorava com alimentação, associada à perda ponderal de 4kg no período de 2 semanas, referindo febre e calafrios, apresentando-se com icterícia e colúria. Negava comorbidades porém apresentou episódios prévios no passado, último há 2 anos. Ao exame físico apresentava-se icterícia 3+/4+, taquipneica, taquicárdica, abdome doloroso à palpação com sinal de Murphy+. Na ultrassonografia (USG) foi evidenciada dilatação de vias biliares extra-hepáticas com coledocolitíase associada à dilatação de vias intra-hepáticas com prováveis dilatações císticas associadas e alteração morfoestrutural da vesícula biliar com conteúdo espesso e coleção pericolecística e pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Na colangiopancreatografia e ressonância magnética de abdome foi confirmada a presença de dilatações saculares em vias biliares intra-hepáticas, principalmente à esquerda, além de dilatação de vias extra-hepáticas, sem alterações císticas renais. Paciente foi submetida à hepatectomia segmentar esquerda, derivação biliodigestiva hepático-jejunal em Y de Roux e colecistectomia. O anatomo patológico mostrou alterações inflamatórias cônicas dos segmentos hepáticos II e III, vesícula biliar e biópsia hepática, sem alterações neoplásicas ou outros achados. Em seguimento ambulatorial há 6 meses sem recorrência assintomática. CONCLUSÃO síndrome de Caroli é uma doença incomum em adultos, com tratamento multiprofissional, composto por equipe de cirurgia hepatobiliar, radiologia intervencionista e possibilidade de transplante hepático.

PALAVRAS-CHAVES: Caroli|Colangite|Dilatação de vias biliares

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2430

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LIGADURA DA VEIA RENAL ESQUERDA NO TRANSPLANTE HEPÁTICO EXPERIÊNCIA DE 50 CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA TOMAZ MARTINHO (FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA DE SOA PAULO), FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO (HOSPITAL BANDEIRANTES), TERCIO GENZINI (HOSPITAL BANDEIRANTES), HUDA MARIA NOUJAIM (HOSPITAL BANDEIRANTES), LEONARDO TOLEDO MOTA (HOSPITAL BANDEIRANTES), JUAN RAFAEL BRANEZ PAREIRA (HOSPITAL BANDEIRANTES), BEIMAR EDMUNDO ZEBALLOS SEMPERTEGUI (HOSPITAL BANDEIRANTES), TIAGO GENZINI DE MIRANDA (MEDICINA SOROCABA), ANDRE LUIS CONDE WATANABE (INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DF), NADIA MIE TAIRA (FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA DE SOA PAULO), ALESSANDRO SILVESTRE (SAO CAMILO), MARCELO PEROSA DE MIRANDA (HOSPITAL BANDEIRANTES)

RESUMO: Introdução: A presença de grandes shunts esplenorrenais (>10mm) espontâneos (SERE) representa fator de risco ao fluxo portal pós-Transplante Hepático (TH). A ligadura da veia renal esquerda (LVRE) é alternativa aceita para a interrupção destes shunts durante o TH. Objetivo: Mostrar a eficácia e segurança da realização da LVRE na presença de SERE durante o TH. Métodos: Descreve-se experiência com 50 casos de LVRE de 2008 a 2016, seus resultados e impacto sobre a função renal a curto e longo prazo. Resultados: Trinta e três pacientes (66%) eram do sexo masculino, idade média de 48,3 anos (25-67) e como principais etiologias da doença hepática citam-se: vírus C - 12 (24%), vírus B - 9 (18%) e álcool - 7 (14%). O MELD médio foi de 21,2(10-42), sendo a encefalopatia o sintoma mais frequente em 36 pacientes (72%); a presença de grandes SERE foi confirmada no pré-operatório em 38 casos(76%) por algum método de imagem. Em 12 (24%) pacientes, a trombose de porta estava presente e a trombectomia cirúrgica foi necessária em 9 (18%). A creatinina sérica média no pré, PO1, PO7, dia de alta e seguimento tardio foi respectivamente de, 0,95 , 1,25 , 1,58 , 1,23 e 1,13mg/dl. A necessidade de diálise pós-TH ocorreu em 15 (30%) casos. Destes, 12 (80%) já apresentavam fatores de risco para insuficiência renal pós-TH como disfunção renal pré-TH, reoperações pós-TH, disfunção do enxerto, síndrome compartimental, sepsis, trombose de porta e infarto agudo do miocárdio. A trombose de porta no pósTH ocorreu em 2 pacientes (4%) e a sobrevida de paciente e enxerto de 1 ano foi de 78% e 74%, respectivamente. Conclusão: A LVRE mostrou-se manobra técnica oportuna para incremento do fluxo portal nos TH de pacientes com grandes SERE, determinando boa sobrevida de paciente e enxerto e índice baixo de trombose de porta. Tal recurso técnico não mostrou prejuízo à função renal a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVES: LIGADURA DA VEIA RENAL|SHUNT ESPLENORRENAL|TRANSPLANTE HEPÁTICO

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2434

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABCESSO HEPÁTICO CAUSADO POR CORPO ESTRANHO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO CÉZAR COSTA DUARTE (UFAM), RAQUEL MAGALHÃES PEREIRA (UFAM), RUBEM ALVES DA SILVA NETO (UFAM), NELCIA DE CASTRO TAVARES (UFAM), MÁRIO GABRIEL LUBE BATTILANI (UFAM), VÍCTOR DIAS DO AREAL SOUTO (UFAM), VALÉRIA KARINE DE AZEVEDO FERREIRA (UFAM)

RESUMO: A migração de corpo estranho para o fígado através do trato gastrointestinal é uma causa rara abscesso hepático e pode ser a causa de um foco piogênico isolado na ausência de colangite ascendente, superinfecção de tecido necrótico ou quadros de infecção com disseminação hematológica. Descreve-se o caso de um homem de 68 anos que deu entrada em pronto socorro com quadro de dor e distensão abdominal, associado à vômitos e febre com calafrios, com evolução de duas semanas. Paciente sem comorbidades. O exame físico revelou abdome distendido e doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Apresentou melhora com tratamento clínico. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose e tomografia de abdome evidenciou imagem sugestiva de abscesso hepático, com presença de provável corpo estranho na mesma topografia. Foi submetido à laparotomia exploradora, na qual foi encontrada moderada quantidade de secreção purulenta na cavidade abdominal e abscesso hepático roto com corpo estranho em seu interior (compatível com espinha de peixe). Não havia evidências de fístula gástrica. O corpo estranho foi retirado, e foram realizadas drenagem do abscesso e lavagem exaustiva da cavidade, com fechamento primário da parede abdominal. Paciente evoluiu satisfatoriamente e sem intercorrências ou complicações no pós operatório. A ingestão acidental de corpo estranho muitas vezes ocorre de forma despercebida e pode gerar sintomas inespecíficos. Estes fatores, somados à raridade do trajeto de um corpo estranho até o fígado, tornam o diagnóstico destes casos uma tarefa difícil até que um exame de imagem levante a suspeita.

PALAVRAS-CHAVES: abscesso hepático | distensão abdominal | corpo estranho

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2437

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: DOENÇA CÍSTICA DE VIAS BILIARES TIPO IC EM MULHER NA SEXTA DÉCADA DE VIDA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR (UNIVASF), LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA (UNIVASF), GIOVANNI ANGERAMES VARGAS GOULART (UNIVASF), ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO (UNIVASF), BRENO CARVALHO CAVALCANTE (UNIVASF), THIAGO JARDIM PEREIRA (UNIVASF), SANDRA LUCIA LODI PERES (UNIVASF), HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES (UNIVASF)

RESUMO: INTRODUÇÃOAs dilatações císticas extra-hepáticas atingem diversos tamanhos e são classificadas segundo sua forma e localização. São elas: fusiforme, divertículos e dilatações saculares. O quadro clínico mais comum é a colestase neonatal, correspondendo a 80% dos pacientes. Na idade adulta, podem ser assintomáticos ou apresentar apenas sintomas inespecíficos como náuseas e vômitos. CASOPaciente do sexo feminino, 54 anos de idade, deu entrada com queixas de dor abdominal de moderada intensidade em andar superior de abdome, acompanhada de náuseas e vômitos, hiporexia, perda ponderal e relatos de icterícia flutuante, com início há cerca de 2 anos. Negava hipertensão, diabética sem tratamento. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral e sem icterícia. Marcadores tumorais negativos, (CEA, CA 125 e CA 19.9). Colangiorressonância e ressonância de abdome superior com evidência de dilatação de via biliar sacular com coledocolitíase e litíase intrahepática. Diagnosticada com doença cística de vias biliares tipo IC. Submetida à derivação biliodigestiva na placa hilar com jejuno e reconstrução em Y de Roux, com achado de dilatação importante de vias biliares intra e extra-hepática e cálculo em colédoco de cerca de 8 cm ocupado todo lúmen, além de múltiplos cálculos em vesícula biliar e intra-hepáticos. Anatomopatológico sem evidências de neoplasias. Assintomática em seguimento ambulatorial há 7 meses. CONCLUSÃOApresentamos um caso de doença incomum, diagnóstico pré operatorio baseado em achados de imagens que possui associação com colangiocarcinoma. Portanto deve ser considerada em paciente com dilatação de vias biliares mesmo em fase adulta.

PALAVRAS-CHAVES: DOENÇA CÍSTICA DE VIA BILIAR|COLANGITE|COLEDOCOLITÍASE

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2438

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ligadura da veia porta associada a bipartição hepática para hepatectomia em dois estágios - ALPPS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAMELA NUNES ALECRIM DE SOUZA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM), ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA (HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM)

RESUMO: Introdução: A técnica de ALPPS consiste na ressecção hepática extensa estagiada em dois tempos com a finalidade de promover rápida hipertrofia do remanescente hepático, através da ligadura do ramo direito da veia porta associado a bipartição do parênquima. Permitindo hipertrofia superior a embolização num período muito mais curto. Resultado: M.A.C, masculino, branco, 52 anos. Deu entrada na emergência do HECI em 09/16 com síndrome de obstrução intestinal, sendo submetido a TC de abdômen que revelou neoplasia de cólon direito estenosante com obstrução intestinal e pequenas nodulações hepáticas sugerindo metástases múltiplas. Diante disso, foi realizada hemicolectomia direita com ileostomia terminal. Seguiu ambulatorialmente em tratamento pela oncologia, fez 4 ciclos de folfoxiri e reestadiado com RNM ABD (26/12/16) apresentando implantes hepáticos nos segmentos I, IVa, V, VI, VII e VIII. Frente ao diagnóstico, foi programada hepatectomia ALPPS. Na volumetria pré-operatória, apresentava volume hepático total de 1319 cm³ e volume do remanescente hepático 247 cm³ (18,8%). Realizado primeiro tempo do ALPPS em 24/01/17, com ligadura do ramo direito da veia porta, bipartição hepática a nível da fissura principal e enucleação de metastase no segmento IVa, com duração de 4h e 30 min, sendo realizado manobra de Pringle total intermitente de 45 min e sem sangramentos significativos. Após 1 dia de CTI, ficou internado em enfermaria, realizou-se no D06 pos op TC de abdomen de controle apresentando hipertrofia do lobo esquerdo em 114%. Com 7 dias de intervalo, foi então realizada segundo tempo do ALPPS, com hepatectomia direita alargada para segmento I, sendo o tempo cirúrgico de 2h e 30 min, sem sangramento, sem manobra de Pringle e sem fístula. Após 5 dias de internação hospitalar, com melhora clínica, o paciente recebeu alta. Conclusão: A rápida hipertrofia do fígado induzida pela técnica ALPPS permitiu a ressecção hepática extensa com segurança e cirurgia R0, evitando insuficiência hepática pós operatória. O paciente segue assintomático e livre de doença, terminando a adjuvancia com folfoxiri.

PALAVRAS-CHAVES: TÉCNICA ALPPS | CIRURGIA HEPÁTICA | Ligadura da veia porta, bipartição hepática

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2497

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abscesso hepático: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO (RESIDENTE), EMANUEL DUARTE ANTAO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), JÉSSICA DUARTE ANTÃO (GRADUADA), BRUNA LOPES CACAU (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA-INTA), IVSON JOSÉ ALMEIDA MEDEIROS JÚNIOR (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LUCAS DA SILVEIRA TERTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA (GRADUADO)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O abscesso hepático é uma infecção intra-abdominal pouco frequente porém potencialmente fatal. A sua incidência é cerca de 1 a 45:100.00 pessoas. Historicamente, as causas mais frequentes eram a apendicite e diverticulite complicadas, conta-se ainda com a peritonite e doença inflamatória intestinal. O tratamento consiste na antibioticoterapia e logo em seguida, drenagem cirúrgica do abscesso. A evolução Clínica é, muitas vezes, condicionada pelas doenças associadas e pela causa da origem do abscesso.**RELATO DE CASO:** J.M.C. C, 64 anos, feminina, natural de Lagoa Alegre ? PI e procedente de Teresina- PI, foi encaminhada para o Hospital do Satélite com sintomas de febre, dor e distensão abdominal. No exame físico, abdome semi globoso, flácido com massa de 6 cm palpada em hipocôndrio direito e flanco direito, indolor a palpação com ruídos hidroaéreos presentes. Durante investigação clínica, foi realizada TC de abdome que evidenciou uma imagem sugestiva de abscesso hepático em segmentos V e VI, com borramento de gordura adjacente e pneumoperitonio. Foi realizada uma laparotomia exploradora que evidenciou um grande bloqueio de 2/3 do Colón ascendente e 1/3 do colón transverso em loja sub-hepática direita com abscesso no hipocôndrio direito. Logo em seguida realizou-se a aspiração desse abscesso com hemicolectomia direita e anastomose íleo transversa termino lateral.**CONCLUSÃO:** Portanto, o diagnostico precoce com TC ou US de urgência é imprescindível já que a mortalidade associada a doença não tratada é extremamente alta.

PALAVRAS-CHAVES: Abscesso hepático | Laparotomia exploradora | Peritonite

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2576

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressecção hepática por carcinoma de células escamosas metastático: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISABELA SOARES FONSECA BATISTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RENATO GOMES CAMPANATI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), FRANCISCO NOLASCO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CLARA ANTUNES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GUSTAVO GOMES GRATEKI (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), ATHOS MIRANDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JOAO BERNARDO SANCIO R. RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), VIVIAN RESENDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Introdução: A ressecção de metástases hepáticas colorretais e de tumores neuroendócrinos apresenta considerável benefício de sobrevida. Entretanto, é incerto o impacto oncológico da ressecção de metástases provenientes de neoplasias de outros sítios primários. Metástases hepáticas de carcinomas de células escamosas (CCE) são incomuns e normalmente diagnosticadas em contexto de doença disseminada. Dessa forma, pouco se sabe a respeito da indicação cirúrgica em pacientes com tal diagnóstico e doença metastática hepática exclusiva. Caso clínico: Trata-se de paciente do sexo masculino, de 57 anos de idade, com história prévia de carcinoma espinocelular de nasofaringe em 2009, tratado com quimioterapia e radioterapia exclusivos. Durante acompanhamento ambulatorial, evoluiu com surgimento de lesão nodular hepática incomum de cerca de 2 cm. Após 2 anos, observou-se crescimento expressivo da lesão. Ressonância magnética de abdome revelou tumoração de 11,5 x 10 x 8 cm, localizada nos segmentos II, III e IV do fígado, sem sinais de acometimento vascular do hilo hepático. Após revisão de material proveniente de biópsia do nódulo e análise imunohistoquímica, foi diagnosticado carcinoma de células escamosas. Não foram encontrados sinais de doença extra-hepática, sendo considerado tratar-se de provável lesão metastática isolada em fígado. O paciente foi submetido a abordagem cirúrgica com achado de volumosa massa tumoral com expressão subcapsular nos segmentos II, III e IV do fígado. Evidenciados, ainda, linfonodos aumentados no hilo hepático. Realizada colecistectomia e hepatectomia esquerda sob a técnica de Kelly-Clasia. Ato operatório com duração de 7 horas, sem intercorrências. Paciente recebeu alta hospitalar no 4o DPO. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou o resultado da biópsia anterior. Apenas 1 de 15 linfonodos retirados no hilo hepático estava comprometido. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de recidiva tumoral. Conclusão: Estudos apontam benefícios de sobrevida após ressecção de metástases de tumores primários não-colorretais e não-neuroendócrinos. Mas, uma vez que a abordagem cirúrgica de metástases hepáticas possui morbidade e mortalidade inerentes ao procedimento, a seleção criteriosa dos pacientes se faz necessária. Especialmente na metástase hepática de carcinomas de células escamosas, carecem estudos que apontem o real ganho de sobrevida e principais fatores prognósticos que orientem a ressecção.

PALAVRAS-CHAVES: Ressecção de metástase hepática | Carcinoma de células escamosas | Metástases neoplásicas de sítios primários

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2584

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lesão Iatrogênica de Vias Biliares Pós-Colecistectomia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL VICTOR CAMPOS FREIRE BARELA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), MANUELA GOMES DE AGUIAR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), RENANNA LYRA LIMA BARBALHO COUTINHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MARCÍLIO CARDOSO DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Introdução: A lesão iatrogênica de vias biliares é uma complicação importante durante a cirurgia de colecistectomia. Mesmo com a introdução da cirurgia laparoscópica a partir de 1990, a sua incidência aumentou de 0,2% para 0,6%. As causas das lesões são múltiplas, como, por exemplo, as variações anatômicas da árvore biliar. Os pacientes podem evoluir com icterícia obstrutiva e uma síndrome colestática. Complicações como hipotensão e insuficiência renal aguda após procedimentos de desobstrução apresentam alta morbidade e contribuem para a alta mortalidade do paciente. Relato de caso: F.P.S., 31 anos, mulher, em jun/2016 apresentou-se com queixa de dor em hipocôndrio direito, de forte intensidade, associado a náuseas e vômitos biliosos. Evoluiu com piora do quadro e, após realização de USG abdominal total, foi detectado presença de cálculos biliares. Realizou colecistectomia aberta em ago/2016. No 3º dia pós operatório (DPO) evoluiu com icterícia +4/+4, colúria, acolia fecal e prurido difuso. Foi reabordada para colocação de dreno. Após um mês, o dreno foi retirado e a icterícia se manteve. Realizou TC de abdome que mostrou dilatação de vias biliares intra-hepáticas e colangiorressonância evidenciando estenose de ducto hepático comum. Foi submetida a nova abordagem com hepatocolitotomia do ducto hepático comum e derivação bilio-digestiva em Y de Roux a 30cm do ângulo de Treitz com anastomose latero-terminal da alça com hepático comum. No 2o DPO evoluiu com hematoma em borda lateral de ferida operatória (V=228mL), sendo submetida a 2 procedimentos de drenagem subcutânea e admitida na UTI por episódios de hipotensão. Recebeu alta após 8 dias com resolução do quadro. Conclusão: O paciente em questão, após sucessivas complicações pós colecistectomia, recebeu tratamento adequado para reparo da lesão e restabelecimento do fluxo biliar para o intestino como resolução definitiva. As variações anatômicas são uma grande barreira para realizações de cirurgias bem sucedidas. É preciso cautela e experiência para diminuição da incidência de lesões iatrogênicas e consequências graves para os pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Iatrogenia | Vias Biliares | Colecistectomia

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2606

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABCESSO HEPATICO PIOGÊNICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONALDO RODRIGUES ZACARIAS (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), HAMILTON LUIZ XAVIER FUNES (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FERNANDA RIBEIRO FUNES (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), JONAS DIAS CAMPOS SEVERI (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FERNANDO BATIGALIA (2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP)), CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), DANIEL AUGUSTO DE FERNANDES (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FABIANO DE ALMEIDA FERRARI (IELAR-HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR)

RESUMO: Infecções localizadas no parênquima hepático apresentam predomínio da flora entérica (em até um terço dos casos) e ocasionar abscesso piogênico (AHP). Sua etiologia está associada principalmente à doença biliar (colecistite), e tende a complicar com sepse, formação de abscessos em outros órgãos e embolia pulmonar séptica. Quadro clínico mais comum associado ao AHP se compõe de febre e dores abdominais, e seu diagnóstico é realizado por meio de tomografia computadorizada de abdome (TCA) e análises laboratoriais da função hepática. O presente estudo tem por finalidade relatar caso de AHP. Paciente do sexo feminino de meia idade, com quadro de dor em hipocôndrio direito, vômitos e febre, sinal de Murphy positivo e elevação dos níveis séricos de gama-glutamiltransferase, fosfatase alcalina, relação A/G e PCR. Exames tomográfico e de ressonância magnética de abdome evidenciaram imagens hipodensas nos segmentos IV, V e VI hepáticos, com indicação de drenagem percutânea de AHP guiada por TCA. Coleta de secreção para cultura revelou *Staphylococcus aureus* MRSA e antibiograma sensível a clindamicina e imipenem, aos quais se associou metronidazol por três semanas, com evolução favorável. Drenagem de coleção purulenta combinada com antibioticoterapia sistêmica é a base para o tratamento de AHP. Idade avançada, estado geral comprometido e disfunção hepática são indicativos de mau prognóstico, e complicações estão presentes em 15% a 35% dos casos. Atualmente, métodos de punção guiados por TCA ou por ultrassonografia têm substituído ou complementado o procedimento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: abscesso hepático piogenico | drenagem | figado

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2627

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE VOLUMOSO HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO PÓS TRAUMÁTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GLÍCIA CAMPANHARO MALHEIROS (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), GABRIELA PORTAL MONTEIRO (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), ISABELA BARRETO DE SOUZA ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), LEONARDO SANTOS MONTEIRO (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS)

RESUMO: Introdução: Com objetivo de descrever um caso de volumoso hematoma subcapsular hepático pós traumático com enfoque no seu tratamento conservador foi feito um estudo descritivo constando de relato de caso e revisão de literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde. Foram obtidos artigos originais científicos na LILAC, SciELO, Scopus e PubMed. Opção de busca por palavras-chave com os descritores: ?bruise?, ?subcapsular? e ?liver?. O limite temporal foi 2010 e os idiomas escolhidos foram inglês e português. O trabalho respeitou a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Relato do Caso: Feminino, 40 anos, com relato de dor de forte intensidade em região epigástrica e hipocôndrio direito de início súbito, após trauma, associada a vômitos sem presença de sangue. Ao exame: hemodinamicamente estável; abdome flácido com dor à palpação profunda em regiões epigástrica e hipocôndrio direito, sem sinal de irritação peritoneal. Ultrassonografia de abdome total evidenciou fígado de dimensões aumentadas apresentando duas imagens contínuas respectivamente de 11cm e 12cm, sugerindo processo expansivo. Tomografia computadorizada de abdome superior evidenciou lesão hepática volumosa, de caráter misto, com hematoma subcapsular envolvendo menos que 50% da superfície hepática e lesão no segmento VI do fígado de 7,5cm a qual pode ser o ponto de ruptura do parênquima hepático ou uma lesão tumoral (adenoma, carcinoma hepatocelular, hemangioma?). Arteriografia de aorta, tronco celíaco e artéria hepática normais. Laboratório: Hb 9,5 / Ht 28,9 / leucócitos 10.600 / plaquetas 264.000 / TAP 71,8 / INR 1,2 / PTT 27 / TGO 187 / TGP 194. Paciente com lesão hepática estratificada como uma lesão grau II de acordo com a escala de pontuação de lesões da Associação Americana para Cirurgia do Trauma (AAST). Foi adotada conduta expectante com antibioticoterapia profilática (ciprofloxacino por 7 dias) e tomografia computadorizada de controle. Paciente permaneceu internada por 34 dias, sendo 16 dias na Unidade de Terapia Intensiva. Exames da alta hospitalar sem alterações dignas de nota. Conclusão: Trata-se de uma patologia cuja avaliação clínica é essencial para suspeitar o diagnóstico, confirmado através de exames complementares. Diversas modalidades terapêuticas têm sido tentadas, porém o tratamento conservador e observação a nível ambulatorial foram as melhores escolhas para esse caso.

PALAVRAS-CHAVES: hemato subcapsular hepático | hematoma hepático pós traumático | tratamento conservador

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2657

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMATOMA HEPÁTICO SUBCAPSULAR NO PUERPÉRIO - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATHALYA DE SOUZA GONÇALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO), LIDIANE QUARESMA PINTO BEZERRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO), MADALENA MARIA SILVA COUTINHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO), ALANA D'AVILA REBELO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO), PATRÍCIA NOGUEIRA FERREIRA E SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O hematoma hepático subcapsular é uma complicação incomum, podendo ter evolução severa tanto para mãe quanto para o feto. Apresenta altas taxas de mortalidade materna em decorrência de ruptura e choque. O diagnóstico pode ser difícil por conta de manifestações inespecíficas como dor em quadrante superior direito, distensão abdominal e vômitos. RELATO: Mulher, 35 anos, 40º PO de parto cesáreo complicado, procurou serviço de pronto-atendimento com quadro de dor em andar superior do abdome e vômitos, com suspeita inicial de pancreatite aguda. Durante internação, foi submetida a tomografia de abdome superior que evidenciou volumoso hematoma subcapsular de 17 cm, ocupando todo o lobo direito hepático. Encaminhada para leito de UTI após piora do estado geral e queda progressiva dos níveis de hemoglobina, não responsiva a hemotransfusão, porém estável hemodinamicamente. Indicada laparotomia exploradora de urgência por suspeita de ruptura do hematoma. Transferida para o Hospital Universitário Walter Cantídio, foi submetida de imediato à cirurgia, a qual constatou volumoso hemoperitônio (cerca de 2000ML) e hematoma hepático subcapsular rôto. Realizada remoção dos coágulos e hemostasia com coagulador de argônio de superfície cruenta do fígado. Devido persistência de foco de sangramento em segmento VII, decidiu-se por empacotamento hepático e drenagem da cavidade com dreno tubular. Na reabordagem após 72h, manteve-se o empacotamento hepático por persistência do sangramento. 24 horas após, evoluiu com instabilidade hemodinâmica e drenagem súbita de 400ml de sangue vivo ? realizado reempacotamento e paciente foi deixada em ventilação mecânica e uso de drogas vasoativas. Retiradas as compressas 72 horas após, houve parada do sangramento, contudo novo hematoma agora em segmentos V/VI foi evidenciado. Realizada hemostasia com sucesso, contudo puérpera precisou ser reabordada em 4 ocasiões por síndrome compartimental abdominal, suspeita de coleção subfrênica e sangramento hepático. No pós-operatório, evoluiu com arritmia cardíaca, distúrbio de coagulação e coagulopatia de consumo, falecendo 3 semanas após primeira abordagem. CONCLUSÃO: Hematoma hepático subcapsular é uma complicação relacionada à pré-eclampsia, eclampsia e síndrome HELLP. 1 a cada 100.000 gestantes pode evoluir com hematoma hepático rôto. O tratamento pode variar de medidas conservadoras, embolização de artéria hepática até transplante hepático nos sangramentos agudos incontroláveis.

PALAVRAS-CHAVES: Hematoma hepático subcapsular | puerpério | sangramento

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2679

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABSCESSO HEPÁTICO PIOGÊNICO DE ORIGEM TRAUMÁTICA: UM RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), BRUNA MARTINS NEIVA BRINGEL (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A coleção purulenta que se instala sobre o fígado recebe a denominação de abscesso hepático piogênico (AHP), e tem apresentado grande importância clínica como complicação de processos infecciosos, gerando índices de mortalidade próximos a 80% mesmo em pacientes jovens. O AHP constitui uma entidade pouco frequente, mas com grande potencial fatal. A dupla vascularização do fígado torna este órgão suscetível à formação de AHP. Objetiva-se relatar um caso de abscesso hepático piogênico ocorrido na cidade de Araguaína. RELATO DE CASO: A.S.R.S, 30 anos, sexo feminino, parda, procedente de Araguaína-TO, foi admitida na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), após traumatismo ciclistico com colisão de hemicorpo direito, de onde obteve alta após avaliação de rotina. Em três dias evoluiu com quadro de mal-estar, febre persistente (39,7° C; 38,9° C), que melhorava com antipirético comum. Havia também, leve distensão abdominal, dor localizada hipocôndrio direito (HD), que piorava com a deambulação, e disúria. Retornou para a UPA, que a encaminhou para uma unidade hospitalar. Ao exame apresentava leve distensão abdominal e discreta hepatomegalia. Na admissão foi solicitado exames laboratoriais que evidenciaram anemia, leucocitose e plaquetose, iniciou-se antibiótico terapia, mas a paciente evoluiu com febre persistente de 38° C, diminuição da dor abdominal, mal-estar, hipocorada (2+/4+), abdome doloroso a palpação profunda do HD, sem sinais de irritação peritoneal. Foi encaminhada para realização de USG de abdome que constatou grande lesão heterogênea sólido-cística no lobo direito do fígado. Hipótese diagnóstica: Abscesso Hepático. Foi realizado tratamento cirúrgico, laparotomia exploradora com drenagem de abscesso hepático, e posterior seguimento ambulatorial com antibioticoterapia. Paciente evoluiu bem em pós-operatório e vai de alta hospitalar sem queixas ou intercorrências. CONCLUSÕES: O abscesso hepático é uma entidade clínica incomum, sendo que abscessos macroscópicos piogênicos não drenados são frequentemente fatais. Durante as últimas décadas, houve modificações no tratamento do abscesso hepático, que mudou de drenagem cirúrgica (com ou sem ressecção hepática) para drenagem percutânea por cateter, guiada por imagem (normalmente por ecografia ou TC) e associada a antibioticoterapia. O tratamento cirúrgico permitiu a modificação da taxa de mortalidade de aproximadamente 100% para 2,5 a 14%.

PALAVRAS-CHAVES: ABSCESSO | HEPÁTICO | PÓS-TRAUMA

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2718

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Doença de Caroli - Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO NEVES DA SILVA SAGUIA (HOSPITAL SÃO LUIZ - UNIDADE JABAQUARA), JOÃO LUIS SANTOS MIRANDA (HOSPITAL SÃO LUIZ - UNIDADE JABAQUARA), LUIS AUGUSTO MELLO SINISGALLI (HOSPITAL SÃO LUIZ - UNIDADE JABAQUARA), PAULO FAGUNDES ALTENFELDER SILVA (HOSPITAL SÃO LUIZ - UNIDADE JABAQUARA), MARCO AURELIO DE CASTRO PERIN (HOSPITAL SÃO LUIZ - UNIDADE JABAQUARA), LUIS FELIPE COUTO NOVAES (HOSPITAL SÃO LUIZ - UNIDADE JABAQUARA), FELIPE ALAGO LOPRETE (HOSPITAL SÃO LUIZ - UNIDADE JABAQUARA), NAYARA PEREIRA DE SANTANA (HOSPITAL SÃO LUIZ - UNIDADE JABAQUARA)

RESUMO: Introdução: A doença de Caroli é uma patologia de etiologia desconhecida, com incidência estimada em 1:1.000.000, sem preferência por gênero e raça, geralmente diagnosticada em crianças e adultos jovens. Alguns pacientes se mantêm assintomáticos por toda a sua vida, mas a maioria é afetada com colangite recorrente, associada à cólica biliar, náuseas, icterícia e pancreatite aguda devido à formação de cálculos intra-hepáticos. Relato de Caso: D.C.S.B, 29 anos, sexo feminino, branca, casada, secretária, natural e procedente de Santo André (SP). Queixa e duração: dor abdominal e náusea há uma semana. História pregressa da moléstia atual: náusea, dor epigástrica e lombar à direita refratária à analgesia comum há uma semana, porém presente, em menor intensidade, desde a infância. Exame físico de entrada: regular estado geral, corada, pouco desidratada, anictérica, acianótica, afebril e eupneica. Abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes, flácido, doloroso à palpação em epigastro, sem visceromegalias, sinal de Giordano negativo. Exames laboratoriais: Gamaglutamiltransferase: 250 e Fosfatase Alcalina: 200; demais sem alterações. Tomografia Computadorizada de abdome superior e pelve com contraste evidenciou grande distensão de colédoco e cistos intra-hepáticos. Recebeu alta após cinco dias, quando assintomática, com programação eletiva de derivação biliodigestiva e colecistectomia convencional, realizada três meses após o diagnóstico. Internada após oito meses por colangite e estenose anastomótica, sendo submetida à nova derivação biliodigestiva. Paciente encontra-se assintomática, em seguimento ambulatorial aguardando transplante hepático. Conclusão: A doença de Caroli é uma desordem hepática rara que acarreta diminuição significativa da qualidade de vida do paciente devido a obstruções biliares, sepse, potencial desenvolvimento de cirrose e colangiocarcinoma.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Caroli | Síndrome de Caroli | Tratamento da doença de Caroli

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2812

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IMPORTÂNCIA DA CINTILOGRAFIA ÓSSEA NO ESTADIAMENTO DE PACIENTES COM HEPATOCARCINOMA DENTRO DOS CRITÉRIOS DE MILÃO UTILIZADOS NO BRASIL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIOVANNA RICCIOPPO DIEGUES (HOSPITAL BANDEIRANTES), GABRIEL POMPERMAYER (HOSPITAL BANDEIRANTES), RAPHAEL FEDERICCI HADDAD (HOSPITAL BANDEIRANTES), YURI YAMADA (HOSPITAL BANDEIRANTES), REGINA GOMES DOS SANTOS (HOSPITAL BANDEIRANTES), HUDA MARIA NOUJAIM (HOSPITAL BANDEIRANTES), MARCELO PEROSA DE MIRANDA (HOSPITAL BANDEIRANTES), TERCIO GENZINI (HOSPITAL BANDEIRANTES)

RESUMO: O carcinoma hepatocelular (HCC) é o sexto câncer mais prevalente no mundo e a terceira causa de óbito relacionada a câncer. A metástase óssea se manifesta como lesão osteolítica na cintilografia óssea. Nos estágios iniciais, dentro dos Critérios de Milão, a taxa de positividade na cintilografia óssea (CO) apresenta números bastante reduzidos e por esse motivo a United Network for Organ Sharing não a considera mais como parte do protocolo de estadiamento neste grupo de pacientes quando assintomáticos. No Brasil, a resolução SS-114 do ministério de Saúde, que regula a inscrição dos pacientes em lista de espera para transplante, indica a CO como obrigatória para exclusão de metástase óssea em pacientes com solicitação de inclusão em lista com situação especial pela presença do HCC. Objetivo: Avaliar a importância da cintilografia óssea nos pacientes com HCC dentro dos critérios de Milão. Métodos: Estudo retrospectivo, observacional através da análise de prontuários de pacientes inscritos em lista de espera para transplante de fígado com situação especial por HCC, e portanto dentro dos critérios de Milão adaptados ao Brasil. Resultados: Foram analisados prontuários de 160 pacientes, 21,87% (35) do sexo feminino e 78,13% (125) do sexo masculino com a idade média de 56 anos. A CO foi negativa em 86,25% (138), 13,74% (22) apresentaram resultado duvidoso e não houve nenhum caso positivo. A CO duvidosa levou à realização de uma série de exames para excluir metástases, gerando assim 66 radiografias simples, 10 tomografias computadorizadas e 5 ressonância nuclear magnética neste grupo, onerando as fontes pagadoras com valores entre R\$ 3.758,33 (valores SUS) e R\$ 33.392,45 (valores de planos de saúde). Conclusão: a CO, em pacientes assintomáticos do ponto de vista ósseo, com HCC dentro do Critério de Milão ? Brasil apresenta baixa sensibilidade. Neste estudo, 160 pacientes foram submetidos à cintilografia óssea, 86,25% (138) apresentaram resultado negativo para metástase óssea e não houve nenhum caso positivo. Entre os 13,74% (22) com resultado duvidoso, nenhum confirmou presença de HCC apesar da realização de vários exames complementares. Além do custo da CO, vários exames foram solicitados baseados em seus achados, onerando as fontes pagadoras, em média R\$ 3.758,33 reais nos valores SUS e R\$ 33.392,45 nos valores da rede privada. A CO mostrou-se um exame desnecessário como estadiamento de pacientes com HCC dentro dos critérios de Milão.

PALAVRAS-CHAVES: Cintilografia óssea | Critérios de Milão | Transplante hepático

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2815

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Anastomose Esplenorrenal Distal no Tratamento da HDA em Cirróticos ? Análise de 22 casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARDO ROZA ALTOÉ (HOSPITAL BANDEIRANTES), GIOVANNA RICCIOPPO DIEGUES (HOSPITAL BANDEIRANTES), TERCIO GENZINI (HOSPITAL BANDEIRANTES), FRANCISCO ANTONIO SERGI FILHO (HOSPITAL BANDEIRANTES), FERNANDA RIBEIRO DANZIERE (HOSPITAL BANDEIRANTES), RAPHAEL FEDERICCI HADDAD (HOSPITAL BANDEIRANTES), TIAGO GENZINI DE MIRANDA (HOSPITAL BANDEIRANTES), MARCELO PEROSA DE MIRANDA (HOSPITAL BANDEIRANTES)

RESUMO: Introdução: Hemorragia digestiva alta por ruptura de varizes esofágicas é uma grave complicação da hipertensão portal em pacientes com cirrose hepática (CH). Quando os tratamentos conservadores falham, restam os procedimentos de descompressão portal, por via radiológica não seletiva (TIPS) ou cirúrgica, que pode ser não seletiva ou seletiva. A anastomose esplenorrenal distal (AERD) é uma descompressão portal seletiva que apresenta ótimos resultados no longo prazo em pacientes com boa reserva funcional hepática. Porém, é pouco realizada em cirróticos, pelos riscos cirúrgicos e pelo fato de muitas vezes a cirrose hepática ser uma doença progressiva. Muitos serviços optam por insistir no tratamento endoscópico e pelo implante de TIPS ou pela indicação do transplante hepático na falha do mesmo. A AERD apresenta algumas vantagens quando comparada às cirurgias não seletivas, como a não abordagem do hilo hepático e assim não dificultar um eventual transplante hepático futuro, apresenta risco discretamente menor de encefalopatia e mantém melhor perfusão do parênquima e, por consequência, uma função hepática teoricamente mais adequada. Objetivo: Mostrar a experiência de um único centro, com 22 casos de AERD realizada em cirróticos com boa reserva funcional expressa pela classificação de Child de A até B7. Materiais e métodos: Análise retrospectiva de prontuários de 22 pacientes com CH, Child A a B7, que apresentaram recidiva da HDA com falha do tratamento endoscópico, que foram submetidos à realização de AERD no período de 1998 a 2016. Resultados: Houve perda de seguimento de um paciente, que se encontrava vivo e sem recidiva de HDA varicosa até 2014, ano da sua última consulta. O MELD pré-Warren variou de 12 a 18 (média = 13,6), havendo progressão para 8 a 22 (média = 14,9) após a cirurgia. Como complicações pós operatórias houveram 3 (13,64%) HDA de origem varicosa, 1 (4,55%) HDA de etiologia não varicosa e 4 (18,18%) casos de encefalopatia. 2 pacientes (9,09%) foram submetidos a transplante de fígado, cujas indicações foram encefalopatia hepática e hepatocarcinoma (10 anos após a cirurgia). Ambos estão vivos e em seguimento ambulatorial. Num seguimento dos pacientes que não foram submetidos a transplante hepático 17 pacientes estão vivos, sem recidiva de HDA e mantendo boa reserva funcional hepática. Conclusões: Cirróticos com boa reserva funcional hepática e recidiva da HDA após tratamento clínico e endoscópico, devem ter como alternativa a realização de AERD.

PALAVRAS-CHAVES: Anastomose Esplenorrenal Distal | Hemorragia digestiva alta | Cirrose hepática

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2872

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEPATOCARCINOMA INVASIVO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA MARIA GARCIA (ITPAC), JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES (ITPAC/FAHESA), JESSIKA RODRIGUES TAUHATA (ITPAC/FAHESA), RAIZA VIEIRA DA SILVA (ITPAC/FAHESA), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (ITPAC/FAHESA), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC/FAHESA), MARÍLIA ALVES ARAUJO FERREIRA (ITPAC/FAHESA), FERNANDA VIANA RODRIGUES (ITPAC/FAHESA)

RESUMO: Introdução: Hepatocarcinoma representa quase 85% das neoplasias hepáticas primárias no Brasil. É um câncer derivado das principais células do fígado com índice de óbito alto. Os fatores de risco incluem a infecção pelo HVB e HVC, as doenças hepáticas derivadas do consumo de álcool, a exposição a aflatoxinas, principalmente, a esteatose hepática não alcoólica, juntamente aos dados de região geográfica, raça e grupo étnico. São importantes para diagnóstico os testes de função hepática, sorologias e exames de imagens USG, TC, RNM, marcadores tumorais. O tratamento dependerá do estadiamento geralmente sendo cirúrgico. Relato de caso: Paciente M.F.G, sexo feminino, 64 anos, procurou um cirurgião geral com queixa de dor lombar à direita há 2 meses, irradiada para hipocôndrio direito, associada à plenitude pós prandial, perda ponderal de 7kg, evoluindo com icterícia, e febre contínua baixa. Não etilista, ex-tabagista há 20 anos. Relatava diabetes mellitus e hipertensão sistêmica em tratamento. Uso de paroxetina. Paciente bom estado geral, icterícia 2+/4+, hidratada, sinais vitais estáveis. Apresentava massa palpável em hipocôndrio direito, sólida, bem delimitada. A Ultrassonografia com presença de colelitíase e nódulos hipoecogênicos no lobo hepático direito. A ressonância magnética evidenciava fígado com massa sólida, heterogênea, áreas acometendo os segmentos V e VI e lesão hepática de aspecto secundário no segmento VIII, linfonodomegalias no hilo hepático, interaortocaval, paraórtico, esquerdo e peripancreático, promovendo compressão extrínseca da veia cava inferior. Paciente encaminhado para cirurgia sendo estadiado o tumor. Presença de ascite volumosa, colhida amostra para histopatológico, e a presença de tumoração no lobo direito do fígado que invadia vesícula biliar, veia porta, retroperitônio, rim direito, tumor irredutível. Resultado da biópsia sugestivo de hepatocarcinoma. Paciente após a cirurgia obteve alta hospitalar e aguardava histopatológico, evoluindo com óbito 2 semanas após a cirurgia, por possível encefalopatia bilirrubínica. Conclusão: Diante do caso confirma a elevada mortalidade quando diagnosticado tardiamente, exames preconizados pela literatura foram os utilizados no caso relatado. Os pacientes devem ser estratificados pelo estágio da doença na preconização do tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: ONCOLOGIA | ESTADIAMENTO | CIRURGIA ONCOLÓGICA

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2876

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARCINOMA HEPATOCELULAR FIBROLAMELAR SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALINNE VIANA LEÃO (UNIFAP), OLAVO MAGALHAES PICANÇO JUNIOR (UNIFAP), YURI BARCELOS (GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE)

RESUMO: O carcinoma hepatocelular fibrolamelar (CHC-FL) é uma variante rara do Carcinoma hepatocelular, representando, aproximadamente, 1% de todos os casos, com predomínio em jovens com idade média em torno de 25 anos. **RELATO DE CASO:** Paciente com 28 anos, masculino, pardo, chega ao serviço de emergência com queixa de perda de peso de aproximadamente 10 kg em cerca de cinco meses, astenia, anorexia e dispneia aos pequenos esforços. Negava consumo de bebidas alcólicas e tabagismo. Ao exame físico apresentava-se anictérico, com sinais vitais estáveis, hidratado e sem outras particularidades. Os exames bioquímicos revelaram elevação de transaminases, 3,2 vezes o limite superior da normalidade (LSN), Gama glutamil transpeptidase discretamente aumentada em 1,2 vezes o LSN e fosfatase alcalina elevada em 1,5 vezes o limite superior da normalidade. Não apresentava alterações importantes da função renal, bilirrubinas e tempo de protrombina; encontrava-se com hematócrito de 43,8 % e hemoglobina de 14,8 g/dL. Apresentou imagem irregular hipodensa de contornos regulares com área de calcificação no seu interior e realce heterogêneo pelo meio de contraste na tomografia computadorizada de abdômen, medindo 130 x 126 x 85 mm, com volume estimado em 723 cm³. Posteriormente, realizada ressonância nuclear magnética de região abdominal superior demonstrou lesão heterogênea em T1 e T2 com dimensões de aproximadamente 128 x 155 x 121 mm e volume de 1248 cm³, sugestiva de hiperplasia nodular focal (HNF) e CHC-FL. O estudo anatomopatológico da biópsia hepática revelou lesão epitelial proliferativa com moderada atipia e fibrose lamelar. Após, a imuno-histoquímica apresentou aspecto histológico de carcinoma hepatocelular moderadamente diferenciado com padrão morfológico pseudoacinar e macrotrabeculares. A opção terapêutica utilizada consistiu na trissegmentectomia hepática direita que envolvia os segmentos hepáticos IV, V, VI, VII e VIII associada à colecistectomia, biópsia diafragmática e retirada de linfonodos retro-hilares e peritoneais. O paciente teve alta hospitalar seis dias após a cirurgia, apresentando exames bioquímicos normais com seguimento ambulatorial contínuos sem sinais de recidiva. O exame anatomopatológico da peça operatória revelou carcinoma hepatocelular moderadamente diferenciado. **CONCLUSÃO:** O tratamento cirúrgico do CHC-FL pode ser curativo se tiver o manejo adequado, é uma patologia rara, deve ser lembrada no diagnóstico diferencial das lesões hepáticas.

PALAVRAS-CHAVES: carcinoma hepatocelular|trissegmentectomia|fibrolamelar

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2880

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COLANGITE NA TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA: relato de caso e revisão bibliográfica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LILIAN LEMOS COSTA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MAURICIO ALVES RIBEIRO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), NICOLAS RODRIGUES FERREIRA DA SILVA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), PAULO HENRIQUE MAIA DE FREITAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), FABIO GONÇALVES FERREIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUIZ ARNALDO SZUTAN (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: A telangiectasia hemorrágica hereditária (HHT) é uma doença rara autossômica dominante caracterizada por extensas telangiectasias cutâneas, mucosas e viscerais, frequentemente sem manifestações clínicas precoce. O envolvimento hepático nesta doença pode cursar com complicações cardíacas, hemorrágicas e biliares potencialmente fatais. Relatamos caso de paciente com HHT com colangite e feita revisão sistemática da doença na literatura. Relato de caso baseado no prontuário e acompanhamento de paciente e revisão sistemática no Pubmed usando os descritores " hereditary hemorrhagic telangiectasia" x "liver". Selecionado para estudo artigos com resumo em inglês, português e espanhol. Mulher de 39 anos, atendida com forte dor em hipocôndrio direito (HD) com piora progressiva e início há três meses, associada a perda de peso e adinamia. Há 15 dias, iniciou quadro de febre, vômitos, icterícia e colúria. Sem antecedentes familiares. Apresentava-se em regular estado geral, anictérica, febril e hemodinamicamente normal, presença de sopro sistólico panfocal e telangiectasias em lábio inferior. Abdome flácido, doloroso à palpação em HD, hepatomegalia, sem sinais de peritonite. Feita a hipótese diagnóstica de colangite, solicitados exames complementares e introduzido antibioticoterapia. A Tomografia computadorizada demonstrou fígado com dimensões aumentadas e shunts arteriovenosos. Colangiopancreatografia por ressonância magnética com presença de nódulos de regeneração displásicos e biliomas. Tais achados, associada a presença de lesões telangiectásicas em lábio inferior e ectasias vasculares esparsas pela mucosa gástrica, sugeriram o diagnóstico provável de HHT, complicada com ectasia ductal e colangite. Descartado abordagem cirúrgica pelo potencial risco de sangramento, paciente evoluiu com melhora dos sintomas clínicos e segue em acompanhamento ambulatorial. O reconhecimento precoce da HHT é essencial para instituição de terapêutica adequada e prevenção de complicações fatais. Em revisão do Pubmed encontrados 451 artigos, após aplicação dos limitadores, restaram 309 artigos para estudo. Após leitura de todos os resumos, selecionados 17 artigos com 538 pacientes com HHT e destes, 29 pacientes apresentaram colangite. Em pacientes com HHT o acometimento hepático esta presente em 78% dos casos e apesar de raro (29 casos) diante de um paciente com telangiectasia hemorrágica hereditária e icterícia o diagnóstico de HHT com colangite deve ser aventado.

PALAVRAS-CHAVES: Telangiectasia hemorrágica hereditária | Fígado | Colangite

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2917

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EXPRESSÃO DOS BIOMARCADORES MOLECULARES EPCAM E ALFETFOPROTEÍNA NO CARCINOMA HEPATOCELULAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO GOMES GRATEKI (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), LEONARDO DO PRADO LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), PAULA TEIXEIRA VIDIGAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CLARA ANTUNES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ISABELA SOARES FONSECA BATISTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CARLA JORGE MACHADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), VIVIAN RESENDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A expressão de marcadores biomoleculares de células tronco no carcinoma hepatocelular (CHC) tem sido associada a mau prognóstico e ao comportamento biológico agressivo. Um sistema de classificação baseado na expressão de EpCAM e alfafetoproteína (AFP) foi proposto para definir diferentes fenótipos e subtipos de CHC. OBJETIVOS: O objetivo dessa pesquisa foi verificar a expressão de EpCAM e AFP, por meio de imuno-histoquímica em pacientes submetidos a ressecção de CHC. MÉTODOS: Foram estudados 43 pacientes (30 homens e 13 mulheres) submetidos à ressecção de CHC. A etiologia viral foi a mais frequente, com predomínio da hepatite C (41,46%) seguida pela hepatite B (29,26%). A cirrose etanólica foi a menos frequente (12,19%) e, em sete pacientes (17,07%), o CHC incidiu em fígado com doença de etiologia desconhecida. Os nódulos únicos (78,6%) foram predominantes em relação aos múltiplos (21,4%). A maioria dos CHCs foram operados nos estágios iniciais I (45,2%) e II (40,55%). A invasão angiolímfática esteve presente em 41,5 % dos pacientes. Houve predomínio de tumores bem (46,3%) e moderadamente (43,9%) diferenciados. RESULTADOS: A expressão imuno-histoquímica de AFP e de EpCAM foi positiva em 12 (29,3%) CHCs e negativa em 29 (70,7%). O fenótipo EpCAM+AFP+ foi observado em 8 (66,7%) tumores, EpCAM+AFP- em 4 (33,3%), EpCAM-AFP- em 25 (86,2%), EpCAM-AFP+ em 4 (13,8%). Houve diferença significativa na relação da proporção de expressão de EPCAM e AFP entre os diferentes fenótipos ($p=0,002$). A chance de ocorrer invasão angiolímfática quando AFP sérica esteve entre 100ng/mL e 400ng/mL foi de 12,4 vezes a chance de ocorrer invasão angiolímfática quando AFP sérica esteve abaixo de 100 ng/mL ($OR=12,4$; $p=0,028$). A chance de expressão de EpCAM positiva em tumores menores ou iguais a 5 cm foi significativa ($OR=8,7$; $p=0,022$). A taxa de sobrevivência global foi 74,9%, 69,4%, 69,4% e 53,5% aos 12, 24, 36 e 48 meses, respectivamente. CONCLUSÃO: Concluiu-se que existe associação positiva entre a expressão de EpCAM e AFP, entre si, e com os níveis séricos de AFP. O diâmetro menor ou igual a cinco centímetros foi a variável que se associou à expressão de EpCAM e a invasão angiolímfática à expressão de AFP.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma hepatocelular |Alfafetoproteína|EPCAM

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 3016

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 9 PACIENTES PEDIÁTRICOS EM PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO TARDIO EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM BELÉM/PA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS (UFPA), JAMILLY ALVES PADILHA (UFPA), BEATRIZ FERREIRA DIOGO (UFPA), FELIPE LIMA ALCOLUMBRE TOBELEM (UFPA), MÁRCIA DO SOCORRO FERREIRA IASI (UFPA), MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA (UFPA)

RESUMO: Objetivo: Analisar os dados epidemiológicos dos pacientes pediátricos em pós-transplante hepático de um centro de referência em Belém/PA, a fim de traçar um perfil deles. Método: O estudo foi conduzido no departamento de prontuários da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), por meio da análise de 9 prontuários de pacientes pediátricos que efetuaram transplante hepático no período de 2004 a 2014. A análise foi feita por intermédio de um questionário, da autoria dos próprios pesquisadores. No presente resumo, são compartilhados os dados referentes ao sexo, idade, indicação do transplante, tipo de transplante e incidência de rejeição, complicação cirúrgica, morbidades e infecções no pós-transplante. A avaliação estatística dos dados foi feita através do cálculo de média, moda, mínimo e máximo das informações coletadas. Resultados: Dentre os 9 pacientes, 4 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino. A média de idade entre eles foi de 8 anos, sendo a mínima 3 anos e a máxima, 17. A principal indicação para o transplante foi a atresia de vias biliares em 5 crianças, seguido da cirrose biliar e cirrose criptogênica, em 2 pacientes cada. Ademais, outras indicações foram descritas, como a hipertensão portal, síndrome de Carol, hepatite fulminante e cisto colédoco, presentes do prontuário de apenas 1 paciente cada. Dentre os pacientes, 4 receberam o enxerto de doador vivo (3 receberam da mãe e 1 do pai). 1 recebeu de doador falecido e 4 não especificaram o tipo de transplante realizado. Quanto à rejeição celular, nenhum sofreu rejeição crônica, mas houve 2 casos de rejeição celular aguda. As complicações cirúrgicas foram raras, sendo descrita em apenas 1 paciente estenose biliar, assim como a presença de morbidades no pós-transplante (apenas 1 criança apresentou doença linfoproliferativa). Houve 3 casos de infecções no pós-transplantes desses pacientes, onde 1 teve mononucleose, 1 apresentou pneumonia e 1 teve infecção urinária por E. coli. Conclusões: A maioria dos pacientes analisados nessa pesquisa são do sexo masculino e apresentam idade de 3 a 17 anos. A principal indicação para o transplante foi a atresia das vias biliares, corroborando com os dados da literatura, e o enxerto mais utilizado (dentre os especificados) foi o de doador vivo, sendo predominante a doação materna. Quanto as complicações, estiveram presentes a rejeição aguda, estenose biliar, doença linfoproliferativa (responsável pelo falecimento do paciente) e infecções.

PALAVRAS-CHAVES: Pós-Transplante hepático | Pacientes pediátricos | Perfil epidemiológico

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 3020

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTES NO PÓS TRANSPLANTE TARDIO COM IDADE SUPERIOR A 50 ANOS DE UM CENTRO DE REFERENCIA EM BELÉM/PA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JAMILLY ALVES PADILHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), VICTÓRIA WINKLER VASCONCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), BEATRIZ FERREIRA DIOGO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), FELIPE LIMA ALCOLUMBRE TOBELEM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), MÁRCIA DO SOCORRO FERREIRA IASI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA), MARCOS RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA - UFPA)

RESUMO: OBJETIVO: identificar as principais indicações para transplante hepático entre os pacientes pós-transplantados da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, centro de referência da região norte, com idade superior a 50 anos. MÉTODO: Os dados foram obtidos por meio de um estudo conduzido no departamento de prontuários da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. A partir da análise de 15 prontuários de pacientes com idades de 52 a 64 anos, que efetuaram transplante hepático no período de 2003 a 2015, foi possível avaliar as principais indicações para realização do procedimento. A análise foi feita através de um questionário estruturado, de autoria dos próprios pesquisadores. A avaliação estatística dos dados ocorreu a partir do cálculo de média, moda, mínimo e máximo das informações coletadas. RESULTADOS: dentre os 15 pacientes avaliados, 8 (53,33%) apresentaram a cirrose por hepatite C (HCV) como indicação para o transplante. 6 (40%) apresentaram como causa o carcinoma hepatocelular (HCC) e 5 (33,33%), cirrose alcóolica. Além dessas causas principais, foi possível observar a cirrose por hepatite B como indicação de transplante de 2 (13,33%) pacientes e a cirrose biliar primaria, também em 2 (13,33%) pacientes. É importante ressaltar que em 9 (60%) pacientes foram descritas mais de uma indicação para o transplante, principalmente associações entre HCV, HCC e cirrose alcóolica. Ademais, em 1 (6,66%) paciente foram observadas todas essas morbidades. A associação HCV e HCC foi a mais comum, presente em 4 (26,66%) dos 15 pacientes. CONCLUSÕES: pacientes com idade superior a 50 anos, atendidos na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, apresentam como principais indicações para transplante de fígado a cirrose hepática secundária ao vírus C, o carcinoma hepatocelular e a cirrose alcoólica, em diversos casos essas doenças se apresentam associadas entre si.

PALAVRAS-CHAVES: transplante hepático | cirrose hepática | carcinoma hepatocelular

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 3113

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Doença de Wilson: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL AUGUSTO BRAGA NUNES (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - HRC), JOÃO ANTONIO VERONESE LEME (FACIMED - FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), CAROLINE NISHIMURA (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), RADDIB EDUARDO NOLETO DA NOBREGA OLIVEIRA (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), DANIELA ESTEPHANY DELGADO GUEVARA (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - HRC), JOSÉ EDSON PUERARI BENEVIDES (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - HRC)

RESUMO: Introdução: A doença de Wilson é uma doença hereditária autossômica recessiva, causado pelo acúmulo de cobre inicialmente no hepatócito e posteriormente em diversos órgãos, principalmente no cérebro, córnea e rins devido a mutação de gene ATP7B, responsável pelo transporte desse metal. Relato: Paciente do sexo feminino, negra, 24 anos, filha de pais consanguíneos, apresentando quadro de icterícia, amenorréia e edema em membros inferiores sendo internada em hospital secundário com diagnóstico de cirrose por hepatite autoimune e transferida para nosso serviço devido indicação de biópsia hepática após 24 dias de internação. Ao analisar todos os exames já solicitados, apesar de não excluir o diagnóstico de hepatite auto-imune, foi levantada a hipótese de doença de Wilson devido a paciente ser jovem com cirrose hepática, filha de pais consanguíneos e apresentar leve tremor em mãos. Solicitado biomicroscopia ocular sendo observados depósitos finos na periferia da membrana de descemet em região inferior da córnea, amarronzados e ainda incipientes (Anéis de Kayser-Fleischer), cobre sérico no valor de 80,7 mcg/dl (VR: 80-155mcg/dl), ceruloplasmina de 23,9mg/dl (VR: 22- 58mg/dl) e cobre urinário de 24 hs no valor maior que 400 mcg/24hs (VR: 15-60mcg/24 hs) fechando critérios para doença de Wilson. Conclusão: A diferenciação precoce das hipóteses diagnósticas é essencial na evolução da doença de base. A história clínica de pais consanguíneos, e o exame físico de um tremor discreto em mãos devem ser valorizados, mesmo com o cobre sérico e a ceruloplasmina dentro dos limites da normalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Wilson | Anéis de Kayser-Fleischer | Fígado

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 3122

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ETIOPATOGENIA DO ABSCESSO HEPÁTICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), BRUNA MARTINS NEIVA BRINGEL (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), MAFIRA PEREIRA SAFT (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre a etiopatogenia do abscesso hepático. MÉTODOS: Estudo descritivo e bibliográfico que teve a coleta de dados baseada em Artigos Científicos indexados nas fontes de Pesquisa online: Pubmed, LILACS e Scielo. Sendo os termos chaves utilizados na busca: Abscesso, Hepatico, Piogênico. RESULTADOS: De acordo com Ferreira et al (2007), na primeira metade do século passado, o abscesso hepático era relatado como uma condição que afetava sobretudo homens jovens, 20 a 30 anos, no contexto de infecção intrabdominal. Segundo Townsend et al (2010), com o advento do antibiótico modificando o quadro epidemiológico, atualmente o abscesso hepático é mais frequente entre 50 e 60 anos e está mais associado a doença do trato biliar e de origem criptogênica. Em relação aos aspectos etiopatogênicos a principal rota de infecção do fígado, responsável por até 38% dos APH é a via biliar, sendo que a ocorrência relaciona-se com alguma patologia das vias biliares, entre as quais cita-se obstrução biliar, neoplásica ou não, a qual permite a colonização e ascensão dos ductos biliares ? litíase biliar, colangite esclerosante, câncer da vesícula biliar e doenças congênitas das vias biliares, a exemplo a Doença de Caroli. A veia porta responde a segunda fonte mais frequente de infecção, pois através desta processos infecciosos abdominais como apendicite aguda, diverticulite, abscesso pancreático, empiema da vesícula biliar, entre outros, estendem-se ao tecido hepático. A infecção direta do fígado através de trauma penetrante ou por processo infeccioso contíguo ao órgão, ocorre de maneira menos frequente. No entanto, apesar do conhecimento a respeito das possíveis rotas de infecção não se consegue identificar a origem em até 37% das vezes. Os principais microrganismos envolvidos nos APH são E. coli, Klebsiellae Streptococcus sp. CONCLUSÃO: Com isso, conclui-se que o abscesso hepático tem uma etiopatogenia muitas vezes não identificada, no entanto seu tratamento deve ser imediato, para melhor evolução do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: ABSCESSO | HEPÁTICO | PIOGÊNICO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 301

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: USO DE QUIMIOTERÁPICOS NÃO APROVADOS PELA ANVISA EM PACIENTES SOB TRATAMENTO ONCOLÓGICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CHEHUEN NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), MARIANA RODARTE FREIRE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), RENATO EROTHILDES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), KÁTIA ROCHA PAULINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), TOMÁS COSTA BIGNOTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), ROTSEN CAETANO SAMPAIO MARTINS FRADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), RAFAEL TEIXEIRA COSTA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), NATÁLIA VIRGÍNIA DE OLIVEIRA AMBRÓSIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA)

RESUMO: OBJETIVO: De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2015), o uso de medicamentos que não possuem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é proibido no Brasil, a despeito de qualquer contraditório na jurisprudência. Muitos pacientes demandam judicialmente o uso de quimioterápicos (QT) de forma exclusiva ou adjuvante a cirurgias oncológicas de vários tipos, na busca de cura ou maior sobrevivência. Os ditos "off label" não foram motivo desta pesquisa. Esse fato tem gerado muitos conflitos sociais e éticos no Brasil. Assim, pretende-se conhecer a opinião da população leiga portadora de neoplasia maligna sobre o uso de quimioterápicos não aprovados pela ANVISA. MÉTODO: estudo transversal com pacientes de unidades oncológicas em uma cidade de grande porte (Juiz de Fora, MG). A amostra foi de 392 indivíduos, com erro de 4,5%. Critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e estar em tratamento oncológico. Instrumento: questionário com quesitos socioeconômicos e questões dicotômicas acerca do tema central. Estatística: foi utilizado frequências absolutas (n) e relativas (%), medida de tendência central (média e mediana) e medida de dispersão (DP), com Software SPSS-15.0. RESULTADOS: média de idade de 55,0 ± 14,9 anos e mediana de 57 anos; mulheres (65,6%); 87,0% ganham até 03 salários mínimos; 64,5% estudaram até o 9º ano do fundamental, 35,5% estudaram além do ensino médio. Quando questionados se conheciam a ANVISA, 51,5% não conhecem o órgão (ajustado por escolaridade, 56% dos que estudaram até o ensino médio não conhecem, contra apenas 3% dos que tem nível superior); 52,3% conhecem que QT devem ser aprovados pela ANVISA; 85,2% acreditam que QT não aprovados ofereçam efeitos adversos; 41,0% admitiram que a possibilidade de cura justifica o uso de QT não aprovados, mesmo com os possíveis riscos; 40,0% afirmaram que usariam QT não aprovados em caso de agravo da doença. A grande maioria (88,0%) não interromperia o tratamento com QT/radioterapia/cirurgia já estabelecido pelo médico. A maioria (62,0%) concordaria em participar de uma pesquisa clínica supervisionada para aprovar um QT pela ANVISA em caso de agravo do seu estado de saúde. CONCLUSÕES: A maior parte dos entrevistados desconhece as funções da ANVISA e os reais perigos do uso de QT não aprovados pelo órgão e, apesar dos riscos, em situações críticas, usariam quimioterápicos não aprovados.

PALAVRAS-CHAVES: Medicamentos de Referência | Agência Nacional de Vigilância Sanitária | Terapêutica

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 302

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CHEHUEN NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), MARIANA RODARTE FREIRE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), RENATO EROTHILDES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), KÁTIA ROCHA PAULINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), ISADORA FIGUEIREDO VIEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), HAYLLA HARAMOTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), LARISSA BACCOLI DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), LOUISE LORRAINE SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA)

RESUMO: Objetivo: O modelo assistencial da saúde no Brasil passou de uma assistência puramente curativista para a promoção e prevenção à saúde, ocorrendo uma reformulação da graduação médica há mais de uma década. Em 2013 foi aprovada a Lei 12.871, que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM). As medidas têm um grande impacto a ser questionado na formação dos estudantes de medicina e na saúde pública, como mudanças na carga horária do internato, importantes Residências Médicas (RM) serão de acesso indireto e pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota do processo de seleção pública dos Programas de RM e inclusão de profissionais estrangeiros no mercado de trabalho. É sabido que o número de interessados em carreira cirúrgica geral está diminuindo no país. Nesse contexto, pretende-se determinar o grau de conhecimento dos acadêmicos de medicina sobre a Lei 12.871 e o PMM e estabelecer os efeitos das novas determinações políticas no âmbito pessoal e profissional desses estudantes. Método: pesquisa transversal e quantitativa, com amostra de 407 estudantes da Faculdade de Medicina da UFJF, permitindo inferência. Estatística: Software SPSS Versão 15.0[®], 2010. Estudamos variáveis como fase do curso e condição socioeconômica. Resultados: 62,9% desconhecem a Lei e apenas 28,3% tem conhecimento das reformas curriculares propostas para o curso de medicina; 78,9% se posicionaram contra a obrigatoriedade do PMM de realizar Residência em Medicina Geral da Família e Comunidade previamente às demais especialidades (excetua-se as de acesso direto); 45,9% optariam pelo acesso direto, levando em consideração a possibilidade de obter o título de especialista em menor tempo, mas apenas 12,5% afirmaram ter mudado os objetivos pessoais após o conhecimento da Lei; somente 20,1% acreditam que o PMM será efetivo e 99,5% afirmaram que apenas a Lei não será suficiente para melhorar a saúde pública do Brasil e enumeraram outras medidas necessárias. Conclusões: por todo o curso, a maior parte dos entrevistados desconhece a Lei 12.871; as mudanças propostas terão maior impacto nos estudantes que no momento estão cursando os últimos períodos da graduação em nosso meio; apenas 16,9% dos estudantes do internato manifestaram interesse em participar. A amostra afirma a necessidade de suprir lacunas da Lei 12.871, como ampliar a infraestrutura no SUS e adequar o gerenciamento dos investimentos. Os autores sugerem ampliar as discussões sobre o tema com vistas a aprimoramentos curriculares.

PALAVRAS-CHAVES: Programa Mais Médicos | Educação Médica | Política de Saúde

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 304

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EVENTOS DE QUEDAS EM IDOSOS E FATORES DE RISCO RESIDENCIAL PASSÍVEIS DE MODIFICAÇÃO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CHEHUEN NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), MARIANA RODARTE FREIRE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), RENATO EROTHILDES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), IGOR MALHEIROS ASSAD (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), IGOR VILELA BRUM (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), RAFAEL TEIXEIRA COSTA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), NÍCOLAS AUGUSTO COELHO BRAGA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), GISLAINE FERNANDES GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA)

RESUMO: Objetivo: O envelhecimento é um processo biológico, progressivo e universal. Uma das grandes ameaças ao bem-estar dos idosos é a ocorrência de quedas e suas consequências, como fraturas e traumas fechados, desencadeando cirurgias, hospitalizações e sequelas, como perturbação da mobilidade, restrição da atividade e até mesmo morte. A queda é um evento multifatorial, resultado da interação sinérgica de fatores pessoais e domiciliares, sobre os quais é possível estabelecer prevenção em muitos casos. Neste contexto, o trabalho visou descrever a percepção sobre o risco de quedas em idosos (acima de 60 anos), mensurar a exposição desses indivíduos a fatores de risco domiciliares, avaliar a influência do conhecimento sobre queda na adoção de medidas preventivas e demonstrar os eventos nesta amostra. Método: foi aplicado o questionário FRAQ-Brasil a 473 idosos, juntamente com um questionário sobre exposição a 20 fatores de risco domiciliares. Associações entre as variáveis foram analisadas utilizando o teste qui-quadrado com intervalo de confiança de 95%. Resultados: a idade variou de 60 a 95 anos, com média de 70,6 anos; sexo feminino (58,4%), renda de 2 salários mínimos (46,3%); a média de acertos no questionário FRAQ-Brasil foi de 19,5 (total possível de 32 pontos); em média, os idosos estavam expostos a 7,8 fatores de risco domiciliares; a menor parte (180 entrevistados) disse já ter recebido informações sobre queda domiciliar. Episódios de queda no domicílio, após os 60 anos, foram relatados por 55,2% (n=261) dos entrevistados. Conclusões: a maior parte da amostra apresenta pouco conhecimento sobre queda na residência e está exposta a uma variedade de fatores de risco cotidianamente. Indivíduos com idade mais avançada e com maior conhecimento sobre queda estão expostos a menos fatores de risco domiciliares. Cerca de 55,2% dos participantes já sofreu queda após os 60 anos, o que repercutiu com imobilizações prolongadas, hospitalizações e cirurgias corretivas, predispondo o idoso a complicações e sequelas.

PALAVRAS-CHAVES: Acidentes por quedas|Acidentes domésticos|Idoso

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 305

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O SUPORTE BÁSICO DE VIDA ENTRE LEIGOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CHEHUEN NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), MARIANA RODARTE FREIRE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), RENATO EROTHILDES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), IGOR VILELA BRUM (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), DÉBORA RODRIGUES PEREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), LETÍCIA GOMES SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), SILVIA LOPES DE MORAES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), HAYLLA HARAMOTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA)

RESUMO: Objetivo: o Suporte Básico de Vida (SBV) é o atendimento inicial em situações de parada cardiorrespiratória (PCR), preconizado para ser realizado até que uma equipe especializada chegue ao local. É comprovado que o atendimento precoce pode salvar vidas e reduzir sequelas nessa emergência, mas os leigos devem ter conhecimento adequado sobre os procedimentos. Mesmo sendo reconhecida mundialmente a elevada incidência de PCR em ambiente extra-hospitalar, é escassa a literatura nacional sobre o tema. Investigamos o conhecimento, as limitações pessoais e o interesse dos leigos sobre o SBV na cidade Juiz de Fora (MG). Método: foi aplicado um questionário com 30 questões, parte do questionário validado por Pergola e Araújo (2009) e outra com base na literatura mundial, incluindo aspectos socioeconômicos, experiência prévia e questões específicas sobre SBV e primeiros socorros. Nossa amostra foi de 377 indivíduos (após 4,4% de recusa), com erro máximo de 4,5% e nível de confiança de 95%. Quanto à distribuição amostral, dos 561 setores censitários municipais distribuídos em sete regiões demográficas, foram pesquisados 15 setores, sendo escolhidos, a partir de sorteio, três setores da região central e dois setores de cada uma das demais. Foram utilizados Testes Qui-quadrado e χ^2 não pareado para verificar possíveis associações entre o conhecimento sobre SBV e variáveis socioeconômicas. Resultados: cerca de 41% dos entrevistados declararam saber o que é SBV, mas apenas 5,8% afirmaram que, de fato, sentiam-se preparados para aplicá-lo. Quase a totalidade da amostra considerou esse conhecimento importante e 89,9% fariam um treinamento sobre SBV. A média de respostas corretas da amostra foi $37,8\% \pm 18,1$, observando-se maior conhecimento entre aqueles com maior escolaridade ($38,6\% \pm 18,3$, $p=0,014$) e que haviam realizado algum treinamento prévio em SBV ($43,5\% \pm 17,8$, $p=0,002$). Conclusões: os leigos reconhecem sua relevância individual no atendimento inicial em situações de PCR e, embora tenham interesse em aprender sobre SBV, não dispõem de meios de capacitação. Uma mínima parte dos entrevistados se sente preparada para atuar. Com base na literatura de que qualquer minuto no atraso do atendimento da PCR aumenta a mortalidade, sugerimos aos gestores públicos divulgar os conhecimentos sobre SBV a leigos em ambientes públicos específicos.

PALAVRAS-CHAVES: Ressuscitação Cardiopulmonar | Educação em Saúde | Serviços Médicos de Emergência

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 306

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ACIDENTES E PRÁTICAS DE BIOSSEGURANÇA ENTRE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CHEHUEN NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), MARIANA RODARTE FREIRE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), RENATO EROTHILDES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), MATHEUS GUIDINI LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), LUCAS ASSIS COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), GABRIELA MAZORQUE ESTEVANIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), JOÃO LUIS CARVALHO TRICOTE DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), PAULA LIZIERO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA)

RESUMO: Objetivo: a biossegurança abrange ações para prevenir, controlar, reduzir ou eliminar os riscos inerentes às atividades de prestação de serviços, dentre outras. É essencial na área da saúde pela vulnerabilidade à contaminação por fluidos biológicos. Cerca de 7,6% dos acidentes ocorrem entre estudantes no curto período da graduação. O estudo investigou o conhecimento e a adesão dos estudantes da área da saúde às Medidas de Prevenção Padrão (MPP) e a percepção dos riscos a que se expõem. Método: pesquisa transversal e quantitativa com 343 estudantes a partir do 4º período dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia. Utilizamos o programa SPSS para análise estatística, considerando o Teste do Qui-Quadrado de Independência, com p-valor \leq 0,05 e IC=95%. Resultados: importante distinção quanto ao conhecimento das MPP e dos equipamentos de proteção individual (EPIs) dentre os estudantes de medicina (31,6% e 80,3%), enfermagem (85,5% e 98,3%) e odontologia (67% e 100%) (p=0,001). Renda familiar inferior a cinco salários mínimos relacionou-se com maior conhecimento sobre as MPP, segurança no contato com pacientes, utilização dos EPIs e adesão na troca das luvas entre os procedimentos (menor renda é um fator de risco para conhecer as medidas, aumentando a chance em 161,2%, OR = 2,612; IC: 1,672-4,081). Em relação à transfixação percutânea por agulha, responderam corretamente apenas 29,1% dos estudantes de enfermagem, 30,8% da medicina e 43,8% da odontologia. Se num mesmo paciente fariam outro procedimento após contato com material biológico infectado, responderam corretamente que se deve trocar as luvas 99,1% dos entrevistados do curso de enfermagem, 88,9% entre os da medicina e apenas 65,2% entre os da odontologia. Quanto às informações sobre vacinação, consideraram suficientes 87,2% dos entrevistados do curso de enfermagem, 84,8% entre os da odontologia e 67,5% entre os da medicina. O cartão de vacinação estava atualizado em 97,4% na enfermagem, 95,5% na odontologia e 89,7% entre os estudantes de medicina. Conclusões: cerca de 80% da amostra realiza práticas saudáveis de biossegurança, porém os entrevistados demonstram pouca instrução sobre o tema. Consideramos os índices quanto ao conhecimento, adesão aos EPIs e percepção dos riscos abaixo do ideal entre estudantes da área da saúde, principalmente entre os estudantes de medicina em comparação aos de enfermagem e odontologia. Sugerimos incluir o tema biossegurança no currículo médico.

PALAVRAS-CHAVES: Exposição a Agentes Biológicos | Riscos ocupacionais | Precauções Universais

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 314

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reconstrução por Microcirurgia do Nervo Facial e Ducto Parotídeo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA OLIVEIRA PARANAGUÁ DE CASTRO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), FERNANDO SOARES GALLI (HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE), AMILCAR ALVES ASSIS (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), OSVALDO DE ALCÂNTARA BRAGA AIDAR (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), SUZANA FONSECA COELHO E FARIAS (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA)

RESUMO: A medida que os traumas sofreram grande aumento de sua incidência, as lesões neurais ficaram mais evidenciadas e a necessidade de se desenvolver uma técnica de reparo funcional impulsionou os avanços em microcirurgia. Os nervos periféricos são compostos por 3 subunidades básicas: axônios, células de Schwann e tecido conjuntivo. Em 1943, foi proposta a classificação das lesões nervosas periféricas em: Neuropraxia - lesão leve com perda motora e sensitiva, sem alteração estrutural; Axonotmese - lesões por esmagamento, estiramento ou por percussão, com perda de continuidade axonal e degeneração do segmento distal, sem perda de célula de Schwann; Neurotmese - separação completa do nervo, com interrupção do crescimento axonal e recuperação espontânea pobre sem intervenção cirúrgica. E.F.S, 21 anos, masculino, encaminhado ao serviço de cirurgia plástica com lesão cortocontusa por arma branca em hemiface esquerda (E) que se estendia desde a antihélix até a comissura labial E com acometimento de musculatura bucal, parte da mandíbula e presença de lesão de parótida, nervo facial com hemiplegia facial E e lesão de ducto parotídeo. Paciente, submetido a neurorafia do tronco temporofacial e de seus ramos secundários e bucais com anastomoses término terminais. Realizada rafia do ducto parotídeo com passagem de cateter e fechamento por planos. Paciente no 6º pós-operatório retirou por conta própria o cateter do ducto parotídeo e apresentou pequeno edema com coleção líquida palpável em região jugal E. Realizado incisão e drenagem do cisto com saída de sangue. O objetivo de uma operação de nervo é restaurar o conduto para que haja a regeneração axonal. A neurorafia término terminal é a técnica mais estudada, já a técnica término lateral, é utilizada para grandes distâncias entre os cotos. Os enxertos são necessários quando não é possível a aproximação direta dos cotos, tendo seu limite de 6 cm no enxerto vascular. Concluiu-se que não há técnica superior a outra cada caso deve ser discutido individualmente. No caso descrito foi utilizada a neurorafia término terminal sem tensão, pois a área de lesão não era grande o suficiente para usar enxerto e não havia perda de substância

PALAVRAS-CHAVES: microcirurgia | nervo facial | ducto parotídeo

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 321

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Elizabeth Gomes dos Santos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELIZABETH GOMES DOS SANTOS (UFRJ)

RESUMO: RESUMO AVALIAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE HABILIDADE TÉCNICA NA RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL. Introdução: Estudos recentes mostraram que até 38% dos residentes de Cirurgia Geral (CG) ao completar o programa não estão confiantes em suas habilidades técnicas para o exercício de sua especialidade. Há uma preocupação de que parte dos residentes de CG esteja sob risco de receber uma formação inadequada pelo baixo volume de operações realizadas. Testes de avaliação de habilidades técnicas ainda são insuficientes e falhos. Não há na regulamentação da Residência Médica obrigatoriedade de sua realização. A avaliação da competência cirúrgica, embora muito importante, já que por força de lei o residente recebe o Título de Especialista (TE) ao final do programa, ainda não faz parte da legislação da Comissão Nacional de Residência Médica. Objetivo: Avaliar o modelo atual dos Programas de Residência Médica em Cirurgia Geral (RMCG) no Brasil, por meio de um instrumento de avaliação (IA) de habilidades técnicas. Métodos: Aplicação de instrumento de avaliação previamente validado, por avaliadores treinados, em Residentes R2 de PRMCG (CG - 2 anos de treinamento) e R2 de PRMCG ? Programa Avançado, (CG-PA - 4 anos de treinamento) em hospitais universitários e não universitários nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil. Resultados: Dos 60 residentes avaliados, apenas 14 (23%), os que tiveram maior tempo de formação, quatro anos (Cirurgia Geral - Programa Avançado) foram considerados capacitados para receberem o Título de Especialista. Residentes de hospitais com Serviços de Emergência aberta apresentaram melhor desempenho do que residentes de hospitais com Emergência fechada. Conclusão: O modelo atual do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, no Brasil, é insuficiente para formação de um Especialista na área. Referências Carlsen CG, Lindorff-Laesen K, Funch-Jensen P, Lund L, Morcke AM, Ipsen M et al. 2014. Is current surgical training efficient? A national survey. J Surg Edu 71(3):367-374. Mattar SG, Alseidi AA, Jones DB, Jeyarajah DR, Swanstrom LL, Aye RW et al. 2013. General surgery residency inadequately prepares trainees for fellowship: results of a survey of fellowship program directors. Ann Surg 258(3):440-449. Jackson GP, Tarpley J. How long does it take to train a surgeon? BMJ 2009; 339:1062-1064. Fysh T. Are great surgeons born? J Sur Edu 2012; 69(2):267-271. Faurie C, Khadra M. Technical competence in surgeons. ANZ J Surg. 2012; 82(10):682-690.

PALAVRAS-CHAVES: Residência, Cirurgia Geral | treinamento | avaliação

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 326

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE POR APENDICITE E SUAS COMPLICAÇÕES , NO BRASIL, NOS ANOS DE 2009 A 2013 ,SEGUNDO DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA), ISABELA BARBOSA MENDONÇA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA), MIRNA GABRIELA BARBOSA DE QUEIROZ (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA), DENIS MASASHI SUGITA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS- UNIEVANGÉLICA)

RESUMO: Objetivo: levantar o índice de mortalidade de apendicite como causa básica de morte no Brasil segundo os dados registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), levantar a prevalência de complicações relacionadas a entidade registradas como causa imediata de óbito no Brasil, nos últimos 5 anos e apontar a mais dominante; e estabelecer os principais fatores de risco relacionados à apendicite. Métodos: trata-se de um estudo transversal descritivo de série temporal. A base literária se constituiu de artigos selecionados nos bancos de dados LILACS, MedLine e PubMed a partir de palavras-chave. Resultado: através da busca realizada no Sistema de Informação de Mortalidade do DATASUS, foram encontradas 51 tabelas contemplando dados referentes aos índices de óbitos em todo o Brasil, correspondendo aos períodos de 2009, 2010 , 2011, 2012 e 2013 e foram analisados separadamente. Verificou-se maior taxa de mortalidade na região Centro-Oeste; no sexo masculino e nos idosos entre 60 e 79 anos. No que se refere à indicação da complicação imediata que leva a morte por apendicite e os fatores de risco envolvidos, não foi possível a realização da análise, devido à falta de informações contidas no SIM. Conclusão: as análises realizadas permitiram concluir que a região Centro-Oeste é a líder em mortalidade por apendicites no Brasil, levando em consideração a quantidade de óbitos proporcionalmente a população, apesar de não ser encontrado nenhum fenômeno que explique tal resultado. A região Norte contempla a menor prevalência de óbitos no país, todavia, problemas de subnotificações já comprovados pelas bases literárias podem ter estreita correlação com o achado. A mortalidade prevalece no sexo masculino e nos idosos, precisamente na faixa etária de 60-79 anos de idade, de modo que se harmoniza com o encontrado na literatura. BIBLIOGRAFIA: . Bon, Thiago de Paula et al. Comparativo entre pacientes com diagnóstico de apendicite aguda atendidos em unidades de pronto atendimento e hospital de emergência. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 341-344, Oct. 2014; Isaksson, K et al. Long-term follow-up for adhesive small bowel obstruction after open versus laparoscopic surgery for suspected appendicitis, Jun.2014.; Gomes, Carlos Augusto; Nunes, Tarcizo Afonso. Classificação laparoscópica da apendicite aguda: correlação entre graus da doença e as variáveis perioperatórias. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 289-293, Oct. 2006.

PALAVRAS-CHAVES: APENDICITE | APENDICECTOMIA | MORTALIDADE

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 332

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abdome agudo perfurativo e abscesso hepático secundários à corpo estranho: Espinha de Peixe - Relato de Caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIO FRANCO DO AMARAL KFOURI (FACULDADE DE MEDICINA DE ARARAQUARA), CLAUDINEI DA SILVA (HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA), CLEIBE NICACIO DA SILVA (HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA), GUILHERME PAULO CARVALHO DE AMORIM (HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA), MARIA CLARA FERREIRA NONATO ROMANIA (FACULDADE DE MEDICINA DE ARARAQUARA), YULSEF FERREIRA (DOCENTE DA DISCIPLINA DE CLÍNICA MÉDICA DA FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO RIBEIRÃO PRETO), MARCOS ANTONIO MARTON FILHO (DOCENTE DA DISCIPLINA DE CLÍNICA CIRÚRGICA DA FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO RIBEIRÃO PRETO), JAICER GONÇALVES ROLO (HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI - DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA)

RESUMO: Introdução: O abdome agudo perfurativo é uma das síndromes mais frequentes dentre as urgências não-traumáticas abdominais, tendo sua prevalência inferior aos quadros inflamatórios e obstrutivos. A perfuração das vísceras ocas pode ocorrer por processos inflamatórios, neoplásicos, infecciosos e por fim, pela ingestão por via alta ? boca ? de corpos estranhos. Já o abscesso piogênico hepático é uma entidade rara e está associado à elevado índice de gravidade, sendo responsável por cerca de 1% das internações hospitalares. Recentemente observa-se uma mudança na epidemiologia dessa patologia, pois dentre os fatores associados, os causados por corpo estranho são uma condição ainda mais rara e cujo desfecho geralmente é fatal devido às dificuldades em se estabelecer o diagnóstico precoce. A dificuldade na suspeita diagnóstica e a inespecificidade dos sintomas são fatores que levam ao diagnóstico tardio e consequente piora no prognóstico, resultando em um elevado número de óbitos. O objetivo deste estudo é relatar esta associação incomum de perfuração do trato gastrointestinal e formação de abscesso piogênico hepático secundários à ingestão de corpo estranho, como uma espinha de peixe, que deu origem a esta emergência cirúrgica. Vale ressaltar que existem apenas cerca de cinquenta e nove relatos como este na literatura médica, fato que reforça a importância do presente estudo. Relato de Caso: Paciente do sexo feminino em pós-operatório de cirurgia ortopédica refere dor abdominal de início súbito, sem fatores de melhora ou piora. Foi encaminhada para a cirurgia geral que indicou a laparotomia exploradora após realização da anamnese, exame físico e exames complementares laboratoriais e de imagem. No intra-operatório descobriu-se uma perfuração antral gástrica e abscesso hepático secundários a ingesta de corpo estranho, no caso, uma espinha de peixe. Conclusão: Por fim, com o relato deste caso, conclui-se que apesar de sua raridade, deve-se considerar a formação de abscesso hepático secundário à perfuração do trato gastrointestinal por corpo estranho um diagnóstico diferencial para fortes dores abdominais com sintomatologia inespecífica e confirmar o alojamento do objeto no fígado através da procura por sinais radiográficos que visualizem o objeto ou, ainda, ante a impossibilidade de se visualizar o objeto, encaminhar o paciente à cirurgia com finalidade diagnóstica e terapêutica, garantindo um bom prognóstico ao mesmo.

PALAVRAS-CHAVES: Perfuração do trato gastrointestinal | Abscesso hepático | Espinha de peixe

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 357

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO DE GOSSIPIBOMA: De sintomas inespecíficos a complicações pós-operatórias

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO RAFAEL SILVA SIMÕES ESTRELA (HOSPITAL ANA NERY), ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NERY), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NERY), MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE (HOSPITAL ANA NERY), ISABELLA FERNANDA SILVA FERREIRA (HOSPITAL ANA NERY), TÁSSIA MENDES FRANCO (HOSPITAL ANA NERY), ALAN FONSECA AIRES (HOSPITAL ANA NERY), DANIELLE FREITAS SERAFIM (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA)

RESUMO: Introdução: A ocorrência de gossipibomas (corpos estranhos) após cirurgias constitui-se em um grave problema médico legal, porém sua real incidência é incerta devido à subnotificação e pacientes assintomáticos. Trata-se de um desafio para o cirurgião por apresentar desde sintomatologia inespecífica até graves complicações. Este trabalho pretende relatar a condução de caso de paciente com sintomas brandos que evoluiu com complicações importantes devido a um gossipiboma. Relato de caso: Paciente 40 anos, menarca 13 anos, coitarca 17 anos, GII PII (2PC) A0, DUM (amamentando). Nega alergias, comorbidades ou doenças familiares, bem como uso de medicações. Foi submetida à 2 partos cesareanos prévios, o último parto há cerca de 60 dias, evoluindo há uma semana da admissão com dor importante em baixo ventre, associada à distensão abdominal ++/4. Realizado Rx abdominal e USG pélvica que levaram à suspeita de gossipiboma, sendo posteriormente confirmada à tomografia computadorizada (solicitada em outro Serviço). Ao exame físico apresentava plastrão à palpação de fossa ilíaca esquerda. Após avaliação foi indicada laparotomia exploradora via incisão de Pfannenstiel prévia. No intraoperatório foi identificado gossipiboma fortemente aderido ao cólon sigmoide, sendo retirado com posterior sutura da borda antimesocólica do órgão. Paciente recebeu alta hospitalar após 24h sem intercorrências. Em domicílio, no III PO evoluiu com febre, dor abdominal, distensão e parada de eliminação de gases e fezes, associado à leucocitose, suspeitando-se de abdome agudo infeccioso. Realizada laparotomia mediana que evidenciou deiscência de sutura em cólon sigmoide e grande quantidade de secreção purulenta em toda a cavidade abdominal. Optada pela exteriorização de ferimento em forma de colostomia. Evoluiu lentamente porém sem intercorrências maiores durante internamento. Colostomia fechada após 60 dias, sem intercorrências. Conclusão: A ocorrência de gossipiboma pode ser desastrosa para a saúde do paciente e para a carreira do cirurgião. No caso descrito a paciente previamente hígida submetida a cirurgia eletiva evoluiu com complicações potencialmente fatais e com alta morbidade. Deve-se portanto utilizar de todos os recursos disponíveis no intraoperatório para evitar a ocorrência de gossipibomas.

PALAVRAS-CHAVES: Gossipiboma | Corpo Estranho | Complicações Pós Operatórias

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 358

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO : CISTO UROGENITAL ? Uma rara patologia benigna com comportamento potencialmente maligno

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO RAFAEL SILVA SIMÕES ESTRELA (HOSPITAL ANA NERY), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NERY), PEDRO BOTELHO DE ALENCAR FERREIRA CRUZ (HOSPITAL ANA NERY), RAIMUNDO NONATO BENEVIDES CARDOSO (HOSPITAL ANA NERY), JORGE ALBERTO DE RESCALA (HOSPITAL ANA NERY), IGOR LOBÃO FERRAZ (HOSPITAL ANA NERY), ÁVIO MOTA BRASIL NETO (HOSPITAL ANA NERY), JORGE MOURA COSTA DIAS TAVARES (HOSPITAL ANA NERY)

RESUMO: Introdução: Relato de raro caso de cisto urogenital,benigno, porém apresentando-se em íntima relação com estruturas nobres, conferindo riscos potenciais a uma paciente jovem. Relato de Caso: Paciente 22 anos, menarca aos 12, coitarca aos 14, G0P0A0, DUM há mais de 02 anos (em uso de anticoncepcional).Vinha em acompanhamento ambulatorial há 5 anos por conta de achado ultrassonográfico de cisto retroperitoneal. Há 02 anos evoluiu com dor abdominal importante, procurando emergência onde foi abordada de urgência em outro serviço onde foi constatada apendicite aguda. Relatório descreve que no intraoperatório foi visualizada lesão cística e tentada retirada cirúrgica da tumoração, porém interrompida devido à hemorragia intra operatória, tendo sido feita apenas biópsia da lesão, que a própria paciente refere ter sido benigna. Há 15 dias da admissão neste serviço evoluiu com dor abdominal importante, associada à edema em MIE, estrangúria, polaciúria e obstipação intestinal. Ultrassonografia abdominal evidenciou cisto retro peritoneal septado, com volume de 2575,6cm³, em íntimo contato com grandes vasos pélvicos e comprimindo ureter direito com dilatação ureteropielica à montante. Ao exame físico abdome globoso à custa de massa abdominal em linha mediana, palpável até 5cm acima de cicatriz umbilical, firme, imóvel, dolorosa à palpação, sem pulso, frêmito ou sopro. Edema em bota de membro inferior esquerdo. Optado por cirurgia devido evolução desfavorável. No intraoperatório houve ruptura do cisto com extravasamento de líquido acastanhado durante a ressecção da tumoração. Após a ruptura foi identificado sangramento proveniente de veia ilíaca comum esquerda em porção que apresentava íntimo contato com sua capsula, sendo prontamente rafiada. Identificado no intra operatório apêndice cecal apesar do relato da de apendicectomia prévia. Paciente teve evolução pós-operatória favorável, recebendo alta em 48 horas, sem complicações tardias. Anatomopatológico da lesão concluiu tratar-se de cisto urogenital com ilhas de células de Walthard em sua parede. Conclusão: Cistos urogenitais são descritos como raros pela literatura, sendo um subgrupo dos cistos mesentéricos. Em geral são cistos benignos, porém no caso descrito evoluiu com comportamento nocivo para paciente devido ao seu grande volume e relação íntima com estruturas nobres. Deve ser considerado nos diagnósticos diferenciais de massas retroperitoneais e exaustivamente estudado antes de qualquer abordagem cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto Urogenital|Cisto Retroperitoneal|Neoplasia benigna

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 363

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Aplicações e vantagens da adoção da biópsia líquida na prática cirúrgica: revisão bibliográfica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA), ANA AMÉLIA LOPES PULS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS), SÉRGIO MATTOS PULS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS)

RESUMO: A biópsia tissular é um dos exames mais comuns na prática clínica e cirúrgica, permitindo o diagnóstico, muitas vezes precoce, de diversas patologias. Entretanto, inúmeros tipos de câncer apresentam extrema heterogeneidade na composição do tumor primário, tornando a retirada de apenas uma porção tissular muitas vezes insuficiente para concluir sobre as características e variabilidade genética que ele pode apresentar. Para suprir essa maior demanda de informações que a prática médica moderna requer, e evitando a retirada de inúmeras amostras em diversos procedimentos, a biópsia líquida surge como alternativa. Entretanto, esse método é recente e ainda pouco conhecido e desenvolvido. Sendo assim, essa revisão bibliográfica tem como objetivo descrever os princípios e aplicações que a biópsia líquida pode ter na prática cirúrgica atual e futura. Buscou-se nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane artigos utilizando como descritores Liquid Biopsy, Surgery, e Practice. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve-se 31 artigos do período de 2012 a 2017 e, destes, selecionaram-se 15 que respondiam satisfatoriamente aos objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de maior fator de impacto e nível de evidência. O princípio da biópsia líquida se baseia na extração sanguínea submetida à análise do DNA e RNA livremente circulante. Com o desenvolvimento de técnicas sensíveis para detecção de mutações raras, elas se tornaram métodos de diagnóstico úteis para diversas patologias, principalmente as neoplásicas. Suas aplicações na prática cirúrgica são diversas e promissoras: trata-se de procedimento menos invasivo que a tissular, apresenta resultado mais rápido (foi demonstrado a possibilidade de detecção de resistência em células neoplásicas de 5 a 10 meses antes de métodos convencionais), pode indicar ao pós-operatório sinais residuais e recorrência e dá mais informações sobre a heterogeneidade genética tumoral, possibilitando melhor planejamento cirúrgico e terapêutico, dentre outras aplicações. A biópsia líquida é um método promissor que pode dar informações valiosas sobre a composição tumoral para melhor abordagem cirúrgica, porém ainda não presente na rotina, demandando mais pesquisas e aprimoramentos.

PALAVRAS-CHAVES: Biópsia Líquida | Aplicações | Prática cirúrgica

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 382

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Panorama da atuação do setor de Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) em relação ao SUS Vitória

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BÁRBARA AHNERT BLANCO DE MOURA MAGALHÃES (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA), FREDERICO OCTÁVIO PEROZINI DEMONER (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA), IVANNA MOREIRA SELGA DA SILVA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA), LARISSA FIRME RODRIGUES (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA)

RESUMO: Objetivo: O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, fundado em 1545, é uma entidade filantrópica e um hospital escola, que atende a toda população do Espírito Santo e uma parcela proveniente de estados vizinhos. Diante de sua conhecida importância, buscou-se evidenciar sua atuação no que tange a especialidade Cirurgia geral através da Enfermaria São Miguel. Foram comparadas, portanto, intervenções cirúrgicas realizadas no mesmo em relação ao SUS Vitória (ES) no período de 01/06/2016 à 30/06/2016. A Enfermaria do HSCMV, possui todos os leitos ativos e assegurados pelo SUS contando ainda com uma equipe de 6 médicos cirurgiões, 12 residentes cirúrgicos e até 20 internos. Método: Foi desenvolvido um estudo de caráter descritivo, prospectivo, fundamentado nos dados coletados dos prontuários da enfermaria. Foram coletados do ano de 2015 (365 dias) o nº de casos e a média de permanência SUS por meio do DATASUS, sendo posteriormente relativizados para um período 29 dias (nº de dias do período de estudo). Resultados: No mês de junho foram internados 211 pacientes. Foram excluídos os pacientes admitidos nos dias 01 e 30 de junho de 2016, totalizando uma amostra de 197 pacientes. A média de pacientes-dia foi de 22,58 e taxa de ocupação de 66,43%. A média de permanência foi de 3,32 dias. Não houve óbitos. Como causas de internação, permite-se destacar: colelitíase e colecistite (56 casos), hérnia inguinal (29 casos) e outras hérnias (15 casos), sendo a representatividade em percentual da relação entre o número de casos da enfermaria e o número de casos do SIH/SUS, respectivamente 48,69%; 52,72% e 27,27%. Conclusão: A média de permanência e a taxa de mortalidade foram menores em relação as registradas no SUS Vitória, fato que pode estar relacionado ao caráter eletivo das intervenções cirúrgicas e influenciada principalmente pelos diagnósticos de hérnia inguinal, colelitíase e colecistite, visto que estes possuíam grande quantidade de pacientes e não costumam apresentar maiores complicações, exigindo, portanto, um período pequeno de internação. Todavia, a taxa de ocupação hospitalar na enfermaria mostrou-se abaixo do padrão SUS, evidenciando necessidade de reavaliação da instituição, pois isto implica em subutilização dos leitos e aumento nos custos de manutenção hospitalar. Bibliografia: SANTA CASA DE VITÓRIA. Sobre a Santa Casa. [2013]; CNES (Brasil). Datasus. Ficha estabelecimento de saúde. [2016]; DATASUS. Sistema de informações hospitalares (SIH/SUS). [2016]

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia geral | HSCMV | SUS

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 391

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Gorlin-Goltz: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KARLOS JENNYSSON SOUSA SOARES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL/UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO ROBSON GOMES XIMENES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), THAÍSA DE SOUZA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC), DIEGO DE ARAGÃO BEZERRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), JOÃO VICTOR LEITÃO MELO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL)

RESUMO: Introdução: A síndrome de Gorlin-Goltz, também conhecida por síndrome de Gorlin, síndrome do nevo basocelular ou síndrome do carcinoma nevoide de células basais, é uma desordem rara, hereditária, autossômica dominante, de alta penetrância e expressividade variável, causada por mutações no Patched, gene supressor de tumor, localizado no cromossomo 9 (q22.3-q31), que funciona como via de sinalização de Hedgehog, controlando o desenvolvimento e crescimento dos tecidos normais. Relato de Caso: Paciente, 44 anos, do sexo masculino, branco, natural e procedente de Cruz ? Ceará, agricultor, encaminhado ao ambulatório de cirurgia oncológica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, com queixa de múltiplas lesões tumorais difusas pelo corpo, de surgimento desde a infância, com crescimento progressivo ao longo do tempo. Relatava duas cirurgias prévias, há cerca de um ano, para exérese de lesões em região de mento. Relatava ainda não fazer uso de protetor solar e estar exposto à radiação solar diariamente. Afirmava história familiar positiva, com pai com lesões semelhantes, porém nunca tratadas, e negava outras comorbidades, assim como tabagismo. Ao exame dermatológico, apresentava lesões tumorais em face, tronco e membros superiores, algumas ulceradas e sugestivas de Carcinoma Basocelular (CBC). Apresentava também hipertelorismo moderado, testa alta e larga, saliência frontal e parietal e fototipo II. Ausência de déficit cognitivo ou alterações neurológicas. Durante investigação foi realizado biópsia de algumas lesões tumorais, com laudo histopatológico compatível com CBC. Com os achados clínicos, da anamnese e do histopatológico concluiu-se tratar da síndrome de Gorlin-Goltz. Paciente foi internado e submetido à nova exérese das lesões. Conclusão: O diagnóstico e a terapêutica da síndrome de Gorlin-Goltz devem ser feitos com abordagem multidisciplinar, devido ao comprometimento de vários órgãos. O aconselhamento genético e o rastreamento de familiares são essenciais. O diagnóstico precoce deve ser realizado para que terapias menos agressivas sejam adotadas. É necessária a conscientização desses doentes sobre sua extrema sensibilidade à radiação ionizante, com potencial para desenvolver neoplasias múltiplas, principalmente CBCs e meningiomas.

PALAVRAS-CHAVES: Gorlin-Goltz | carcinoma basocelular | câncer de pele não melanoma

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 400

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EFEITO DA ESPLENECTOMIA NA LIBIDO, ATIVIDADE SEXUAL, FERTILIDADE E REPRODUÇÃO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDY PETROIANU (UFMG E SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), DALTON MUNIZ SANTOS (FAB), KELLY RENATA SABINO (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), LEONARDO DE SOUZA VASCONCELLOS (UFMG), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG)

RESUMO: EFEITO DA ESPLENECTOMIA NA LIBIDO, ATIVIDADE SEXUAL, FERTILIDADE E REPRODUÇÃO Andy Petroianu, Dalton Muniz Santos, Kelly Renata Sabino, Leonardo de Souza Vasconcellos Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil **OBJETIVO:** O baço é o principal órgão do sistema mononuclear fagocitário e, apesar de exercer múltiplas funções hematológicas, imunitárias, metabólicas, desconhece-se seu papel na atividade sexual e reprodutiva. O objetivo deste trabalho foi investigar se a asplenia interfere na libido, sexualidade, gravidez e fertilidade em ambos os sexos. **MÉTODO:** Este trabalho translacional foi realizado em duas etapas, a primeira experimental e a segunda clínica. **Estudo experimental:** Foram utilizados 25 casais de camundongos, alocados em gaiolas separadas para cada casal e distribuídos em cinco grupos: Grupo 1 - controle, sem procedimento cirúrgico; Grupo 2 - controle, submetido a laparotomia e laparorráfia apenas; Grupo 3 - esplenectomia em machos; Grupo 4 - esplenectomia em fêmeas; Grupo 5 - esplenectomia em machos e fêmeas. Os animais foram estudados quanto ao número de gestações e filhotes gerados em cada gestação. **Estudo clínico:** Foram convidados 50 homens e 50 mulheres esplenectomizados por período superior a dois anos (Grupo 1), para serem entrevistados e submetidos a exames laboratoriais, após seu consentimento voluntário e esclarecido. Igual número de homens e mulheres hígidos e portadores de baço foram incluídos voluntariamente como controle sadio (Grupo 2). As variáveis estudadas foram tempo de esplenectomia, complicações pós-operatórias relacionadas à esplenectomia, integridade física e psíquica, libido, frequência sexual, distúrbios relacionados à atividade sexual, distúrbios relacionados à gestação e distúrbios relacionados a filhos. **RESULTADOS:** Estudo experimental: Houve redução do número de gestações e do número de filhotes nos camundongos machos esplenectomizados acasalados com fêmeas normais. Estudo clínico: Os homens esplenectomizados relataram redução da libido em relação ao período anterior à esplenectomia e quando comparados com o grupo controle. Não houve diferença no número de filhos nem nos exames laboratoriais entre os homens e mulheres de ambos os grupos. Não houve diferença entre as mulheres de ambos os grupos quanto à parte sexual. **CONCLUSÕES:** Há redução do número de gestações e da prole em casais de camundongos cujos machos foram esplenectomizados. O estado asplênico reduz a libido dos homens.

PALAVRAS-CHAVES: Baço | Função | Sexo

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 403

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRANSFORMAÇÃO MALIGNA DE ENDOMETRIOSE DE PAREDE ABDOMINAL EM CARCINOMA DE CELULAS CLARAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MÁRCIO MENEZES DE OLIVEIRA (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL), JOAO KLEBER DE ALMEIDA GENTILE (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL), RENATO MIGLIORE (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL), FÁBIO JORGE NEUBANER KISTENMAKER (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL), RODRIGO BISCUOLA GARCIA (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL), FANG CHIA BIN (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL), PEDRO MARCOS SANTINHO BUENO DE SOUZA (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL), JOSE CESAR ASSEF (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL)

RESUMO: INTRODUÇÃO Endometriose é definida pela presença de estroma e glândulas de endométrio fora da cavidade uterina. Acomete cerca de 15-40% das mulheres em idade fértil, sendo o local mais comum a cavidade abdominal especificamente na pelve e raramente sítios extrapélvicos.^{1,2} A endometriose de parede abdominal representa 0,4-2% dos casos, sendo a cicatriz umbilical e cicatriz de incisões abdominais prévias, especialmente em cicatriz de cesarianas, laparoscopias e apendicectomias as mais frequentes. O tempo médio de diagnósticos médio foi de 6 a 20 anos após a cirurgia inicial, e a associação com endometriose pélvica varia de 14,3-26% dos casos.² O endometrioma é diagnosticado no pré-operatório apenas em 20-50% dos casos, sendo a queixa típica mais frequente a dor menstrual cíclica. A transformação maligna de um endometrioma de parede abdominal é um evento extremamente raro, sendo a excisão local com margens cirúrgicas o único tratamento eficaz. Aqui relatamos um caso de endometrioma de parede abdominal que evoluiu para um carcinoma de células claras de parede abdominal com metástases para o sistema linfático. RELATO DE CASO Mulher de 42 anos, G1P1A0, com história de cesariana há 7 anos e ressecção de foco de endometriose de cicatriz de cesaria há 2 anos em outro serviço recebendo o diagnóstico histopatológico de endometriose de parede abdominal. Evoluiu com aumento progressivo da região previamente ressecada há 8 meses com presença de massa abaulando a parede abdominal anterior a direita com dor local cíclica. Negava sintomas geniturinários ou gastrointestinais no período da investigação, assim como presença de linfonodos ou sintomas sistêmicos. Ao exame físico notava-se uma massa sólida de aproximadamente 10cm x 6 cm em parede anterior do abdome margeando inferiormente o púbis se estendendo até a cicatriz umbilical e lateralmente até a borda superior da crista ilíaca. No momento do exame físico não se notava aumento de linfonodos na região inguinal. CONCLUSÃO A transformação maligna de um foco de endometrioses na parede abdominal é uma complicação rara e ainda mal compreendida. A evidencia de comprometimento linfonodal e um sinal importante de doença avançada. As evidências atuais demonstram que a ressecção cirúrgica agressiva com margem de segurança ainda é o tratamento mais eficaz contribuindo para o aumento da sobrevida a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVES: Endometriose | Parede Abdominal | Adenocarcinoma células claras

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 415

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MUDANÇA DE PARADIGMAS: IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO ACERTO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OLAVO NAPOLEAO DE ARAUJO NETO (UNICHRISTUS), DANIEL LINHARES CARDOSO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), BRUNO GABRIELE COSTA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Protocolo ACERTO (ACEleração da Recuperação TOveral Pós-Operatória) é multimodal, objetiva otimizar evolução pós-operatória diminuindo estresse pós-traumático com intervenções multidisciplinares e baseadas em evidências (BE) no perioperatório. Tendência iniciou na década de 90 na Dinamarca para pacientes de cirurgias colorretais, hoje já estabelecido nessa especialidade, busca espaço em outras áreas. **OBJETIVOS:** Revisar evidências na literatura sobre utilização do protocolo ACERTO. Comparar seus desfechos com os tradicionais. Correlacionar custo e benefício. Descrever aspectos da dificuldade de implementação. **METODOLOGIA:** Revisão da literatura descrevendo o protocolo ACERTO. Estudo transversal buscando dados nas bases: The Cochrane Library, MEDLINE e UpToDate. Publicações de 2011 a 2017 em português e inglês foram revisadas priorizando mais recentes e alto fator de impacto. **DISCUSSÃO:** Método multimodal e BE, iniciou na cirurgia colorretal, mas mostrou benefícios em: cirurgia do trato digestivo, torácica, urológica, vascular, etc. Consiste em mudanças no perioperatório, adiantando recuperação funcional do paciente, reduzindo estresse cirúrgico, melhorando resposta metabólica e função gastrointestinal, diminuindo complicações e tempo de internação (até 3 dias) e custos, além de evitar o catabolismo e perda proteica. Requer colaboração interdisciplinar. Mudanças foram preconizadas, dentre elas: completa orientação para o paciente, ingestão de líquidos ricos em carboidratos até 2h antes da cirurgia, abordagens minimamente invasivas, otimização do manejo de fluidos, retirada precoce de drenos, mobilidade precoce e retomada da dieta até no primeiro dia pós-operatório. Interesse no protocolo tem crescido, mostrando dificuldades para implementação: mudança do paradigma, desconhecimento, falta suporte multidisciplinar. Implementação de novas práticas demora a se disseminar, evidências sugerem que mudança de conduta nos EUA ocorre 15 anos após evidência estar disponível, imagina-se no Brasil. **CONCLUSÃO:** Evolução pós-operatória é desafio para o cirurgião. Procedimentos cirúrgicos podem ter taxas de complicações ultrapassando 40%. Implementação do protocolo é gradual e implica benefícios para o paciente, profissional e sistema. Há dificuldades para sua implementação. Benefícios clínicos, culturais e econômicos estão sendo reconhecidos. Feedback constante e avaliação periódica dos resultados é essencial. Abordagem BE e multimodal deve se tornar padrão ouro.

PALAVRAS-CHAVES: Protocolo | ACERTO | Perioperatório

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 419

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SARCOMA DE VAGINA: 11 ANOS DE SOBREVIDA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NÉRI), JORGE MOURA COSTA DIAS TAVARES (HOSPITAL ANA NÉRI), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NÉRI), MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE (HOSPITAL ANA NÉRI), ISABELLA FERNANDA SILVA FERREIRA (HOSPITAL ANA NÉRI), DANILO BATISTA DE OLIVEIRA ABREU (HOSPITAL ANA NÉRI), DANIEL CARDOSO CAVALCANTE GUERRA (HOSPITAL ANA NÉRI), DANIELLE FREITAS SERAFIM (HOSPITAL ANA NÉRI)

RESUMO: Introdução: Relatar caso de paciente com sarcoma de vagina, apresentando 11 anos de sobrevida. Relato de caso: Paciente de 48 anos, procurou o serviço de saúde com queixa de sangramento vaginal após relação sexual. Negou doenças prévias e antecedentes oncológicos em familiares. Nega uso contínuo de quaisquer medicações. Alérgica a metoclopramida. Ao exame físico foi observada lesão escurecida em fundo vaginal, sendo realizada a biópsia no mesmo momento. A patologia revelou neoplasia maligna de alto grau de histogênese indefinida e a imuno-histoquímica sarcoma de alto grau com padrão de células pequenas (leiomiossarcoma de alto grau?, sarcoma endometrial de alto grau?). O estadiamento pré-operatório através de exames de imagem nada acrescentou ao diagnóstico. Marcadores tumorais CA125 e CEA dentro da normalidade. A paciente foi submetida em 04/11/2005 a colpectomia posterior, salpingectomia bilateral, linfadenectomia pélvica (com a exérese de 32 linfonodos), linfadenectomia lomboaórtica regrada (até a artéria mesentérica inferior, com a exérese de 9 linfonodos) e translocação dos ovários (para possível radioterapia no pós-operatório). Evoluiu com importante drenagem de linfa pelo dreno de Blake e edema acentuado de MMII, principalmente à esquerda, de resolução com medidas clínicas e posturais. A patologia revelou sarcoma residual de células fusiformes microscópico em fundo vaginal com margens livres, outras peças cirúrgicas livres de doença. Foi submetida a radioterapia e a 7 ciclos de quimioterapia no período pós-operatório, hoje após 11 anos encontra-se bem, sem queixas, contudo ainda se observa edema crônico em MIE ++/4. Conclusão: O sarcoma da vagina do adulto é uma neoplasia rara. A cirurgia é o tratamento principal. A radioterapia pós-operatória pode ajudar a melhorar a sobrevida dos pacientes com tumores maiores e de alto grau. O efeito da quimioterapia permanece incerto. O prognóstico pode estar associado ao grau e ao estágio do tumor. A terapia e o prognóstico do sarcoma vaginal requerem estudos mais aprofundados.

PALAVRAS-CHAVES: Sarcoma de vagina | Sobrevida | Cirurgia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 438

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adenocarcinoma Primário do Retroperitônio Gigante em Adolescente

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARINA LUIZA PIMENTA (UFES), ALBERTO BUGE STEIN (UFES), ELIZA MIRANDA PEREIRA (UFES)

RESUMO: Introdução:As neoplasias císticas mucinosas retroperitoneais são muito raras e pouco se sabe sobre sua etiologia. Os tumores medem entre 5 e 35 cm, com formações uni ou multiloculares. Cortes histológicos dentro do mesmo tumor geralmente apresentam áreas benignas que alternam com áreas anaplásicas. Há cerca de 75 relatos na literatura, sendo cerca de 70 pacientes mulheres e 5 pacientes homens, com uma média de idade de 43 anos. O presente caso segue um padrão de raridade, visto que acomete homem de 17 anos e o tamanho da lesão é maior do que encontrado nos demais estudos. Relato do Caso: Paciente de 17 anos, sexo masculino, referiu aumento da circunferência abdominal com evolução progressiva em 5 meses. Associou ao quadro dor diária em região lombar e escapular direita. Durante internação foi feita TC de abdome sendo vista volumosa formação cística com conteúdo líquido hipodenso, multisseptado, intraperitoneal, medindo 38 x 24 x 18 cm. O líquido abdominal da paracentese apresentava-se espesso e achocolatado, com citologia oncológica para CEA: 4,9 e Alfa-fetoproteína: 40. Paciente foi submetido a exérese de lesão cística volumosa. Foi aspirado cerca 6 litros de secreção. Feito frenorrafia, com raiz da lesão próxima ao hiato esofágico, aderida ao pilar diafragmático direito. Devido a pneumotórax espontâneo diagnosticado no pré-operatório, foi feita drenagem de tórax em selo d'água antes da cirurgia. A peça anatômica foi enviada para anatomo-patológico que constatou presença de células atípicas compatíveis com adenocarcinoma. A imunohistoquímica evidenciou positividade para CDX2, favorecendo o trato gastrointestinal como provável sítio. Durante ato cirúrgico o apêndice apresentava-se normal e a TC evidenciou pâncreas sem alteração, o que descarta tais órgãos como possíveis focos primários do tumor, reforçando a hipótese de origem retroperitoneal. Paciente teve alta hospitalar no 16º pós-operatório, estável clinicamente. Conclusão: A clínica e tratamento desta neoplasia ainda são controversos. A remoção cirúrgica é o tratamento padrão, enquanto o papel da radioterapia ou quimioterapia ainda são discutidos, estas são recomendadas em caso de ter ocorrido ruptura no intra-operatório ou existência de invasão de estruturas vizinhas. Acredita-se que nosso presente relato pode ajudar na definição de novas condutas, definindo a necessidade de tratamento adjuvante ou apenas seguimento pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma mucinoso | Primário | Retroperitoneal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 452

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cateter venoso central locado no canal vertebral através da veia vertebral ? relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDUARDO ZINONI SILVA PATO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), HELOISA SOUZA DEL FRARI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ADILSON COSTA RODRIGUES JR (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CELSO DE OLIVEIRA BERNINI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

RESUMO: Cateter venoso central locado no canal vertebral através da veia vertebral ? relato de caso Eduardo Zinoni Silva Pato; Heloisa Souza Del Frari; Adilson Costa Rodrigues Junior; Celso de Oliveira Bernini; Edivaldo Massazo Utiyama Departamento de Cirurgia Geral, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Introdução Na literatura médica, existem poucos casos relatados de um Cateter Venoso Central (CVC) locado na veia vertebral, e mais raro é a localização dentro do canal vertebral. Iremos relatar um caso que tivemos em nossa instituição. Relato de caso Paciente de 23 anos, vítima de trauma acidente automobilístico, é transportado ao hospital para atendimento. À entrada, apresentava-se com tubo orotraqueal, murmúrios vesiculares reduzidos à esquerda, saturação de oxigênio 79%, Pressão Arterial 50/26mmHg, Frequência Cardíaca 89bpm, suspeita de fratura de pelve, esfíncter anal hipotônico e anisocórico. Optado por passagem de cateter venoso central (CVC) para uso de drogas vasoativas através da veia subclávia direita (VSD). Realizada punção de acordo com técnica de Seldinger, sem intercorrências, e iniciada infusão de volume e drogas vasoativas por este acesso, devida a situação emergencial que o paciente se encontrava. Após trinta minutos, foi realizada Tomografia Computadorizada de Corpo Inteiro por conta do mecanismo de trauma. Ao método, identificamos que o CVC estava dentro do canal vertebral, tendo realizado seu trajeto através da veia subclávia e veia vertebral. Após identificação deste trajeto, o cateter foi sacado e realizada cateterização de Veia Subclávia Esquerda. Conclusão Acreditamos que o CVC estava em um vaso do plexo epidural e não dentro do espaço raquiano, uma vez que havia fluxo adequado de fluidos, bem como resposta hemodinâmica às medicações ministradas por esta via. Identificamos, nos últimos cinco anos, três casos de CVC com trajeto até a Veia Vertebral, sendo que apenas em um deles houve penetração no canal vertebral. Um dos possíveis motivos para o baixo número de casos relatados talvez seja a falta de diagnóstico de um CVC no canal cervical, uma vez que uma radiografia simples de tórax não é capaz de identificar com acurácia este posicionamento.

PALAVRAS-CHAVES: Catéter venoso central | Canal vertebral | Relato de caso

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 456

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IMPACTO DO SUPORTE NUTRICIONAL PERIOPERATÓRIO EFICAZ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL LINHARES CARDOSO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), VICTÓRIA QUEIROZ RAMOS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), AMANDA LINHARES CARDOSO (UNICHRISTUS)

RESUMO: OBJETIVOS: Revisar evidências na literatura sobre nutrição perioperatória. Comparar desfechos relacionados a diferentes técnicas de inserção de dieta pré e pós-operatórias. Relacionar evolução do paciente com método aplicado. MÉTODOS: Revisão da literatura sobre nutrição perioperatória. Estudo transversal buscando dados nas bases: The Cochrane Library, MEDLINE e UpToDate. Publicações de 2003 a 2017 em português e inglês foram revisadas priorizando mais recentes e alto fator de impacto. RESULTADOS: Estabelecido em 1946, jejum pré-operatório prolongado (8-12h) foi visto como essencial para redução de complicações em cirurgias eletivas. Adoção empírica dessa rotina servia para assegurar o esvaziamento gástrico, minimizando risco de broncoaspiração e regurgitação do conteúdo gástrico ao haver indução anestésica e redução dos reflexos protetores das vias aéreas, eventos raros mas de alta morbimortalidade. No pós-operatório (PO), evitava-se nutrição oral até a resolução do íleo ou volta da função intestinal, o que correspondia a dias. Recomenda-se jejum pré-operatório de 2h para líquidos ?clear? (água, suco, café e chá - não inclui álcool) e 6h para líquidos ?non-clear? e comidas sólidas. Após 90 minutos o estômago esvazia os líquidos ?clear?. Após 2h, metade do sólido ingerido passa pelo duodeno. Esvaziamento de sólidos depende do volume e nutrientes da refeição, é diminuído mulheres e idosos. Não cumprimento do tempo mínimo de jejum pode atrasar a cirurgia. Períodos longos de jejum favorecem ocorrência de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) e queda do estado imunológico. No PO, dieta deve ser realizada precocemente, após 12h, por via oral ou sonda nasoesférica. É segura, contribui para retorno da função intestinal, diminui tempo de internamento e acelera cicatrização. CONCLUSÕES: Nutrição perioperatória interfere na evolução do paciente. Abreviação do jejum contribui para redução da resposta metabólica, resistência à insulina e internamento. Retorno funcional do íleo e a redução de complicações PO são minimizados com a retomada precoce da dieta. Deve-se questionar práticas empíricas e buscar adotar medidas baseadas em evidências. Apesar dos benefícios da redução do jejum perioperatório e malefícios do jejum prolongado para a evolução do paciente, baixa aderência persiste. Prática baseada em evidências e centrada no paciente aumenta satisfação do tratamento e melhora o prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: PERIOPERATÓRIO|NUTRIÇÃO|EVOLUÇÃO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 473

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cisto de mesentério causando obstrução de sigmoide

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI (CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), MARILIA COLTURATO CLETO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS)

RESUMO: Os cistos abdominais mesentéricos gigantes são raros, com a frequência de 1/100.000 em adultos e de 1/20.000 a 35.000 em crianças. Por se tratar de uma condição relativamente incomum, as condutas não são protocoladas e dependem das características do caso, onde deve ser levado em consideração a localização do cisto, sua classificação histopatológica e os sintomas. As queixas mais comuns são desconforto abdominal, dores agudas e crônicas, náuseas, vômitos, distensão abdominal e o paciente pode apresentar choque por ruptura ou sangramento do cisto e pela compressão externa. A localização mais comum é no intestino delgado, no íleo e também pode ser encontrado no mesentério, do jejeuno ao reto. A classificação histopatológica pode ser dividida em: cistos de origem linfática; cistos de origem mesotelial; cistos entéricos; cistos de origem urogenital; cistos dermóides e Pseudocistos (formado de lesão infecciosos e traumáticos).

Apresentamos um caso de obstrução de sigmoide devido a grande cisto mesentérico. Paciente com queixa de dor em flanco esquerdo há 15 dias acompanhado de dificuldade para urinar e evacuar. Refere que a dor é de forte intensidade com irradiação para todo o abdome inferior. Refere que sente dificuldade para urinar desde antes do quadro, porém nesses últimos dias piorou, ficando com a frequência urinaria aumentada e por vezes gotejamento da urina. Teve leve melhora da dor abdominal após passagem de SVD. A tomografia apresenta volumosa imagem cística septada, com conteúdo denso, ocupando a pelve e o flanco E, medindo 24,4 x 11,4 x 22,1 com volume estimado de 3194mL; cisto cortical em rim E; leve dilatação pielocalicial a esquerda, provavelmente por compressão extrínseca. Indicado a ressecção cirurgia do cisto, paciente apresenta melhora do quadro com alta no 3 pós operatório.

O objetivo do tratamento dos cistos mesentéricos é a remoção total do cisto sendo a conduta cirúrgica a mais utilizada pois pode existir a necessidade de ressecção tegumentar dos intestinos, em alguns casos. Pode ser realizado drenagem, marsupialização ou ressecção. A ressecção ainda é a melhor escolha porque quando é realizada a drenagem simples há chance do cisto reaparecer e a marsupialização não é a escolha frequente pelo alto risco de infecção.

PALAVRAS-CHAVES: cisto | mesentério | obstrução

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 481

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cisto hidatíco do músculo psoas direito causando hidronefrose

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI (CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), MARILIA COLTURATO CLETO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS)

RESUMO: A doença hidatídica é endêmica no Oriente médio e na Índia, causada por uma infecção zoonótica por *Echinococcus granulosus* e raramente por *Echinococcus multilocularis*. A doença se caracteriza pelo crescimento lento de massas císticas podendo ser intra ou retroperitoneais, que se desenvolvem secundariamente a ruptura espontânea ou iatrogênica do cisto hepático, esplênico ou mesentérico e raro o envolvimento primário do peritônio. O diagnóstico é muito difícil devido à natureza assintomática principalmente quando o cisto hidatíco está localizado no tecido muscular. O cisto pode ser dilatado e com isso comprimir os órgãos adjacentes como vertebra, rim, ureter levando a hidronefrose que é, em muitos casos, o primeiro e principal sintoma. Apresentamos um caso em paciente do sexo masculino de 35 anos com historia de dor abdominal e lombar ha 30 dias e massa palpável em fossa ilíaca esquerda, feito tomografia computadorizada que evidenciou grande massa cística em musculo psoas com septacoes , hidronefrose com provável compressão extrínseca , exames laboratoriais sem particularidades. Indicado laparotomia exploradora com excisao total do cisto paciente evoluindo bem com alta no 3 pós operatório Como diagnóstico diferencial deve ser considerado os tumores cistos ou complexos retroperitoneais, abscesso frio ou piogênico no musculo psoas. Para diagnóstico podem ser realizados testes sorológicos como imunoeletoforese, ensaio imunoenzimático (ELISA), aglutinação de látex e hemaglutinação indireta (IHA), servindo também para rastreio e seguimento pós-operatório de recorrência. No entanto, estes testes podem ser negativos porque a capsula isola o parasita do sistema imunitário do hospedeiro. No auxílio do diagnóstico a ultra-sonografia, tomografia computadorizada e recentemente, a ressonância magnética podem ser utilizadas. Fazer o diagnóstico é de extrema importância porque é necessário realizar um adequado pré-operatório bem como durante a cirurgia para evitar disseminação.

PALAVRAS-CHAVES: cisto | hidatidose | obstrucao

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 484

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cirurgia de Sugarbaker por neoplasia ovariana: 9 anos de sobrevida

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NÉRI), LEONARDO AUGUSTO OLIVEIRA (HOSPITAL ANA NÉRI), DANILO BATISTA DE OLIVEIRA ABREU (HOSPITAL ANA NÉRI), ÁVIO MOTA BRASIL NETO (HOSPITAL ANA NÉRI), JOÃO PAULO NUNES BRANDÃO (HOSPITAL ANA NÉRI), DANIELLE FREITAS SERAFIM (HOSPITAL ANA NÉRI), GLÉDSON DE OLIVEIRA MACHADO (HOSPITAL ANA NÉRI)

RESUMO: Introdução: Relato de caso de paciente com portadora de adenocarcinoma mucinoso de ovário e trompa submetida a cirurgia de Sugarbaker com sobrevida de 9 anos. Relato de caso: Paciente 40 anos, menarca aos 13 anos, coitarca aos 20 anos, G0P0A0, DUM há aproximadamente 10 dias da admissão, nega alergias, passado cirúrgico ou doenças prévias dignas de nota. Referindo dor em baixo ventre e aumento progressivo do volume abdominal, realizou USG TV que mostrou ovários aumentados de tamanho (51 cm³ a direita e 453 cm³ a esquerda) a custa de formação cística bilateral heterogênea. Doppler revelando neovascularização bilateral. Tumoração móvel em FIE ao exame físico. Marcadores Ca125: 12 ng/ml e CEA: 21 ng/ml. Laparotomizada em 09/2005, foi evidenciada carcinomatose peritoneal difusa. Feita anexectomia esquerda e biópsia de congelação que revelaram adenocarcinoma mucinoso de ovário e trompa. Realizada então cirurgia de Sugarbaker (pan-histerectomia, apendicectomia, omentectomia do grande e pequeno epíploons, peritonectomia de abdome inferior e superior, inclusive diafragma, colecistectomia e esplenectomia; evoluiu com distúrbio de coagulação no pós-operatório e derrame pleural esquerdo, manejados clinicamente e por drenagem de tórax. Após alta foi submetida a 06 (seis) ciclos de quimioterapia venosa. Em 2009 cursa com recidiva confirmada por biópsia sendo então implantado Port-A-Cath para quimioterapia intraperitoneal, sendo logo suspensa por queixas algicas. Evoluiu bem com doença sob controle com novo ciclos quimioterápicos endovenosos, sem queixas, até que em janeiro de 2014 apresentou infecção no trajeto do Port-A-Cath, vindo a falecer por sepse. Conclusão: Os carcinomas mucinosos do ovário são, em seguida aos serosos, os carcinomas epiteliais mais comuns. Habitualmente se apresenta ?em manto?, recobrando diversos órgãos e estruturas intra-abdominais, dificultando sua remoção completa. A cirurgia de SugarBaker se aplica na remoção destas lesões, na tentativa de se atingir a meta R0, complementando-se com a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica, o que não foi realizado pela sua ausência em nosso estado, àquela época. Nossa paciente sobreviveu por nove anos após cirurgia de Sugarbaker, com doença recidivada porém controlada, vindo a falecer por complicações infecciosas do catéter intraperitoneal.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasia ovariana|Sugarbaker|cirurgia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 485

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Gravidez ectópica extra-tubária: relato de 4 casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ALAN FONSECA AIRES (HOSPITAL ANA NÉRI), ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NÉRI), JAMILE CARAMELLO ORTINS SAMPAIO (HOSPITAL ANA NÉRI), ÁVIO MOTA BRASIL NETO (HOSPITAL ANA NÉRI), LEONARDO AUGUSTO OLIVEIRA (HOSPITAL ANA NÉRI), GUSTAVO DOS SANTOS CERQUEIRA SILVA (HOSPITAL ANA NÉRI), DANIELLE FREITAS SERAFIM (HOSPITAL ANA NÉRI)

RESUMO: Introdução: relato de uma série de 4 casos em um Serviço Médico Privado de Salvador-BA com pacientes que apresentaram gravidez ectópica onde o diagnóstico precoce e a conduta adotada foram definidoras quanto ao desfecho favorável. Relato de casos: Pacientes com idades entre 20 e 33 anos, sem comorbidades, primigestas, com tempo de amenorreia entre 5 a 7 semanas, todas acompanhadas por serviço de pré-natal, com gestação confirmada pela elevação compatível do beta-HCG. Dão entrada em Unidade Médica de Urgência com queixas similares: relato de dor pélvica de leve a moderada intensidade, sem sangramento vaginal ou outros sintomas. Diante do quadro clínico e do USG-transvaginal, associado a diminuição progressiva dos níveis de beta-HCG, suspeitou-se de 3 casos de gravidez tubária e de um caso de gravidez ovariana com lesões apresentando tamanho maior ou igual a 4 cm. Todas as pacientes foram submetidas à videolaparoscopia sendo encontrados 3 casos de gravidez cornual e 1 caso de gravidez ovariana. Dois casos de gravidez ovariana foram convertidos para laparotomia e realizada salpingectomia + exérese do corno uterino acometido, e 1 caso foi finalizado por via laparoscópica; na paciente que apresentou gravidez ovariana foi realizada ooforoplastia + salpingectomia videolaparoscópica. Pacientes apresentaram boa evolução no pós-operatório, recebendo alta hospitalar sem queixas. Três pacientes relataram gestação tópica sem intercorrências no seguimento. Perdeu-se o seguimento da quarta paciente. Conclusão: a gravidez ectópica é a principal causa de morte materna no primeiro trimestre de gestação, sendo essencial a sua suspeita na presença de sintomas compatíveis, tendo a confirmação do diagnóstico através da realização de USG-transvaginal e a dosagem do beta-HCG. A necessidade do diagnóstico precoce consiste na melhor eficácia de tratamentos conservadores e sobretudo na abordagem cirúrgica efetiva quando necessária, evitando-se os riscos adicionais de um procedimento de emergência, com menor morbi-mortalidade no pós-operatório e melhores resultados acerca do futuro reprodutivo.

PALAVRAS-CHAVES: Gravidez ectópica | videolaparoscopia | Cirurgia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 488

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: As várias faces da endometriose profunda

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NÉRI), LEONARDO AUGUSTO OLIVEIRA (HOSPITAL ANA NÉRI), TÁSSIA MENDES FRANCO (HOSPITAL ANA NÉRI), MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE (HOSPITAL ANA NÉRI), JORGE MOURA COSTA DIAS TAVARES (HOSPITAL ANA NÉRI), JOÃO RAFAEL SILVA SIMÕES ESTRELA (HOSPITAL ANA NÉRI), FILIPE DE SOUZA DAMASCENO (HOSPITAL ANA NÉRI)

RESUMO: Introdução: A endometriose profunda, também denominada endometriose infiltrativa, caracteriza-se por focos com mais de 5 mm de profundidade e podem envolver órgãos e estruturas como os ligamentos uterossacos, bexiga, ureteres, vagina, septo reto-vaginal, reto, sigmoide, intestino grosso e íleo. Dentre diversos casos que atendemos selecionamos três que representam diferentes fases da infiltração endometriótica e suas consequentes abordagens. Relato de casos: Pacientes com idades variando entre 23 e 45 anos, submetidas a um ou dois partos cesareanos sem intercorrências e com queixas de dor pélvica crônica peri-menstrual desde a adolescência, com melhora parcial com a suspensão medicamentosa do ciclo menstrual. Investigadas com dosagem de CA125, variando de 55 a 75 nanog/ml, e com exames de imagem com protocolo para endometriose profunda, tiveram diagnóstico de nodulação endometriótica em ligamento uterossacro, endometriose profunda acometendo a camada muscular do retossigmoide e tumoração na luz retal unindo este órgão ao útero. Foram submetidas, em ordem, a exérese de nodulação endometriótica e peritonectomia retrouterina por videolaparoscopia, a ressecção discoide da seromuscular do reto por laparotomia e a retossigmoidectomia + histerectomia total por laparotomia. As pacientes evoluíram sem intercorrências ou complicações, estando em acompanhamento especializado. Conclusão: A endometriose profunda é uma doença que se manifesta de diversas formas, consequentemente tem sintomatologia ampla e diversos diagnósticos diferenciais. É a forma mais agressiva da endometriose e, por fim, um desafio diagnóstico/terapêutico para o cirurgião.

PALAVRAS-CHAVES: Endometriose profunda | Cirurgia | Laparotomia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 492

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor Glômico: Uma entidade de fácil diagnóstico e tratamento?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL MIRANDA DE OLIVEIRA (HOSPITAL VILA DA SERRA), MILHEM JAMELEDIEN KANSAON (HOSPITAL VILA DA SERRA), ALINE CASSIA SOUZA AMARAL (HOSPITAL VILA DA SERRA), ANDRE LUIZ COTA BICALHO (HOSPITAL VILA DA SERRA), ANNA TERESA MOREIRA NEVES (HOSPITAL VILA DA SERRA)

RESUMO: Descrito pela primeira vez por Wood em 1812 o tumor glômico é um tumor benigno de estrutura Neuromioarterial. Em 1920 Barre e Masson descreveram as características clínicas desse tumor e reafirmaram a real valia da exérese total. Mais frequente em mulheres entre a terceira e a quinta década de vida, afeta extremidades em 80% dos casos, sendo também encontrado em vísceras do abdominais. Seu diagnóstico é eminentemente clínico, sendo a tríade de sintomas clássicos a dor paroxística, sensibilidade local e a hipersensibilidade a mudança de temperatura. Exames como radiografia, tomografia, ressonância magnética e angiografia podem ser realizados afim de elucidar o caso a procura da cápsula tumoral. Por ser um tumor raro, representando apenas de 2% a 4,5% dos tumores de mãos, possui uma demora média de sete anos de diagnóstico pós sintomas, como elucidada Gandon et al. em seu trabalho retrospectivo sobre tumor glômico em mãos; a exérese total do tumor é descrita como a única maneira de tratamento, inclusive com extirpação da cápsula, diminuindo a recidiva local, recidiva essa encontrada em até 15% dos casos. Tal fato prevê então o seguimento longo ambulatorial do paciente. Atendido em ambulatório em abril de 2016, no Hospital Vila da Serra em Nova Lima- MG, uma mulher de 20 anos, com queixa de lesão recidivada em hálux direito; relata exérese dessa lesão em outubro de 2014, porém em dezembro de 2015 recidivou e desde então mantém crescimento progressivo, associado a hipersensibilidade e dor intermitente. Ao exame visibiliza lesão arredondada azulada subungueal associada a necrose ungueal; Dor acentuada ao pressionar o local com instrumento cilíndrico rombo (teste de Love). Trazia consigo uma ressonância de pé direito, previamente solicitada por dermatologista assistente, na qual demonstrava lesão ovalada em base ungueal de hálux direito com hipercaptação em T1. Com hipótese diagnóstica de Tumor Glômico realiza-se exérese ungueal associada a exérese em cunha da lesão com cauterização do sítio cirúrgico; anatomopatológico demonstrando microscopia compatível com tumor glômico. O tumor glômico por ser uma doença rara pode ter seu diagnóstico atrasado custando ao paciente uma morbidade maior pelos sintomas e exérese cirúrgica mais extensa com o crescimento tumoral; trazemos então o caso a fim de corroborar para a formação do médico cirurgião, uma vez que seu tratamento se passa necessariamente pela cirurgia, diminuindo assim a morbidade aos pacientes com tal patologia.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor Glômico | Glomus | Tumor em mãos

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 502

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PSEUDOMIXOMA PERITONEAL CURSANDO COM APENDICITE AGUDA COMPLICADA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISADORA OLENSCKI GILLI (FACULDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS), JAMILE CAROLINA BORTOLETTO (FACULDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS), ISABELA PIZA MICELLI (FACULDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS), HEITOR PEREIRA BORGES BONOLO (FACULDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS), IVANA LUNEZO GUIMARÃES DE OLIVEIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS), SILVIO BATISTA GARCIA SIMÕES (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS), MÁRIO CÉLIO DE MORAES (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS), MARCUS VINICIUS RONCADA PERES (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: Pseudomixoma peritoneal (PMP) é uma síndrome caracterizada pela disseminação de tumores mucinosos e ascite mucinosa no abdome. Trata-se de uma doença rara com incidência de 1-2 casos por milhão, com predomínio no sexo feminino e diagnosticada geralmente após os 40 anos. Apresenta-se com sinais e sintomas inespecíficos, como dor e distensão abdominal progressiva, ascite, massa pélvica e até mesmo sinais de apendicite ou obstrução intestinal. Trata-se de uma doença originada em um tumor mucinoso primário do apêndice (90% dos casos). Os métodos diagnósticos incluem tomografia computadorizada do abdômen (evidenciando padrão de distribuição compartimentado, característico da ascite mucinosa) e estudo histopatológico. A terapêutica consiste na eliminação das coleções mucinosas e do tumor secretor de mucina, através da ressecção visceral e peritoneal e por vezes quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) e intravenosa. Método: Relato de caso baseado em revisão de prontuário do paciente e inventário clínico-cirúrgico e de imagem. Objetivo: Relatar caso de paciente com PMP cursando com apendicite aguda complicada e a importância de seu diagnóstico precoce para evitar recidivas após tratamento. Relato de caso: Paciente de 65 anos, sexo masculino, internado no serviço de cirurgia do Hospital e Maternidade Celso Pierro em março de 2016 para investigação de dor abdominal em fossa ilíaca direita, compatível clinicamente com apendicite aguda, tendo realizado US/TC de abdomen corroborando com o diagnóstico. Foi submetido à Laparotomia Exploradora e Apendicectomia. O AP revelou Adenocarcinoma mucinoso peritoneal de baixo grau (PMP). Foi optado por estadiamento (TC de abdomen: massa nodular, heterogênea pélvica e espessamento peritoneal) e indicado reabordagem cirúrgica com a proposta de ampliação da margem. Realizou-se exérese do tumor pélvico e dos implantes peritoneais identificados no intra-operatório. Paciente evoluiu bem, sem indicação de adjuvância pela Oncologia devido significativa redução das coleções intra-abdominais ao exame de imagem de controle. Conclusão: O critério mais importante para este diagnóstico é a sua urgência de tal forma que, a retirada do apêndice, previamente à sua ruptura, assume bom prognóstico. Assim, a consciência desta condição é de extrema importância para o diagnóstico precoce e tratamento adequados já que, os achados clínicos são inespecíficos e o paciente pode evoluir rapidamente para um quadro irreversível e fatal.

PALAVRAS-CHAVES: Pseudomixoma peritoneal | Apendicite aguda complicada | Ascite gelatinosa /adenomucinosose

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 505

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESTENOSE MITRAL SECUNDARIA A RABDOMIOSSARCOMA PRIMARIO EM ATRIO ESQUERDO: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO GUIMARÃES MIRANDA (UNOESTE), THALITA JUAREZ GOMES (UNOESTE), FLÁVIO MESQUITA SAMPAIO GIOVANNINI (UNOESTE), ANY CAROLINE ALJONAS PIVA (UNOESTE), KARINA GALLI CARDOSO MELLO (UNOESTE)

RESUMO: Objetivo: Descrever os achados clínicos, etiológicos, diagnósticos e terapêuticos do rabdomiossarcoma cardíaco encontrados na literatura científica atual e descrever o caso de uma paciente diagnosticada com a doença acompanhada em hospital de alta complexidade do interior do Estado de São Paulo. Método: Estudo de caso qualitativo, observacional, descritivo, fundamentado em 17 artigos científicos publicados entre 1997 e 2014 indexados em bases eletrônicas. Resultados: Paciente feminina, 27 anos de idade, dá entrada no serviço de pronto socorro de hospital de alta complexidade do interior do Estado de São Paulo com queixa principal de dispneia progressiva, dor precordial e síncope. A paciente foi diagnosticada com rabdomiossarcoma primário em átrio esquerdo por meio de ecocardiografia que acusou enchimento ventricular esquerdo com dificuldade por obstrução causada por massa diastólica com tendência à prolapsar para o ventrículo esquerdo através da valva mitral, além de massa ecogênica grande (6,8 x 4,7cm) fixada no septo interatrial, sugerindo mixoma atrial, associada a ressonância magnética, tomografia computadorizada e análise anatomopatológica. A intervenção cirúrgica realizou ressecção total do tumor interatrial esquerdo extenso e septoplastia atrial direita, com necessidade de acompanhamento quimioterapêutico. Conclusão: A escassez de trabalhos seriados limita o estudo do rabdomiossarcoma. Seu diagnóstico é comprometido pelos sintomas inespecíficos necessitando de métodos de imagem e anatomopatológicos para o diagnóstico definitivo. A cirurgia é o método de escolha para o tratamento, estando acompanhada por quimioterapia. O presente estudo ilustra um evento raro de rabdomiossarcoma atrial primário, que embora raro e letal, apresenta indicação cirúrgica para ressecção do tumor e definição do diagnóstico para análise do tecido tumoral. Há ainda a necessidade de tratamento quimioterápico a fim de se proporcionar cuidado paliativo e incremento na qualidade de vida e expectativa de vida dos indivíduos acometidos. A decisão cirúrgica foi o tratamento inicial devido às conseqüências estenosantes causadas pela massa tumoral no átrio esquerdo manifestadas pelos sintomas da paciente e pelo grande volume da massa neoplásica.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias cardíacas | Sarcoma de tecidos moles | Rabdomiossarcoma

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 509

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DO NRS 2002 E FORÇA DE PREENSÃO MANUAL COMO PREDITORES DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM CIRURGIAS ABDOMINAIS DE GRANDE PORTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAISSA JOSÉ DE FRANÇA CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), PEDRO EDER PORTARI FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), RAPHAEL MOURA XAVIER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), JÚLIO CESAR TOLENTINO JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

RESUMO: Objetivos: Analisar se avaliação nutricional e funcional através do Nutritional Risk Screening 2002 e análise da Força de Preensão Manual (FPM) são preditores confiáveis de complicações e morte no período pós-operatório em pacientes submetidos à grandes cirurgias abdominais. A desnutrição relaciona-se a maior morbimortalidade em pacientes internados em hospitais e, se associada à doenças crônicas, críticas ou trauma, pode levar ao hipercatabolismo proteico, destacando-se a sarcopenia, síndrome relacionada à perda muscular e prejuízo funcional, associada a complicações pós-operatórias. Portanto, a identificação precoce e tratamento da desnutrição são importantes para reduzir custos e melhorar a qualidade de vida através da minimização de complicações e tempo de internação. Métodos: Aplicou-se o escore NRS 2002 e realizou-se a medida da FPM da mão dominante no pré-operatório de pacientes internados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle submetidos à cirurgias abdominais de grande porte. Após a cirurgia, o grupo foi monitorado nos 60 dias subsequentes, e os dados foram confrontados quanto ao aparecimento de complicações pós-operatórias e óbitos. Será calculado o escore preditivo positivo e negativo das medidas em relação às complicações. Resultados: Participaram 10 pacientes, 40% do sexo masculino e 60% do sexo feminino, sendo que 30% desenvolveram complicações pós-operatórias. Encontrou-se 90% sob risco nutricional, sendo 50% do total desnutrido grave, ambos segundo o NRS 2002. Observou-se que este grupo apresentou maior morbidade, já que 66,66% dos que desenvolveram complicações pós-operatórias estavam no grupo com risco nutricional. Em relação a FPM, 50% apresentaram valores inferiores à média para idade e gênero, sendo este grupo de maior morbidade, agregando 66,66% dos pacientes com complicações pós-operatórias. Além disso, 80% daqueles com FPM abaixo da normalidade apresentaram desnutrição grave segundo o NRS 2002. Conclusão: Os dados preliminares de 2 meses de estudo parecem corroborar os achados da literatura quanto a relação entre escores aumentados de NRS 2002 e diminuição da força muscular avaliada pelo teste da FPM com o aparecimento das complicações pós-operatórias. Ressalta-se que são dados ainda preliminares com uma população pequena. Bibliografia: Sato T, Aoyama T, Hayashi T, Segami K, Kawabe T, Fujikawa H, et al. Impact of preoperative hand grip strength on morbidity following gastric cancer surgery. Gastric Cancer. Springer Japan; 2015;3?9.

PALAVRAS-CHAVES: handgrip|NRS 2002|sarcopenia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 518

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL DA DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS DE UTI NO ESTADO DO PARÁ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAIANA CERQUEIRA FERRAZ (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), RODRIGO RODRIGUES DA SILVA (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), DILMA COSTA DE OLIVEIRA NEVES (CENTRO EDUCACIONAL DO PARÁ)

RESUMO: Estima-se que são necessários 2,5 a 3 leitos por mil habitantes, no entanto recomenda que para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares por clínica deve ser levado em consideração o percentual de internações programadas pelo gestor, tomando como base a população, a taxa de ocupação hospitalar e o tempo médio de permanência segundo cada especialidade. **Objetivo:** Descrever a distribuição e disponibilidade de leitos de UTI no Estado do Pará, demonstrando a real situação do Estado. **Método:** Foram utilizados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES, referentes ao mês de setembro de 2016. Os dados foram extraídos pelo programa Tabwin da Internet (Tabnet) e posteriormente convertidos em planilhas do programa Excel 7.0. O estudo foi realizado agrupando-se os 144 municípios constituintes do Estado do Pará. **Resultados:** a região do Pará, a única região do Estado que possui UTI I (SUS) e a Região do Araguaia (5). as regiões que possuem maior número de leitos de UTI II (SUS) são: Metropolitana I (142), Carajás (20) e Rio Caetés. A região de saúde que tem maior número de leitos UTI Adulto I (Não SUS) é a Região Metropolitana I. As regiões de saúde que tem maior número de leitos UTI Adulto II (Não SUS) são: Metropolitana I (71) e Baixo Amazonas com 13 leitos. **Conclusão:** os resultados sobre o número de UTI no Estado do Pará SUS e Não SUS que mostram-se insuficiente para a demanda das regiões de Saúde, principalmente dos interiores, fazendo com que muitas pessoas saiam de seus locais de origem em busca de leitos, causando um desconforto tanto para o paciente quanto para o sistema, que por sua vez sobrecarrega-se nos grandes cidades do Estado. A falta de leitos resulta no cancelamento de cirurgias eletivas, no atraso da admissão de pacientes com urgência médica e na alocação dos mesmos em leitos inapropriados (clínico versus cirúrgico, feminino versus masculino). Acrescido a esse cenário há a dificuldade de transferência de pacientes entre alas, com eventual postergação de altas da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), podendo elevar o tempo de permanência hospitalar. **Referências:** ANTUNES, J.L.F. Hospital: Instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras; 1991. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. BRAGA NETO, F.C; BARBOSA, P.R; SANTOS, I.S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências.

PALAVRAS-CHAVES: DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS | ESTADO DO PARÁ | LEITO DE UTI

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 546

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fístula colecistoduodenal e Íleo Biliar - Um relato de Caso,

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ISMAIL SPLITT (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), MAICO PAULO ALFLEN (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BETINA NEUTZLING (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), OSCAR EDUARDO LUZ DE CARVALHO LEITE (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), ANTONIO RENATO BANDEIRA MONDELO (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES)

RESUMO: Introdução: O íleo biliar é uma complicação rara da colelitíase, se comporta como uma oclusão intestinal mecânica devido à impactação de um ou mais cálculos na luz do intestino, como resultado de uma comunicação anômala (fístula biliar) entre o trato gastrointestinal e o sistema biliar. Embora os cálculos biliares sejam responsáveis por menos de 3% dos casos de obstrução intestinal, entre os pacientes com mais de 65 anos, esse índice chega a atingir 20 a 25%. Sintomas mais comuns incluem náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal, a Tríade de Riegler (obstrução do intestino delgado, cálculos biliares ectópicos e ar na via biliar) é característica da doença. O exame de imagem com maior acurácia diagnóstica é a Tomografia Computadorizada. Remoção do cálculo para reversão da obstrução intestinal. A ressecção intestinal somente está indicada se houver perfuração ou isquemia de alça. Relato de caso: JCL, 86 anos, masculino, procura emergência do Hospital Ernesto Dornelles dia 28/01/2017 por queixa de vômitos pós-prandiais tardios há 1 mês. Relata inapetência, emagrecimento. Ao exame, presença de massa em região epigástrica interrogada. Realizou TC de abdome total com contraste dia 28/01 que aventou a possibilidade de fístula colecistoduodenal, sugerido investigação com ressonância magnética. RNM de abdome do dia seguinte evidenciou vesícula biliar parcialmente distendida, sem evidência de cálculos no seu interior, com defeito de continuidade na parede anterior da vesícula biliar, com fístula colecistoduodenal, medindo cerca de 1,0cm. Optado inicialmente por tratamento conservador, dia 31/01 realizou EDA que não evidenciou cálculo biliar até a 3ª porção duodenal. Transição do bulbo para D2 com grande fístula para a vesícula, com presença de edema porém com trânsito preservado. Por deteriorização do quadro clínico e alteração do hábito intestinal dia 03/02 foi realizada nova TC de abdome que mostrou imagem espontaneamente densa de hiperatenuação, arredondada, com 4,3cm, determinando obstrução ao menos parcial de uma alça intestinal delgada, cujas paredes estão espessadas, quadro compatível com ílio-biliar. Paciente foi levado para laparotomia de urgência na qual foi realizada enterotomia, retirada do cálculo e rafia primária. Conclusão: O diagnóstico precoce das colelitíases em pacientes idosos e sintomáticos, bem como a colecistectomia eletiva, faz-se necessário para evitar tais complicações.

PALAVRAS-CHAVES: Íleo Biliar | Fístula Colecistoduodenal | Obstrução intestinal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 571

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Embolização esplênica pré-operatória na doença linfoproliferativa: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULA CAROLINA DE OLIVEIRA ANDRADE (HOSPITAL FELICIO ROCHO), GUSTAVO LARANJO AVELAR (HOSPITAL FELICIO ROCHO), ANDRÉ DELLARETI BARRETO MARTINS (HOSPITAL FELICIO ROCHO), LUIZ AUGUSTO DE OLIVEIRA MACHADO (HOSPITAL FELICIO ROCHO), DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND (HOSPITAL FELICIO ROCHO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O primeiro caso de embolização da artéria esplênica foi descrito por Madison em 1973, como uma terapia para o tratamento do hiperesplenismo. Atualmente essa prática tem seu papel bem definido e direcionado principalmente nos pacientes portadores de hiperesplenismo com plaquetopenia importante, que coloca em risco a vida do paciente devido aos riscos elevados de sangramentos espontâneos ou traumáticos. RELATO DE CASO: LMD, 54 anos, sexo feminino, portadora de esplenomegalia gigante cursando com plaquetopenia e leucopenia, sem causa definida, com suspeita de doença linfoproliferativa e em acompanhamento hematológico. Foi submetida à embolização da artéria esplênica no pré-operatório de esplenectomia total para proporcionar uma esplenectomia funcional com menor risco de sangramento peroperatório. O surgimento da dor após embolização é um sinal importante que defini o sucesso do tratamento. Durante a cirurgia foi encontrada esplenomegalia gigante (baço IV de Boyd), congesto. O procedimento foi realizado 48 horas após a embolização arterial no hilo esplênico. A paciente evoluiu sem intercorrências durante todo o pós-operatório, recebendo alta hospitalar e mantendo acompanhamento cirúrgico e hematológico. CONCLUSÃO: A embolização da artéria esplênica é um recurso opcional no pré-operatório de esplenectomia total em pacientes com baço gigante, tendo em vista a possibilidade do controle do sangramento peroperatório através de uma técnica hemodinâmica que veio agregar segurança ao procedimento cirúrgico. Atenção deve ser dispensada ao tempo entre a embolização e o procedimento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: Embolização da artéria esplênica | Embolização esplênica pré-operatória | Esplenectomia na doença linfoproliferativa

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 572

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PARAGANGLIOMA EXTRA-ADRENAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARA ALMEIDA MIRANDA (FACULDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS), JULIANA RIBEIRO RODA (FACULDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS), CAMILA CRISTINA LACERDA (FACULDADE DE MEDICINA - PUC-CAMPINAS), JONICE BLASIOLI COSTA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS), BERNARDO MULINARI DE LACERDA PESSOA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS), SALVADOR AFFONSO F. PINHEIRO (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS), MARCUS VINICIUS RONCADA PERES (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - HMCP - PUC-CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: Paragangliomas ou feocromocitomas extra-adrenais são tumores das células cromafins do sistema neuroendócrino, secretores de catecolaminas, de localização habitual extra-adrenal a qualquer nível simpático com incidência de 1-2 por milhão. A faixa etária mais frequente gira em torno de 40-50 anos de idade. Pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar hipertensão arterial sistêmica / paroxismos ou complicações resultantes do aumento de volume tumoral com metástases. A TC é o exame inicial mais utilizado para localização do tumor. A RNM tem eficácia semelhante à TC porém é mais eficaz na detecção de tumores extra-adrenais. Existem diferentes abordagens terapêuticas para esta patologia, mas a cirurgia constitui o seu único tratamento curativo, porém, estímulos como a cirurgia podem provocar um aumento da secreção de catecolaminas, originando complicações com potencial risco de vida para o doente. Relato de caso: Paciente masculino, branco, 78 anos deu entrada no Serviço de Cirurgia Geral do HMCP em setembro de 2016 com quadro de dor e aumento de volume abdominal associado com tumoração palpável sem alterações de trânsito intestinal ou urinário. Apresentava antecedentes de DM2 e HAS de difícil controle. Realizado US Abdomen que mostrou presença de lesão expansiva heterogênea, com áreas ecogênicas em seu interior, de contornos parcialmente lobulados, medindo 16x15x10cm, que mantinha aparente contato com a aorta, e tinha seu epicentro de difícil identificação. Pela RNM de abdome imagem de massa retroperitoneal de grande volume, sólido-cística, próxima à veia cava inferior. O paciente foi submetido à Laparotomia Exploradora sendo identificada tumoração retroperitoneal volumosa que se mostrava aderida à alças de delgado, à aorta abdominal e à veia cava inferior porém sem invadí-los sendo ressecada com sucesso. Durante a cirurgia, paciente apresentou emergência hipertensiva controlada. Encaminhado à UTI no pós-operatório onde apresentou IAM com choque cardiogênico refratário evoluindo a óbito. O estudo AP/IHQ resultou Paraganglioma extra-adrenal do sistema neuroendócrino simpático-adrenal. Conclusão: Paraganglioma é uma entidade patológica rara, cujo diagnóstico geralmente é tardio e constitui um desafio devido manifestações clínicas inespecíficas e pobres e estar associada à mortalidade elevada na presença de complicações visto seu caráter secretivo catecolaminérgico como no caso em questão cuja evolução foi desfavorável devido a este fator.

PALAVRAS-CHAVES: Tumores retroperitoneais|Paraganglioma extra-adrenal|Feocromocitoma

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 593

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER (MRKH) ASSOCIADA A TERATOMA MADURO UNILATERAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO NUNES BRANDÃO (HOSPITAL ANA NERY), ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NERY), JÉSSICA SANTANA PORTO (HOSPITAL ANA NERY), JÉSSICA PALMA SOARES (HOSPITAL ANA NERY), ÁVIO MOTA BRASIL NETO (HOSPITAL ANA NERY), RAIMUNDO NONATO BENEVIDES CARDOSO (HOSPITAL ANA NERY), IGOR LOBÃO FERRAZ (HOSPITAL ANA NERY), PEDRO BOTELHO DE ALENCAR FERREIRA CRUZ (HOSPITAL ANA NERY)

RESUMO: Introdução: Relato de raro caso de paciente apresentando síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser e teratoma unilateral ovariano concomitante relatando um gêmeo monozigoto saudável, o que vai de encontro às hipóteses sobre a etiologia da síndrome. Relato de caso: Paciente de 20 anos sem comorbidades é atendida no serviço ambulatorial da unidade com queixa de amenorreia e dor abdominal crônica em hipogástrio. Nega relação sexual prévia, exame físico sem alterações. Testes laboratoriais evidenciaram CEA 0,9 ng/mL e CA125 II 19,1 U/mL. À ultrassonografia com dopplerfluxometria colorida o útero e ovário esquerdo não foram visualizados. Em região anexial direita foi notada imagem cística de conteúdo anecoico de bordas regulares medindo 11x8,5x6,2cm e volume 301,4cm³, no seu interior vegetação sólida com calcificação medindo 3,4x1,6cm. A RNM de abdômen confirmou a agenesia uterina e vagina não visualizada sugerindo síndrome de MRKH. Foi relatado cisto em ovário direito com características compatíveis com teratoma maduro. Paciente foi submetida à ooforoplastia direita por videolaparoscopia sendo achado cisto de 10 cm em seu maior diâmetro. Além disso, anexos à esquerda não foram identificados, sendo visualizado tecido de formação indefinida, +/- 4 cm de comprimento, de localização e coloração sugerindo tecido uterino. Conclusão: Vários casos mostrando associação de síndrome de MRKH e neoplasias malignas foram reportados em literatura, porém a ocorrência de teratoma em pacientes com agenesia Mulleriana foi descrita apenas uma vez. A paciente também possui um gêmeo monozigoto sem anormalidades. Esse fato vai contra a recente hipótese genética sobre a agenesia Mulleriana como fator responsável pelo surgimento da síndrome, com isto fazendo ressurgir hipóteses que sugerem o envolvimento de fatores ambientais como Diabetes Mellitus ou uso de talidomida durante a gravidez causando a síndrome de MRKH.

PALAVRAS-CHAVES: SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER | TERATOMA | ETIOLOGIA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 594

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MIOMA DE LIGAMENTO LARGO SUGERINDO NEOPLASIA OVARIANA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO NUNES BRANDÃO (HOSPITAL ANA NERY), FILIPE DE SOUZA DAMASCENO (HOSPITAL ANA NERY), MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE (HOSPITAL ANA NERY), ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NERY), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NERY), JAMILE CARAMELLO ORTINS SAMPAIO (HOSPITAL ANA NERY), JOÃO RAFAEL SILVA SIMÕES ESTRELA (HOSPITAL ANA NERY), DANIEL CARDOSO CAVALCANTE GUERRA (HOSPITAL ANA NERY)

RESUMO: Introdução: Relato de raro caso de paciente jovem assintomática com mioma de ligamento largo com suspeita pré-operatória de neoplasia ovariana. Relato de caso: Paciente de 29 anos, menarca aos 11 anos, coitarca aos 21 anos, GOP0A0, DUM há +/- 08 dias, sem comorbidades, alergias ou passado de cirurgias prévias e fazendo uso regular de anticoncepcional oral, sem antecedentes familiares dignos de nota. Submetida à ultrassonografia transvaginal rotineira que evidenciou útero e ovário à esquerda sem alterações e formação nodular sólida em região anexial direita de volume 47cm³, com vascularização periférica presente ao doppler, sugerindo tumoração ovariana. O exame físico não evidenciou alterações bem como exames pré-operatórios. Os marcadores tumorais CA 125 e CEA com valores dentro da faixa de normalidade. Paciente foi submetida à videolaparoscopia observando-se útero, ovários, trompas e fundos de saco sem alterações, e nodulação sólida na intimidade do ligamento largo à direita, sobre o ureter e os vasos ilíacos, sendo realizada exérese da mesma sem intercorrências. Recebeu alta 24 horas após o procedimento cirúrgico. O exame anatomopatológico evidenciou nodulação miomatosa. Conclusão: Os miomas intraligamentares representam apenas 6% de todos os miomas uterinos e o seu aparecimento no interior do ligamento largo pode trazer sintomas pélvicos importantes, principalmente do tipo compressivo, e confusão diagnóstica com neoplasias ovarianas, por vezes levando a laparotomias desnecessárias. A remoção pode ser trabalhosa pela proximidade com estruturas nobres como o ureter e os vasos ilíacos, acentuando-se a necessidade da abordagem por laparoscopia pelas suas inerentes vantagens.

PALAVRAS-CHAVES: MIOMA DE LIGAMENTO LARGO | NEOPLASIA OVARIANA | LAPAROSCOPIA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 640

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: POLICISTOSE DERMOIDE DOS OVÁRIOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), GUSTAVO DOS SANTOS CERQUEIRA SILVA (HOSPITAL ANA NÉRI), JAMILE CARMELLO ORTINS SAMPAIO (HOSPITAL ANA NÉRI), ÁVIO MOTA BRASIL NETO (HOSPITAL ANA NÉRI), JOÃO PAULO NUNES BRANDÃO (HOSPITAL ANA NÉRI), JORGE MOURA COSTA DIAS TAVARES (HOSPITAL ANA NÉRI), LEONARDO AUGUSTO OLIVEIRA (HOSPITAL ANA NÉRI), ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NÉRI)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Relato de raro caso de paciente jovem apresentando múltiplos cistos dermoides ovarianos bilaterais. **RELATO DE CASO:** Paciente 23 anos, menarca aos 13 anos, coitarca aos 19 anos, GPOAO, data da última menstruação há cerca de 20 dias da admissão no serviço. Nega alergias, cirurgias prévias, doenças prévias ou familiares. Uso de anticoncepcional oral há 2 anos. Nega uso de outros medicamentos. Paciente em acompanhamento com Ginecologista, realizou ultrassonografia transvaginal de rotina que evidenciou ovários aumentados de tamanho (51 cm³ à direita e 60 cm³ à esquerda) à custa de formação cística única bilateral, com componente sólido em seu interior; dopplerfluxometria com índices de resistência dentro da normalidade. CA 125 = 12U/mL e CEA = 1,8ng/mL. Ao exame físico paciente em bom estado geral, normocorada, abdome flácido, indolor à palpação, ausência de massas palpáveis. Exame ginecológico sem alterações. Indicada ooforoplastia bilateral por videolaparoscopia. Ao inventário da cavidade ovários aumentados de tamanho; ovariectomia esquerda revelou 4 cistos com conteúdo líquido-sebáceo-pelos, com broto dentário em um deles; ovariectomia direita revelou 5 cistos com conteúdo líquido-sebáceo-pelos, com unidade dentária bem formada em um deles. Procedida ooforoplastia bilateral, sem intercorrências. Paciente evoluiu no pós-operatório com estabilidade clínica e hemodinâmica, sem queixas, recebendo alta no primeiro dia PO. Resultado do estudo anatomopatológico evidenciou teratomas maduros em ambos os ovários. **CONCLUSÃO:** Cistos dermoides são tumores relativamente comuns, acometendo pacientes de 15 a 40 anos de idade, assintomáticas em sua grande maioria. Por serem tumores maduros são benignos, mas sua ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha, principalmente pelo risco de complicações como infecção e malignização, pouco provável porém possível conforme descrito na literatura. A presença de múltiplos cistos no ovário acometido é rara, mas deve ser suspeitada e procurada independentemente do resultado ultrassonográfico no intuito de evitar deixar in situ cistos não suspeitados, o que pode levar a intervenções cirúrgicas futuras que poderiam ser evitadas.

PALAVRAS-CHAVES: Policistose | Ooforoplastia | Videolaparoscopia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 646

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LEIOMIOSSARCOMA DE VEIA CAVA INFERIOR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURO BOLDRINI NASCIMBEM (UNIMED AMERICANA), ANA LETICIA LUCHIARI FERRARI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Leiomiossarcoma de veia cava inferior é neoplasia maligna incomum, de crescimento lento. Tem prognóstico ruim, mas abordagem cirúrgica agressiva e ausência de metástases, chega-se a longa sobrevivência. Sintomas tendem a ser inespecíficos e normalmente precedem o diagnóstico por longo período. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 38 anos, com história de lombalgia há seis meses. Antecedentes: HAS e Artrite Reumatoide há 14 anos em uso de metotrexato. Solicitada RM de coluna lombar que mostrou massa retroperitoneal. RM de abdome mostrou volumosa massa medindo 9,9 x 7,7 x 7,0 cm, localizada na transição do hipocôndrio com flanco direito, em contato íntimo com duodeno, cabeça e processo uncinado do pâncreas e veia cava inferior. Exames laboratoriais de função renal, hepática e marcadores tumorais normais. Realizou-se punção guiada por ecografia endoscópica, e exame citológico do produto mostrou achados compatíveis com neoplasia mesenquimal de diferenciação muscular lisa. Paciente submetida a laparotomia mediana xifopúbica. Exploração da cavidade não evidenciou metástases. Realizada exposição do tumor, dissecação e reparo da veia cava inferior suprarrenal e infrarrenal e veia renal esquerda. Tentativa de dissecação e reparo de veia renal direita ocorreu sem sucesso, optando-se por nefrectomia direita. Realizada heparinização sistêmica e ressecção do tumor com clampamento lateral da veia cava inferior. Paciente recebe alta hospitalar no 5o PO, sem intercorrências. Feita anticoagulação com rivaroxabana por seis meses. Realizado tratamento adjuvante com Radioterapia Conformada 3D. Paciente em acompanhamento há nove meses, sem sinal de recidiva. CONCLUSÃO: leiomiossarcoma de veia cava inferior corresponde de 0,5% a 1% das neoplasias de tecidos moles. O sexo da paciente é concordante com a literatura, que sugere forte prevalência em mulheres. A idade está abaixo da média (50-60 anos), provavelmente por ser portadora de artrite reumatoide e estar imunossuprimida pelo uso contínuo de metotrexato. A localização do tumor, no segmento médio, é a área mais acometida. Queixa de lombalgia relatada não condiz com as descritas na literatura: desconforto epigástrico e dor no hipocôndrio direito. Não existem marcadores tumorais sorológicos para diagnóstico, sendo a RM o exame de escolha. Em nosso caso utilizamos punção guiada por ecografia endoscópica para diagnóstico histológico pré-operatório. Não há relato semelhante na literatura com essa abordagem diagnóstica.

PALAVRAS-CHAVES: Leiomiossarcoma | veia cava inferior | punção guiada por ecografia endoscópica

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 661

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INFORMAÇÃO À GRADUAÇÃO DE MEDICINA: UMA ESTRATÉGIA PARA AUMENTAR O NÚMERO DE TRANSPLANTES HEPÁTICOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINICIUS MAGALHÃES RODRIGUES SILVA (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO), PAULA DE MOURA CAPPELETTI (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO), CARLOS ANTÔNIO TEODORO ROSSIGNOLO (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO), LUARA BARBOSA BAPTISTA (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O transplante hepático (TH) é a única forma de tratamento para a insuficiência hepática de caráter terminal. Atualmente, persiste a discrepância entre o número de pacientes em lista de espera pelo órgão, e o número de doadores. Para tentar diminuir essa diferença, diversas atitudes têm sido propostas. Desde campanhas midiáticas até congressos, fóruns e simpósios multidisciplinares. OBJETIVO: Verificar o impacto de um simpósio sobre o tema nas respostas dos ouvintes. MÉTODO: Estudantes de graduação participantes de um simpósio sobre TH responderam a um questionário de cinco itens antes e depois das palestras. Os dados foram comparados e os resultados analisados. RESULTADOS: A primeira pergunta foi: Você sabe o que fazer para se tornar um doador de órgãos? Previamente às palestras 62,1% dos entrevistados responderam positivamente. Após 88,9%. Referente à pergunta: Você sabe quem decide para que a doação de órgãos ocorra. Antes das apresentações 72,7% disseram sim. Após, houve totalidade nas respostas. Em terceiro lugar foi perguntado aos estudantes: Você sabe o que é morte encefálica? Previamente 12,1% responderam que não. Depois, apenas, 2,2%. Não houve diferença estatística na resposta à pergunta: Sua família ser contra ou a favor da doação de órgãos te influenciaria? A resposta negativa foi verificada em 69,7% e 64,4%, antes e depois do evento, respectivamente. Quanto à última pergunta: Você doaria seus órgãos? Não houve diferença nas respostas prévias e posteriores. Os resultados foram 92,4% e 93,3%, respectivamente. CONCLUSÃO: Considerando o exposto, podemos entender que a precocidade na informação pode influenciar o número de doadores através do conhecimento de como se dá o processo de doação.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante hepático | Doação de órgãos | Estudante de medicina

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 662

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cisto de mesossalpinge: diagnóstico diferencial com os cistos ovarianos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ÁVIO MOTA BRASIL NETO (HOSPITAL ANA NERY), DANIEL CARDOSO CAVALCANTE GUERRA (HOSPITAL ANA NERY), FILIPE DE SOUZA DAMASCENO (HOSPITAL ANA NERY), ALAN FONSECA AIRES (HOSPITAL ANA NERY), DANILO BATISTA DE OLIVEIRA ABREU (HOSPITAL ANA NERY), GLÉDSON DE OLIVEIRA MACHADO (HOSPITAL ANA NERY), ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NERY), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NERY)

RESUMO: OBJETIVO Destacar que o cisto de mesossalpinge é um dos diagnósticos diferenciais do cisto ovariano e evidenciar que a exérese videolaparoscópica deste, com manutenção in situ dos ovários e trompas, é uma opção cirúrgica factível e desejável. MÉTODO Estudo retrospectivo realizado em serviço particular de cirurgia geral e videolaparoscopia, de julho de 2011 a março de 2015. Analisadas pacientes do sexo feminino cuja ultrassonografia transvaginal com Doppler evidenciou formação cística unilateral anecoica (com ou sem septações) e que foram tratadas clinicamente por pelo menos 6 meses, sem regressão da imagem. RESULTADOS O estudo envolveu 151 pacientes do sexo feminino, submetidas a USG TV com Doppler, sendo evidenciada formação cística unilateral de características diversas em 124 (82%) pacientes. Em 27 destas pacientes (18%) foi observada formação cística bilateral de características diversas (excluídas deste estudo). Das 124 pacientes com formação cística unilateral, 37 (29%) mostraram formação cística unilateral anecóica, com ou sem septações, 100% destas tratadas clinicamente por pelo menos 6 meses, sem regressão da imagem. Estas 37 pacientes foram submetidas a videolaparoscopia com suspeita de cisto ovariano persistente. Encontrado no intra-operatório formação cística em mesossalpinge em 12 casos (32%). Todas as pacientes foram submetidas a exérese da formação cística, com manutenção in situ de ovários e trompas. Cisto de mesossalpinge foi confirmado em todos os casos após estudo anátomo-patológico. CONCLUSÃO Cistos de mesossalpinge e cistos ovarianos são diagnósticos diferenciais. Exérese videolaparoscópica da formação cística em mesossalpinge, com preservação e manutenção in situ das trompas e ovários, é a conduta cirúrgica a ser adotada.

PALAVRAS-CHAVES: CISTO OVARIANO | TERATOMA MADURO | CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 718

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressecção de lipossarcoma mixóide de retroperitônio: relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO POYARES DE MELLO BHERING (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), ANDRE GEORGE SAUL RONAY (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MARCOS BETTINI PITOMBO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), BRUNO CESAR SABINO DE FIGUEIREDO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), JONATHA FRAZAO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), RAFAEL RIBEIRO BARCELOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO)

RESUMO: Introdução: Sarcomas de partes moles são tumores originados das células mesenquimais primitivas e são pouco frequentes. Sarcomas do retroperitônio representam 15% de todos os sarcomas de partes moles, porém sua sobrevida livre de recidiva em 5 anos é de apenas 50%, muito inferior aos de extremidades. Relatamos caso de paciente masculino, 37 anos, submetido a ressecção de lipossarcoma mixóide de retroperitônio no Hospital Universitário Pedro Ernesto. Relato do Caso: M.A.M, masculino, 37 anos, pardo, queixando-se de "barriga inchada". Paciente previamente hígido, relatou aumento de volume abdominal progressivo com evolução de um ano associado a picos febris esporádicos, náuseas, plenitude pós-prandial e dor em hipocôndrio direito. Perda ponderal de 4 kg no último mês. Afirmou ter utilizado múltiplos ciclos de anabolizantes durante 5 anos. Apresentava abdome globoso; peristaltismo reduzido; sinais de ascite volumosa; doloroso à palpação de hipocôndrio direito; borda hepática a 5 cm do rebordo costal direito; massa volumosa palpável em mesogástrio, predominantemente à direita. TC de abdome total de Janeiro/2016 revelou volumosa formação expansiva retroperitoneal à direita de 43x20x30cm (LxAPxT), de contorno lobulado, heterogênea, apresentando componentes gorduroso e de partes moles com impregnação pelo meio de contraste. O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico em 16/02/16, através de laparotomia mediana com extensão lateral direita transversa. O tumor deslocava o hilo hepático, as alças de delgado e cólon para esquerda, e não apresentava plano de clivagem com o rim direito. Não havia invasão dos principais troncos vasculares. O líquido ascítico foi enviado à citologia. Foi realizada ressecção da massa com nefrectomia direita em bloco. A peça cirúrgica revelou lipossarcoma mixóide G3 com 12 kg de massa, com margem cirúrgica macroscópica comprometida e citologia negativa. O paciente foi encaminhado à Oncologia Clínica, tendo realizado radioterapia com 5000 cGy em 25 frações em quadrante superior direito, na área de margem comprometida. Apresentou boa evolução clínica, encontrando-se em acompanhamento ambulatorial com 12 meses de sobrevida. Conclusão: Sarcomas de retroperitônio são, na maioria das vezes, diagnosticados tardiamente, e, portanto se apresentam com grandes massas de difícil manejo cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: LIPOSSARCOMA|SARCOMA|RETROPERITÔNIO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 730

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Amputação Interescápulo-Umeral no Sarcoma Epitelióide de Membro Superior

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MYRA JUREMA DA ROCHA LEÃO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), ALDO VIEIRA BARROS (SCMM), MARIA CLARA MOTTA BARBOSA VALENTE (UNCISAL)

RESUMO: Introdução: O sarcoma epitelióide é um subtipo histológico raro de sarcoma de partes moles que apresenta características tanto epiteliais quanto mesenquimatosas. Pode acometer qualquer parte do corpo, mas incide principalmente sobre as extremidades de pacientes jovens. A apresentação clínica inicial é variável, podendo surgir como uma úlcera ou nódulos subcutâneos sem sinais de malignidade, fato que retarda o diagnóstico. Não existe uma abordagem terapêutica bem definida para o sarcoma epitelióide, sendo a recidiva local comum após a ressecção. Apesar de raro, o sarcoma epitelióide é um subtipo importante de sarcoma por seu caráter agressivo, dificuldade diagnóstica e consequente retardo do tratamento. Relato de caso: Paciente do sexo M, 36 anos, com história de formação tumoral em terço médio de antebraço de crescimento rápido e extremamente doloroso. Ao exame físico: Regular Estado Geral com a presença de volumosa tumoração em face medial do terço médio do antebraço direito, associada a edema moderado em todo o antebraço e adenomegalias suspeitas em axila direita. Paciente tabagista, etilista, sem histórico de cirurgias prévias e com história de avô paterno falecido por câncer. RNM sem contraste visualizou lesão em antebraço medindo 13,0x5,0x5,0 cm³. O Radiografia de tórax e USG de abdome total mostraram-se sem alterações. O exame histopatológico evidenciou neoplasia maligna indiferenciada, padrão epitelióide com extensa necrose. Ao exame imuno-histoquímico confirmou sarcoma epitelióide variante proximal, cT2bN+. Foi programada neoadjuvância e indicada a amputação em nível de braço associada a linfadenectomia axilar direita. Dois meses depois, paciente evoluiu com lesão em região proximal do braço direito, com hiperemia e edema de pele. O PET TC evidenciou aumento do metabolismo em braço direito e região axilar, foram vistos ainda pequenos nódulos não calcificados esparsos nos pulmões. Devido a progressão da doença em axila direita foi indicada amputação interescápulo-torácica com rotação de retalho miocutâneo. Realizada abordagem da equipe multidisciplinar, paciente recebeu alta no quarto dia pós-operatório. Conclusão: A amputação interescápulo-torácica, inicialmente descrita para tratar injúrias traumáticas, hoje está sendo reproduzida no manejo de neoplasias malignas de extremidades superiores. Apesar de mutilante, é um procedimento seguro e factível para alívio da dor e melhora na qualidade de vida dos pacientes com tumores irresssecáveis.

PALAVRAS-CHAVES: Sarcoma Epitelióide | Amputação Interescápulo Umeral | Neoplasias Malignas de extremidades

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 736

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Condrossarcoma em Membro Inferior

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MYRA JUREMA DA ROCHA LEÃO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), ALDO VIEIRA BARROS (SCMM), MARIA CLARA MOTTA BARBOSA VALENTE (UNCISAL)

RESUMO: Introdução: O condrossarcoma é um tumor maligno produtor de matriz de cartilagem, com elevada agressividade local e com potencial de ocorrência de metástases à distância. É a lesão maligna primária do osso mais frequente depois do osteossarcoma e que acomete ossos de origem endocondral. Em sua maior parte, os casos são indolores, o que leva ao retardo do diagnóstico e tratamento. Além disso, é difícil distinguir o condrossarcoma de baixo grau das lesões benignas por meio de radiografias ou do exame histológico. Desse modo, a história clínica e o exame físico são primordiais para o diagnóstico precoce. Relato de caso: paciente do sexo M, 38 anos, com história de tumor de crescimento progressivo em região de coxa direita com início há 5 anos, apresentava dor intensa e edema em todo o membro. Exame histopatológico e imunohistoquímico confirmaram condrossarcoma de baixo grau. Na época, indicada desarticulação coxo-femural houve recusa do paciente, sendo realizada RXT e QT, para as quais não obteve resposta. Indicada novamente a cirurgia, paciente recusou. Ao exame físico: regular estado geral, eupneico, normocorado e hidratado. Presença de tumoração volumosa em terço superior de coxa direita, cerca de 30cm de diâmetro, endurecida, com infiltração de pele, planos profundos da musculatura da coxa e invasão para a cavidade pélvica. Todo membro inferior direito encontrava-se edemaciado e doloroso. Apresentava, ainda, marcha claudicante e escoliose acentuada da coluna lombar. RNM evidenciou comprometimento de todos os grupos musculares e do feixe vaso-nervoso, ósseo, pequeno componente pélvico do canal femoral. Pela oncologia cirúrgica foi indicada hemipelvectomy posterior, com rotação de retalho miocutâneo e colocação de tela de Marlex. Realizada a cirurgia, paciente recebeu alta no quinto dia pós-operatório. Conclusão: A hemipelvectomy inclui a remoção de todo o membro inferior e a hemipelve. Para a escolha dessa técnica deve-se considerar o insucesso do tratamento com QT e RT, além da presença de tumores muito volumosos. Quando realizada em pacientes bem selecionados, demonstra baixa taxa de mortalidade e oferece aceitável taxa de sobrevida. Além disso, por tratar-se de uma cirurgia agressiva e com fortes impactos psicológicos, o seguimento com suporte emocional e acompanhamento de equipe multidisciplinar torna-se imprescindível para a reabilitação do paciente e sucesso terapêutico.

PALAVRAS-CHAVES: Condrossarcoma | Hemipelvectomy | Desarticulação coxo-femural

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 750

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE DAS TÉCNICAS DE RECONSTRUÇÃO DO URETER NO TRANSPLANTE RENAL EM ADULTOS: UM ESTUDO RETROSPECTIVO COM 212 PACIENTES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CECÍLIA ARAÚJO CARNEIRO LIMA (IMIP), MARIA LUÍSA MONTEIRO DE OLIVEIRA (IMIP), GUSTAVO SANTOS DE CARVALHO (IMIP), MARIA EDUARDA PEREIRA CARNEIRO DE ALBUQUERQUE (IMIP), ANGELO SILVA GOMES (IMIP), CLARISSA SOARES PORTO (IMIP), GEORGE FELIPE BEZERRA DARCE (IMIP), CRISTIANO DE SOUZA LEAO (IMIP)

RESUMO: Objetivo: Analisar a frequência das complicações urológicas em pacientes adultos transplantados renais, correlacionando com a técnica usada para a reconstrução do ureter (ureterovesical ou ureteroureteral) e os fatores que influenciaram as complicações e a evolução clínica dos pacientes. Métodos: Foram incluídos 212 pacientes adultos de ambos os sexos submetidos ao procedimento cirúrgico para transplante de rim no Serviço de Transplante do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira ? IMIP no período de janeiro de 2014 a maio de 2015. Todos os pacientes foram acompanhados até o sexto mês após a cirurgia. Trata-se de uma coorte observacional, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, no modelo de coorte histórica, com delineamento a partir da divisão em três grupos de pacientes diferenciados pela técnica cirúrgica a que foram submetidos considerando apenas a reconstrução do ureter: uretero vesical (UV), uretero-ureteral término-terminal (UUTT) e uretero-ureteral término-lateral (UUTL). Resultados: Dentre os 212 pacientes analisados, as anastomoses ureterais realizadas foram: UUTL em 163 pacientes (76,9%); UUTT em 36 pacientes (17%) e UV 13 pacientes (6,1%). Complicações urológicas estiveram presentes em 22 pacientes (10,4%). As complicações cirúrgicas não urológicas presentes foram: Trombose venosa, hemorragia, infecção do sítio cirúrgico. Foi necessário realizar reoperações em 35 pacientes (16,5%). A perda do enxerto por complicações clínicas e cirúrgicas ocorreu em 26 pacientes (12,6%). Conclusões: O transplante renal é reconhecido como o padrão-ouro no tratamento de pacientes com insuficiência renal terminal por assegurar maior sobrevida e melhor qualidade de vida aos transplantados. É importante ressaltar que complicações urológicas no pós-operatório resultam em morbidade, aumento do tempo de internamento, aumento dos custos e, em alguns casos, infecção com perda precoce do enxerto. Complicações urológicas ainda podem contribuir com a falência renal mesmo após a recuperação inicial adequada do enxerto. Portanto, conhecer e trabalhar para o desenvolvimento de mecanismos para a prevenção de complicações urológicas é fundamental para o sucesso do transplante. No presente estudo o tipo de anastomose realizada (UV, UUTT ou UUTL) não interferiu no desenvolvimento de complicações urológicas e não identificamos entre as variáveis analisadas um fator de risco.

PALAVRAS-CHAVES: transplante renal, anastomose ureteroureteral|anastomose ureterovesical, transplante de rim|IMIP, SUS

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 766

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DESARTICULAÇÃO INTERESCAPULOTORÁCICA (CIRURGIA DE BERGER) PARA TRATAMENTO DE TUMORAÇÃO EXPANSIVA EM REGIÃO DELTÓIDEA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JÉSSICA MONTENEGRO PONTES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOSANN FREDERICO RIBEIRO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GABRIELLA SANCHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Introdução: A abordagem multidisciplinar dos tumores de partes moles tem propiciado crescente redução da necessidade de grandes amputações em seu manejo cirúrgico, no entanto, a amputação ou desarticulação interescapulotorácica, também conhecida como Cirurgia de Berger, se mantém como alternativa terapêutica aos procedimentos conservadores naqueles tumores localmente avançados envolvendo a axila e o ombro. A desarticulação interescapulotorácica compreende a ressecção de todo o membro superior e a cintura escapular, incluindo a escápula e uma porção da clavícula. As maiores indicações para este procedimento ablativo são grandes tumores intimamente ligados aos nervos principais ou ao suprimento vascular do membro superior. Relato de Caso: F.S.S., 65 anos, deu entrada no serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB, com queixa de volumosa tumoração em ombro direito há 6 meses, de crescimento rápido e indolor, sem ulcerações ou alteração da pele. Ressonância magnética do ombro identificou volumosa formação expansiva de partes moles com extensão para os ventres musculares do manguito rotador e deltoide, de provável natureza blastomatosa sarcomatosa. Realizada a Desarticulação interescapulotorácica direita com reconstrução com retalho miocutâneo e auto enxertia de pele total. Laudo histopatológico evidenciou tumoração parda com áreas brancacentas, parcialmente cística medindo 32 x 30 cm, distando 0,5 cm da margem cirúrgica mais próxima, com diagnóstico de carcinoma pouco diferenciado com focos necróticos, sem invasão angiolímfática ou perineural e sem comprometimento neoplásico em tecido ósseo; e linfonodos livres de neoplasia. Margens cirúrgicas sem evidências de comprometimento neoplásico. À imuno-histoquímica revelou positividade para o antígeno p63 (4A4) e negatividade para os antígenos Ck5/6 (D5/16B4) e CEA (TF3H8-1), concluindo que os aspectos morfológicos, associados aos achados imuno-histoquímicos, são consistentes com carcinoma espinocelular diferenciado. Conclusão: Tecnicamente, a amputação do ombro pode ser realizada por via anterior (Berger), posterior (Littlewood) ou por uma combinação delas. Em nosso Serviço, a abordagem anterior tem sido preferida, por ser aquela com a qual os autores estão mais familiarizados e por proporcionar, pelo menos empiricamente, uma desejável sensação de segurança pela abordagem precoce do plexo vascular.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias de Tecidos Moles | Carcinoma de Células Escamosas | Amputação

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 776

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Sarcoma de Retroperitônio - Relato de caso e Revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: STEPHANIE HANORAH PHILLIPS (UNICAMP), DIOGO MARCELO FURTADO (UNICAMP), ELAINE CRISTINA ATAIDE (UNICAMP), ILKA DE FATIMA S.FERREIRA BOIN (UNICAMP), ACHILES QUEIROZ MONTEIRO DE REZENDE (UNICAMP), SIMONE REGES PERALES (UNICAMP)

RESUMO: INTRODUÇÃO Sarcomas de partes moles são tumores raros, 1-2% de todos os tumores malignos sólidos. Possuem origem mesenquimal, sendo 10-20% localizados no espaço retroperitoneal. É comum invadirem estruturas retroperitoneais contíguas, porém metástases linfonodais e a distância são infrequentes e ocorrem mais em tumores de alto grau, após longo tempo de crescimento do tumor primário. OBJETIVO O objetivo desse estudo é relatar uma série de casos, através de um estudo retrospectivo, descritivo e analítico de pacientes atendidos no ambulatório de cirurgia do fígado, no HC-Unicamp, com diagnóstico de sarcoma de retroperitônio. MATERIAIS & MÉTODOS Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo e analítico com relato de uma série de casos, mediante análise dos dados obtidos dos prontuários médicos de cinco pacientes atendidos no ambulatório de cirurgia do fígado, no HC-Unicamp, entre 2014-2015, diagnosticados com Sarcoma de retroperitônio. Os dados coletados dos prontuários, incluem os principais sintomas e sinais relatados e evidenciados em anamnese e exame físico, a propedêutica realizada, destaca-se variações no período decorrido entre a suspeita clínica, preparo pré operatório, planejamento e técnica cirúrgica e evolução pós operatória e sua morbimortalidade. RESULTADOS Foram analisados cinco pacientes, um homem e quatro mulheres, em 100% dos casos havia queixa de dor abdominal. Houve diagnóstico histopatológico pré operatório, em um dos casos, no restante o diagnóstico foi sugerido por exames de imagem, e confirmado pela biópsia no pós operatório, exceto um dos casos o qual após estudo imunohistoquímico caracterizou-se o tumor como schwannoma de retroperitônio. A ressecção completa do tumor foi realizada em todos os casos, em três deles foi necessário a inclusão de outros órgãos. Em um caso foi necessário optar-se por controle de danos, com fechamento em um segundo tempo, e houve um óbito no primeiro mês do pós operatorio. Concluindo a dor abdominal foi o sintoma mais comum. O diagnóstico em grande parte dos casos é feito através de exame de imagem, e confirmado no pós operatório pelo estudo anatomopatológico da peça cirúrgica. Na literatura a ressecção em bloco é o tratamento mais frequente, e foi a opção terapêutica em todos os casos. Já a terapia neoadjuvante ainda não possui seu papel estabelecido.

PALAVRAS-CHAVES: SARCOMA | RETROPERITONEO | TRATAMENTO CIRÚRGICO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 798

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil dos pacientes com colecistite aguda operados em um hospital de ensino em Santa Cruz do Sul

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL LUIZ DONCATTO (HOSPITAL SANTA CRUZ), DORIS MEDIANEIRA LAZAROTO SWAROWSKY (HOSPITAL SANTA CRUZ), MARCELO CEZAR MAFFI (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), GUILHERME BACKES (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), INÁCIO SWAROWSKY (HOSPITAL SANTA CRUZ), LUIZ MIGUEL DONCATTO (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL)

RESUMO: RESUMO Introdução: A colecistite aguda é uma emergência médica que, se não tratada a tempo e adequadamente, pode levar à complicações clínicas e desfecho negativo. Essa moléstia é caracterizada pela inflamação da vesícula biliar, com dor em quadrante superior direito, febre e leucocitose¹. O presente estudo tem por objetivo analisar o perfil dos pacientes com colecistite aguda em um hospital de ensino do interior do estado Metodologia: Estudo observacional prospectivo, pesquisa composta por 23 pacientes atendidos no pronto atendimento do Hospital Santa Cruz com quadro de colecistite aguda. Nestes pacientes foi aplicado um questionário (apêndice A), no momento do diagnóstico e no pós operatório. Resultados: No período da pesquisa foram realizadas 157 colecistectomias no Hospital Santa Cruz, destes 23 com quadro clínico sugestivo de colecistite aguda; 14 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, com idade média de 49,6 anos. Os pacientes demoraram em média, desde o início da dor e procurar o atendimento médico 58 horas. Os sintomas principais foram dor em quadrante superior direito 86,9%, Sinal de Murphy presente em 56,5% e febre 13%. Foram realizadas 13 abordagens videolaparoscópicas (56,5%) sem nenhuma conversão e as demais pelo método convencional. Conclusão: Os pacientes com quadro de colecistite aguda, mesmo após episódios recorrentes de cólica biliar e avaliações médicas em diferentes locais apresentaram baixos índices de complicações no presente estudo. Entretanto é necessário a criação de protocolos assistenciais dentro do Hospital Santa Cruz e na rede básica de saúde, para melhorar a qualidade de atendimento. Bibliografia: 1) Ambe, P, et al. Cholecystectomy for acute cholecystitis. How time-critical are the so called ?golden 72 hours?? Or better ?golden 24 hours? and ?silver 25?72hour?? A case control study World Journal of Emergency Surgery 2014, 9:602) Campanile, C. F, et al. Acute cholecystitis: WSES position statement. World Journal of Emergency Surgery 2014, 9:583) Kawaguchi, K, et al. Early Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in Accordance with the Tokyo Guidelines for the Management of AcuteCholangitis and Cholecystitis Gen Med (Los Angel) 2013, 2:1

PALAVRAS-CHAVES: Colecistite Aguda | Colecistectomia | Tempo de evolução

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 838

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA A ENTERITE ACTÍNICA CRÔNICA- RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AYDER ANSELMO GOMES VIVI (FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO), GABRIEL RODRIGUES VIEIRA (FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO), ANA CAROLINA TAVEIRA ENGLER RAIZ COELHO (FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO), GABRIELA STEFANESCU SILVA (FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO), POLLIANY DO MONTE LANÇA (FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Enterite Actínica é uma complicação decorrente da Radioterapia no tratamento de neoplasias abdomino-pélvicas. Trata-se de uma desordem da função intestinal que, embora pouco diagnosticada, tem sua incidência em 20% dos casos irradiados. O aparecimento pode se dar num período de 1 mês até 20 anos após exposição à radiação. O objetivo deste trabalho é relatar um caso típico da lesão e ressaltar a importância do diagnóstico e conduta adequados. RELATO DO CASO. L.L., sexo feminino, 68 anos, branca, aposentada. Encaminhada ao Ambulatório de Cirurgia do Hospital Emílio Carlos com história de sucessivos quadros de abdome agudo obstrutivo com distensão, dor abdominal, parada da eliminação de fezes e flatos. Sua História Progressiva não possuía doenças crônicas, no entanto havia uma histerectomia e anexectomia com terapia radiológica coadjuvante há 20 anos devido a câncer de útero. Mediante a clínica apresentada e o histórico exposicional, a Hipótese Diagnóstica foi Enterite Actínica. Para confirmá-la foram realizados exames de Raio-X contrastado de intestino delgado, Retossigmoidoscopia e a Tomografia Computadorizada Abdominal. O tratamento de escolha foi cirúrgico, com realização de laparotomia mediana sobre incisão longitudinal umbilico-pélvica prévia. Foi observada área de endurecimento e estreitamento considerável do calibre da alça intestinal ileal em uma extensão aproximada de 30 cm. Realizou-se ressecção da mesma, com posterior anastomose término-terminal dos segmentos viáveis e livres de espessamento fibrótico. O Exame Histopatológico revelou tecido fibro-conjuntivo espesso e adiposo saculiforme, parcialmente revestido por serosa fibrótica, compatível com Enterite Actínica Crônica. No retorno, 150 dias depois, a paciente encontrava-se em bom estado geral, trânsito intestinal preservado e com ganho ponderal de 12 Kg. Evoluiu sem fístulas ou herniação intestinal. CONCLUSÃO prevenção da enterite actínica impõe-se cada vez mais significativa na prática médica, vede números razoáveis de morbi-mortalidade (principalmente nos casos de Enterite Actínica Crônica que não se restringem ao retossigmoide). Durante o acompanhamento de pacientes portadores de neoplasias pélvicas submetidas a protocolos radioterápicos devem ser observados fatores predisponentes, como emprego de doses elevadas de radiação e técnica inadequada. O prognóstico da doença é reservado e o tratamento depende da forma de enterite (aguda ou crônica) e dos sintomas dela decorrentes.

PALAVRAS-CHAVES: enterite actínica | radioterapia | neoplasias abdomino-pélvicas

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 843

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DISGERMINOMA OVARIANO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JÉSSICA MONTENEGRO PONTES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOSANN FREDERICO RIBEIRO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GABRIELLA SANCHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Introdução: O disgerminoma é um tumor originário da célula primordial germinativa do ovário, muito raro e, frequentemente maligno, responsável por cerca de 1% de todos tumores germinativos. Disgerminoma exhibe correlação clássica com o seminoma do testículo, apresentando estrutura histológica idêntica a este. Geralmente são considerados de baixo poder maligno, mas podem disseminarem-se, caso ocorra invasão por metástases, em cápsula, envolvimento de nódulos linfáticos ou células sanguíneas. Relato de caso: E.F.T, 35 anos, feminina, G3P1A2, procurou o serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB, com queixa de massa em região pélvica há 3 meses, associada a dor abdominal, náuseas e incontinência urinária. Nega perda de peso. Realizou tomografia computadorizada de abdome que evidenciou processo expansivo com densidade de partes moles, localizado em região pélvica mediana, retroperitoneal, medindo 16,2 x 11,5 cm. Ao exame: abdome flácido, indolor, presença de massa palpável infraumbilical de aproximadamente 10cm de diâmetro, endurecida, móvel, dolorosa a palpação. Paciente foi submetida a laparotomia exploradora que evidenciou volumoso tumor de ovário esquerdo, com extravasamento grosseiro da cápsula, medindo aproximadamente 16cm de diâmetro, com aspecto de tumor maligno, além de pequena ascite (aproximadamente 500ml). Realizado Histerectomia com anexectomia bilateral, linfadenectomia pélvica e retroperitoneal e apendicectomia. Laudo Histopatológico de ovário esquerdo evidenciou disgerminoma, com invasão angiolímfática e sem extensão neoplásica à superfície serosa. Demais peças cirúrgicas sem sinais de malignidade e linfonodos sem evidência de comprometimento neoplásico. Conclusão: Os tumores ovarianos não-epiteliais, com origem em células germinativas, são raros, quando comparados aos tumores epiteliais, sendo responsáveis por 10% dos casos de câncer ovariano. Por ser um tumor incomum, o diagnóstico de disgerminoma é suscitado no momento em que o cirurgião o aborda, pela primeira vez e, não o bastante, seu prognóstico requer o conhecimento do não acometimento por metástases o que, certamente, melhoram as chances de uma sobrevida maior e melhor.

PALAVRAS-CHAVES: Disgerminoma | Neoplasias ovarianas | Oncologia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 886

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Sarcoma retroperitoneal gigante: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RACHID GUIMARAES NAGEM (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CARLOS DIEGO RIBEIRO CENTELLAS (HOSPITAL DOS SERVIDORES DE MINAS GERAIS), LUCAS SILVA COUTO (HOSPITAL DOS SERVIDORES DE MINAS GERAIS)

RESUMO: IntroduçãoSarcomas são tumores raros, respondendo por 1 a 2% das neoplasias sólidas. Dez a 20% desses tumores estão localizados no espaço retroperitoneal (1,2). O lipossarcoma retroperitoneal (LR) é o sarcoma mais comum do retroperitônio. A TC e a ressonância magnética são os melhores exames de imagem. Apesar de raramente produzirem metástases, esses tumores são localmente agressivos, com uma taxa de recorrência entre 40% e 80%. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica com margens livres (R0) (3, 4). A radioterapia é usada para controle local. A quimioterapia não aumenta sobrevida. Os principais fatores associados à sobrevida são a radicalidade da ressecção cirúrgica, o grau de diferenciação tumoral e a presença de metástases (5-8). Relato de caso:M.H.N.S., 57 anos, sexo feminino, portadora obesidade classe 3, apresentava quadro de dispepsia, empachamento e alteração do hábito intestinal. Feito propedêutica com US e TC que revelaram massa retroperitoneal compatível com LR. Foi submetida a laparotomia, sendo constatado massa retroperitoneal de grandes dimensões se estendendo da fossa ilíaca direita ao diafragma direito, envolvendo rim e ureter direitos e veia cava superior. Operação tecnicamente difícil, sendo necessária toracofrenolaparotomia direita. Paciente necessitou de volume e drogas vasoativas. Recebeu 1500 mL concentrado de hemácias, 400mL plasma fresco, 1000mL colóide e 7L cristalóide. Encaminhada ao CTI, apresentou boa evolução e recebeu alta no 8º DPO.ConclusãoApesar de oferecerem dificuldades técnicas inerentes ao seu tamanho e localização, a ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha para os sarcomas retroperitonais.

PALAVRAS-CHAVES: Lipossarcoma | Neoplasias malignas | Doenças do retroperitônio

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 887

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO D`ADDAZIO MACHADO (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), CAROLINA DELIA DE AGUIAR (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), ALECSANDER RODRIGUEZ OJEA (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), TULIO DOS SANTOS CARNEIRO (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), RIVALDO SERRANO DE ANDRADE NETO (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), MARINA GONZALEZ DE TOLEDO (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), GUILHERME COSTA E SILVA (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), LUCAS PAZZOLINE OLIVEIRA ALEXANDRIA (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI)

RESUMO: Introdução: A hemorragia digestiva alta é uma emergência médica e necessita de avaliação e tratamento adequado imediato. É uma enfermidade que confere grande número de hospitalizações e alto índice de óbitos se não tratada. Objetivo: O presente estudo tem como objetivo avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes admitidos no Pronto Socorro Adulto do Conjunto Hospitalar do Mandaqui e para o desenvolvimento de protocolos de atendimento. Métodos: Foram avaliados 110 prontuários, de forma retrospectiva, observacional e descritivo, de pacientes que internaram no referido hospital no período 23 de Janeiro de 2015 a 14 de Novembro de 2016. As variáveis pesquisadas foram: idade; gênero; uso de medicamentos; hábitos de vida, tipo de apresentação clínica (melena, hematêmese, ambos ou enterorragia); intervenção endoscópica; etiologia do sangramento (úlceras: duodeno, estômago; varizes de esôfago ou gástricas e suas classificações, neoplasia; lesão de Dieulafoy; Mallory-Weiss; gastrite hemorrágica; gastrite hipertensiva; gastrite enantemática). Resultados: Houve prevalência pelo sexo masculino (74,54%), na faixa etária entre 60 e 80 anos, apresentando 60,89% dos pacientes com vícios por etilismo e/ou tabagismo. Todos foram submetidos à endoscopia digestiva alta. A principal etiologia presente foi por doença ulcerosa péptica, de localização gástrica. Identificados ainda pacientes portadores de doença varicosa em 36,72% do total de pacientes avaliados. Encontrados valores elevados de esclerose local versus ligadura elástica (52,77 versus 19,44%) para tratamento das varizes gastroesofágicas. Conclusão: Neste estudo identificamos uma prevalência sobre o sexo masculino, com uma faixa etária entre 60-80 anos. A etiologia mais frequente foi a doença ulcerosa péptica, com localização gástrica. O desenvolvimento de protocolos de atendimento em unidades hospitalares para o paciente com HDA é importante para uma abordagem diagnóstica e terapêutica eficaz de acordo com o seu perfil epidemiológico para que assim diminua as recidivas, complicações e o tempo de resposta ao tratamento. Bibliografia 1- Wollenman CS, Chason R, Reisch JS, Rockey DC. Impact of ethnicity in upper gastrointestinal hemorrhage. J Clin Gastroenterol 2014; 48:3432- de Melo SW Jr, Bhoire R, Rockey DC. Clinical judgment does not circumvent the need for diagnostic endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage. J Investig Med 2013; 61:11463- Sabiston, D.C. Tratado de Cirurgia. 19ª Edição. Rio de Janeiro. Elsevier, 2015

PALAVRAS-CHAVES: Hemorragia Digestiva Alta | Epidemiologia | Etiologia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 911

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A PRIMEIRA CIRURGIA: EXPERIÊNCIA COM SIMULADOR DE VIDEOCIRURGIA PARA RESIDENTES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA - PORTO ALEGRE), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: OBJETIVOS: Descrever a experiência do treinamento de residentes em Cirurgia Geral no uso do simulador cirúrgico de videolaparoscopia, com o intuito de apresentar detalhes da técnica aos R1 e aperfeiçoar técnicas dos R2. RELATO DE EXPERIÊNCIA: Foram convidados todos os 18 médicos residentes do Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Os residentes compareceram a uma sessão de treinamento, acompanhados de preceptores do serviço, que fizeram o papel de tutores durante o treinamento. Foram utilizados dois módulos de simulação no Centro de Simulação recém-inaugurado da UFCSPA, um para colecistectomia e outro para apendicectomia. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Empiricamente, após uma sessão de treinamento, os residentes saíram satisfeitos com o resultado e entenderam que houve aprendizado útil sobre a videolaparoscopia. Há, porém, ainda a necessidade de ser elaborado um currículo padronizado, que permitirá ao residente de cirurgia geral a aquisição de habilidades essenciais em videolaparoscopia. A literatura atual indica, de maneira geral, que os seguintes módulos devem ser dominados por um cirurgião iniciante na videolaparoscopia, nesta ordem: navegação de câmera, pegar e transferir objetos, habilidade de corte de objetos, clipagem, lise de aderências, manuseio de alças intestinais e realização de colecistectomia. Faarvang & Ringsted (2006) desenvolveram um método de treinamento que considera seis passos para implantação de um treinamento simulado em cirurgia: Passo 01: Avaliar os alunos de acordo com conhecimento prévio e experiência em cirurgia ou videocirurgia; Passo 02: O tutor demonstra o procedimento no simulador; Passo 03: O tutor repete o procedimento explicando para o aluno detalhadamente cada ação; Passo 04: O estudante instrui o tutor enquanto este repete o procedimento; Passo 05: O aluno assume o simulador e demonstra o procedimento e explica ao tutor o que está fazendo; Passo 06: O tutor avalia o desempenho do aluno.

PALAVRAS-CHAVES: Ensino em cirurgia | Simulador cirúrgico | Simulador de videolaparoscopia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 922

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso de Cisto Mesentérico englobando jejuno proximal e intestino grosso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), SUELLEN VIEIRA DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Cisto mesentérico é definido como qualquer lesão cística localizada entre os folhetos do mesentério, do duodeno ao reto. Desde sua primeira descrição em 1507 por Benevianae há somente cerca de 820 casos relatados na literatura. O presente trabalho tem como objetivo relatar o quadro de paciente com histórico de lombalgia e massa abdominal em hipocôndrio esquerdo, palpável a cerca de 5 centímetros do rebordo costal esquerdo, com tomografia e Laparotomia Exploradora evidenciaram massa cística mesentérica. RELATO DE CASO Paciente de 68 anos, sexo masculino, com queixa de lombalgia há um mês, apresentando febre, massa volumosa em hipocôndrio esquerdo, dor à palpação local, sem sinais de irritação peritoneal, histórico de perda de peso de 10Kg nos últimos dois meses, hipertenso e diabético. Foi internado para investigação diagnóstica em que evidenciou hipocalcemia, anemia e massa volumosa em hipocôndrio, se estendendo até flanco esquerdo, visualizada por Tomografia Computadorizada. Indicado procedimento cirúrgico de Laparotomia Exploradora pela equipe de Cirurgia Geral, apresentando pequena quantidade de líquido serossanguinolento livre e grande tumoração cística no espaço entre o cólon transversal e o descendente, englobando jejuno proximal logo após o ângulo de Treitz. Devido a envolvimento íntimo da massa com o Jejuno proximal e a flexura esplênica do cólon transversal, foi optado por enterectomia e transversotomia segmentares, retirada da peça em bloco, realizada anastomose duodenojejunal e transversostomia em dupla boca exteriorizada em hipocôndrio esquerdo. A análise do anátomo-patológico evidenciou lesão cística benigna, com microabscessos e estruturas fúngicas. Evoluiu com melhora do estado geral, recebeu alta hospitalar com orientações de acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃO Existem poucos relatos de cistos mesentéricos malignos, geralmente sarcomas de baixo grau. Kurtz et al. evidenciou 3% de malignização. Em 40% são achados incidentais por exame de imagem ou laparotomia. Pode evoluir com ruptura, infecção, hemorragia ou torção do cisto. Quando diagnosticado, todo cisto mesentérico deve ser ressecado, para evitar complicações, recorrência ou possível transformação maligna.

PALAVRAS-CHAVES: cisto mesentérico | lombalgia | Laparotomia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 933

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FEOCROMOCITOMA BILATERAL EM PACIENTE DE 56 ANOS OBESA, DIABÉTICA, HIPERTENSA E DESLIPIDÊMICA: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS (UNIRIO), GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), PEDRO EDER PORTARI FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ANDREA POVEDANO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ANDREA NEVES SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), IASMIN CAVA DE SÁ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), HENRIQUE NEUBARTH PHILLIPS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

RESUMO: Introdução: Feocromocitomas são tumores originados nas células cromafins do eixo simpático adrenomedular, produtores autônomos de catecolaminas, especialmente adrenalina e noradrenalina. Ocorrem dois a oito casos para cada 1.000.000 de habitantes/ano. A manifestação clínica mais comum é a elevação da pressão arterial paroxística ou sustentada. A tríade clássica consiste em cefaleia episódica, sudorese e taquicardia. A apresentação bilateral, assim como extra-adrenal ocorre em 10% dos casos. Temos como objetivo relatar um caso de feocromocitoma bilateral, com intervenção cirúrgica em dois tempos: abordagem incomum na literatura preconizada. Relato de caso: N.S.F.B, 56 anos, feminina, obesa grau II, diabética, hipertensa, dislipidêmica, portadora de fibromialgia. Queixa de paroxismos de sudorese profusa, vertigem, cefaleia, mal estar, rubor facial, palpitações com elevação da pressão arterial para níveis de até 240x170 mmHg de 2 a 3 vezes na semana em junho de 2014. Evolução para sintomas diários até outubro de 2015 sem esclarecimento diagnóstico. Em 2015 em atendimento hospitalar por quadro exantemático e de dor lombar foi submetida a TC e RNM abdominais. Identificando tumor adrenal esquerdo de 6 cm e direita de 1,5 cm. Investigada para Feocromocitoma com meta-iodo-benzil-guanidina que mostrou captação bilateral. Encaminhada ao serviço de Cirurgia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle para adrenalectomia bilateral. Internada em 29/07/2016 para preparo pré-operatório com alfa e beta bloqueio, adrenalectomia videolaparoscópica a direita em 03/08/2016. Readmitida 07/11/2016, em 09/11/2016 adrenalectomia esquerda videolaparoscópica. Evoluiu com hipertensão e difícil controle necessitando permanecer em CTI por 1 dia no pós-operatório imediato de ambas cirurgias. Prescrito Hidrocortisona e Prednisona pelo serviço de endocrinologia do HUGG. No pós-operatório submetida a MAPA revelando PA elevada em diversas ocasiões. Prescrita associação de anti-hipertensivos. Alta 17/11/2016, ainda hipertensa. Em acompanhamento ambulatorial nos Serviços de Cardiologia, Endocrinologia e Cirurgia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Conclusão: A adrenalectomia laparoscópica para o Feocromocitoma é um procedimento seguro e de eleição. A abordagem laparoscópica bilateral resulta em tempo cirúrgico elevado, aumentando o índice de complicações per-operatórias. A abordagem em dois tempos se mostrou segura, com menor tempo cirúrgico e baixo índice de complicações.

PALAVRAS-CHAVES: Feocromocitoma | Hipertensão | Cirurgia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 935

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise do perfil epidemiológico de casos de câncer em um Hospital Universitário em Alagoas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EMANOELA DA SILVA GONÇALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT), BRUNA DE ALMEIDA ALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES- UNIT), NAIARA REBOUÇAS TERRA NOVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES- UNIT), JUNYELLE DE ANDRADE CARDOSO FRAGOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES- UNIT), MARIANA RÊGO FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES- UNIT), GABRIELA SERPA PEIXOTO MENEZES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES- UNIT), ANA CAROLINA PASTL PONTES (MÉDICA CIRURGIÃ DE CABEÇA E PESCOÇO. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES.)

RESUMO: Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico referente aos portadores de câncer do Estado de Alagoas e registrados no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (CACON-HUPAA/UFAL). Método: Estudo retrospectivo, analítico, quantitativo, transversal com os dados secundários sobre localização primária, sexo, faixa etária, procedência e ocupação, obtidos no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no período de janeiro a dezembro de 2015. Resultados: Foram registrados 653 casos de câncer, desses a localização primária mais incidente foi a pele com 150 casos (22,97%), seguido pelo de mama, com 107 (16,39%), próstata, com 80 (12,25%) e colo do útero, com 49 (7,50%). Quanto ao sexo, o feminino é o mais acometido com 378 (57,88%), sendo mama a localização mais frequente com 104 (27,51%), ao passo que o masculino apresentou 275 (42,11%), com predomínio dos casos de próstata 80 (29,09%). Em relação à faixa etária, as mulheres apresentaram mais casos entre 50 a 54 anos, enquanto os homens, a dominância foi entre 70 a 74 anos. Demonstrou-se que Maceió foi o município de maior índice, com 366 (56,05%), União dos Palmares, em segundo, com 27 (4,13%), e, logo após, Rio Largo, com 22 (3,37%). No que se refere à ocupação, 137 (21%) dos casos não foi possível aplicação, e em 125 (19%), não foram classificados, e com 106 (16%), estão os agricultores. Conclusão: Dessa forma, observou-se que a localização primária de maior incidência foi o câncer de pele, porém o de mama é destaque na população feminina, com previsão de 57.960 novos casos, enquanto nos homens, a neoplasia maligna mais prevalente é a da próstata que devido a melhoria e a evolução dos métodos diagnósticos é cada vez mais encontrada, com estimativa de 61.200 novos episódios no Brasil neste ano. A ocupação somado à procedência são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer nas diversas localizações primárias. Diante disso, é fundamental que haja um monitoramento da morbimortalidade por câncer incorporado a gestão da saúde, tornando-se um instrumento para realização de ações de prevenção, diagnóstico e controle do câncer, bem como seus fatores de risco. Bibliografia: Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva ? Rio de Janeiro: INCA, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Epidemiologia | Câncer | Alagoas

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 953

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA APÓCRINO DE GLÂNDULAS SUDORÍPARAS: PRIMEIRO RELATO BRASILEIRO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARTHUR PAREDES GATTI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), WILLIAM PFAFFENZELLER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), LUIZA TONELLO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O Adenocarcinoma de Glândulas Sudoríparas (AGS) tipo apócrino é uma neoplasia extremamente rara, com menos de 50 relatos de caso no mundo, sendo este o primeiro no Brasil. Apesar das características que aparentam benignidade por seu lento crescimento, este câncer gera metástases rapidamente. A única terapia conhecida na luz da medicina atual é a excisão com margens livres do tumor, esvaziamento axilar quando positivo para metástases linfonodais e adjuvância, sendo esta contrastante na pequena literatura. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 67 anos com massa axilar esquerda de crescimento lento há 6 meses foi investigado através de Ressonância Nuclear Magnética, demonstrando massa sólida cística com hipercaptação, sem invasão vascular ou nervosa. A ressecção cirúrgica evidenciou, após análise imunohistopatológica, AGS tipo apócrino, papilar e acinar, com margens livres e linfonodos positivos para metástase através de marcadores tumorais (CK7 automated (SP52) e GCDFP-15 automated (23 A3) positivos). Foi realizado esvaziamento axilar com 8/17 linfonodos comprometidos. O paciente foi encaminhado à quimioterapia para adjuvância, sem presença de novas lesões após 1 ano. **CONCLUSÃO:** Apesar da escassa literatura atual, foi utilizado o consenso atual para tratamento da AGS, sendo este tipo específico o primeiro caso relatado no Brasil. A análise imunohistopatológica foi fundamental para a decisão da complementação cirúrgica e nosso serviço recomenda, pautado nos estudos atuais, adjuvância neste tipo de neoplasia.

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma de Glândulas Sudoríparas | Câncer de pele | Glândulas Sudoríparas

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 972

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil epidemiológico e social dos pacientes do Serviço de Oncologia de um Hospital Universitário de Alagoas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JUNYELLE DE ANDRADE CARDOSO FRAGOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), MARIANA RÊGO FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), NAIARA REBOUÇAS TERRA NOVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), BRUNA DE ALMEIDA ALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), EMANOELA DA SILVA GONÇALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), GISELE VIEIRA GUERRA CAFEZEIRO (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS), ANA CAROLINA PASTL PONTES (MÉDICA CIRURGIÃ DE CABEÇA E PESCOÇO. PROFESSORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES.)

RESUMO: OBJETIVO: Análise do perfil epidemiológico e social dos pacientes do Serviço de Oncologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (CACON-HUPAA/UFAL), em Maceió-AL. MÉTODO: Estudo retrospectivo e analítico a partir de dados obtidos nos registros do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), do HUPAA-UFAL, referentes ao ano de 2015, seguindo o padrão de distribuição dos casos de câncer de acordo com gênero, idade e hábitos de vida. RESULTADOS: No ano de 2015 foram registrados 653 casos de câncer. Constatou-se maior prevalência no sexo feminino com 378 casos (57,89%), comparada aos 275 (42,11%) no masculino. Quanto à faixa etária, mulheres foram acometidas mais precocemente em relação aos homens, sendo a idade de pico para o surgimento de cânceres aos 52 e 72 anos, respectivamente. Em relação aos sítios de lesão oncológica no sexo feminino, a mama foi o local mais incidente (27,51%), seguido pelos cânceres cutâneos (21,96%), colo de útero (12,96%) e ovário (3,44%). Nos homens, predominou câncer de próstata (29,09%), em seguida, câncer de pele (24,36%), esôfago (4,36%) e neoplasias malignas do sistema hematopoiético e reticuloendotelial (3,64%). Etilismo e tabagismo foram os fatores de risco mais frequentes. Dos 653 pacientes, 300 consomem ou já consumiram bebidas alcoólicas, enquanto 293 afirmaram-se fumantes ou ex-fumantes, ou seja, cerca de 45% dos pacientes registrados já estiveram ou estão expostos aos fatores de risco consideráveis para surgimento de cânceres. CONCLUSÃO: Mediante o exposto, pode-se observar que, na amostra colhida, as mulheres foram mais acometidas por afecções oncológicas do que os homens. Isso se deve não somente à real estatística sobre o câncer, mas, principalmente, à menor procura dos homens por serviços de saúde no Estado. Os registros analisados concordam com as estimativas recentes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) relativas ao sexo e localização do tumor. Em ambos levantamentos, a próstata e a mama são as regiões mais prevalentes em homens e mulheres, respectivamente. Estudos epidemiológicos referentes ao câncer e suas tendências são expressivos no âmbito da saúde pública e ratificam a importância do desenvolvimento de políticas de saúde eficazes no controle da prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no país. BIBLIOGRAFIA: Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva ? Rio de Janeiro: INCA, 2015

PALAVRAS-CHAVES: Câncer | epidemiologia | análise social

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 973

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Esplenomegalia sem causa definida: revisão da literatura e relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARYANA NEVES DE SOUZA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE.), JÚLIA REAL PEREIRA GOMES (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), EDUARDO NACUR SILVA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), LUCAS ALVES DIAS (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), ANDRE LUÍS DE CARVALHO NOGUEIRA (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), FERNANDO CESAR FERREIRA CALISTRO (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE)

RESUMO: Introdução: A esplenomegalia não explicada é definida quando há um aumento anormal do baço sem diagnóstico prévio ou qualquer sinal que possibilite uma suspeita diagnóstica. Para esses casos, a conduta começa com uma anamnese detalhada, exame físico, exames laboratoriais e de imagem específicos. Se os exames disponíveis não levarem a um diagnóstico, pode-se considerar a esplenectomia com a intenção de identificar a doença base. Relato: paciente masculino de 26 anos com relato de dor abdominal inespecífica desde junho de 2015 com ultrassom de abdome da época revelando esplenomegalia leve, sem outras alterações. Evoluiu com inapetência, fraqueza, emagrecimento e episódios frequentes de epistaxe e gengivorragia, procurando assistência médica em janeiro de 2016. Apresentou-se hipocorado 3+/4+, com esplenomegalia acentuada Boyd IV e pancitopenia. Após aventadas várias hipóteses diagnósticas e exames inconclusivos, foi encaminhado para equipe de Cirurgia Geral para esplenectomia diagnóstica e terapêutica. Feito preparo com imunização 15 dias antes do ato cirúrgico. Durante procedimento foi encontrado baço aumentado, de aproximadamente 30cm de comprimento e dilatação importante de artéria e veia esplênicas. Biópsia hepática também realizada. Boa evolução pós operatória, ainda em acompanhamento ambulatorial, assintomático, com exames dentro da normalidade e com diagnóstico de esplenomegalia idiopática, já que o anatomo patológico da peça revelou apenas um baço congesto e esteatose hepática leve. Conclusão: Na literatura estima-se que aproximadamente 5% das esplenectomias diagnósticas são inconclusivas e recomenda-se que esses pacientes devem ser acompanhados regularmente devido à probabilidade de desenvolverem doença maligna.

PALAVRAS-CHAVES: esplenectomia | esplenomegalia | hiperesplenismo

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 978

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abscesso hepático como manifestação inicial de apendicite aguda.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), BRUNA DE JESUS QUEIROZ (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), GABRIELA OLIVEIRA BARBOSA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), MAÍRA DE CASTRO FERNANDES (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), MARIA MARTINEZ KRUSCHEWSKY (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), VENANDRA RIBEIRO E ANDRADE (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), ANDRE GUSMAO CUNHA (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (HOSPITAL DO SUBÚRBIO)

RESUMO: Introdução: Relato de caso de paciente atendida no Serviço de Cirurgia do Trauma do Hospital do Subúrbio, Salvador-Ba, com quadro inicial de abscesso hepático, como manifestação inicial de apendicite aguda. Relato

do Caso: Paciente M.L.S.C., sexo feminino, 59 anos, admitida com abdominal em abdome superior há 12 dias com piora relacionada à ingestão alimentar, associada a vômitos e febre. Realizou ultrassonografia do abdome total que revelou nodulações hepáticas parenquimatosas. Prosseguiu-se a investigação com tomografia computadorizada de abdome que mostrou imagem sugestiva de abscesso hepático em lobo esquerdo. Foi submetida a drenagem transparietal da lesão principal guiada por ultrassonografia e iniciada antibioticoterapia. Evoluiu clinicamente estável, com dreno produtivo. Após uma semana de tratamento, houve piora da dor e da leucocitose. Realizada tomografia computadorizada de controle que evidenciou persistência dos abscessos, sendo escalonado antibiótico e realizada nova drenagem dos abscessos por videolaparoscopia. Após 22 dias recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. Retorna ao nosso serviço após um mês, com quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita, com novo exame de imagem evidenciando redução das imagens hepáticas, e apêndice cecal de calibre aumentado, densificação de planos adiposos adjacentes e pequenos linfonodos mesentéricos na região de fossa ilíaca direita. Devido ao quadro prévio foi aventada a suspeita de neoplasia de apêndice cecal ou apendicite com manifestação inicial de abscesso hepático. Realizada apendicectomia videolaparoscópica que revelou aumento do volume do apêndice cecal com aderências a órgãos adjacentes, sugerindo apendicite aguda. Conclusão: O abscesso piogênico é o mais comum no nosso meio dentre os abscessos hepáticos.

Recentemente o perfil epidemiológico dos pacientes com abscesso hepático tem se modificado para pacientes mais idosos. Esta mudança pode ser devida à diminuição da frequência da apendicite aguda como fator etiológico na gênese do abscesso hepático, em virtude da maior rapidez do diagnóstico e maior efetividade no tratamento. No caso relatado a demora por procurar atendimento pode ter levado ao surgimento do abscesso hepático como primeira manifestação da apendicite aguda.

PALAVRAS-CHAVES: Abscesso Hepático | Apendicite Aguda | Neoplasia de Apêndice Cecal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 985

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Osteomalácia Oncogênica: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DEBORAH LOUIZE DA ROCHA VIANNA PALMIERI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MARIA CRISTINA ARAUJO MAYA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MAÍRA DA CRUZ GONÇALVES LEAL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO)

RESUMO: Introdução: Osteomalácia oncogênica hipofostafêmica (OOH) é uma síndrome paraneoplásica rara, com poucos casos relatados, em que fatores tumorais produzidos por células tumorais mesenquimais levam a perda renal de fosfato e distúrbio na síntese renal do calcitriol. Relato de Caso: J.A.T., masculino, 65 a, em acompanhamento com Endocrinologia desde 2008, por quadro de osteoporose grave e fraturas patológicas, com diagnóstico de OOH de sítio indeterminado. Iniciou os sintomas em 1993, com lombalgia, dores musculares e ósseas. Evoluiu com fraturas patológicas em arcos costais e fêmur direito. Realizou investigação com tomografia computadorizada que mostrou importante redução da densidade óssea; cintilografia óssea, com múltiplos focos hipercaptantes, e densitometria óssea com valores abaixo do valor esperado em coluna lombar e colo de fêmur. Exames laboratoriais iniciais mostraram fósforo sérico baixo, clearance de fósforo urinário aumentado, fosfatase alcalina elevada; PTH, cálcio sérico, creatinina, fósforo urinário, e gasometria arterial normais. Iniciou tratamento clínico com suplementação oral de fosfato e vitamina D. Realizou, em 2009, cintilografia com sestamibi que evidenciou hipercaptação focal em paratireoide inferior esquerda. Foi realizado paratireoidectomia cujo laudo histopatológico revelou adenoma de paratireoide. Mesmo assim manteve os sintomas de lombalgia e dores ósseas, sem modificação no padrão laboratorial. Em 2016, foi identificada tumoração em região plantar de calcâneo direito e realizado exame ultrassonográfico que mostrou imagem hipocogênica sólida com 33 x 23 mm. Foi submetido a ressecção de tumoração de calcâneo direito; o laudo mostrou tratar-se de Tumor Mesenquimal Fosfatúrico positivo para vimentina e CD34. Em consultas ambulatoriais de acompanhamento, o paciente apresentou melhora progressiva da dor óssea e da dificuldade de locomoção e normalização do quadro laboratorial. Conclusão: A OOH é uma síndrome rara, que deve ser suspeitada em casos de osteomalácia associados a hipofosfatemia. A identificação do tumor responsável pelo quadro é difícil, já que são lesões pequenas e em topografias atípicas, e podem se passar anos até a sua correta localização. Bibliografia: 1. Jan de Beur SM. Tumor-induced Osteomalacia. JAMA; 2005;1260-1267. 2. Cecil 18ª ed.: 2014; 1600-1604. 3. Collins MT. Tumor-induced Osteomalacia. Encodr Relat Cancer. 2011 Jun; 18(3): R53-R77.

PALAVRAS-CHAVES: Hypophosphatemic oncogenic osteomalacia | Tumor-induced Osteomalacia | Tumor Mesenquimal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1016

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cistoadenofibroma gigante de ovário simulando ascite em paciente idosa: um desafio na prática clínica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO DENADAI PIGOZZI DA SILVA (UNIVERSIDADE IGUAÇU), KAMILA CHRISTINE DE ARAUJO (UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA), ALEX DENADAI PIGOZZI DA SILVA (UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO Ascite é frequentemente encontrada na prática clínica e, geralmente, pode ser diagnosticada pela história clínica e exame físico. Entretanto, como inúmeras afecções sem acúmulo de líquido peritoneal podem produzir sinais clínicos de ascite, é importante que os médicos avaliem criteriosamente os pacientes antes que procedimentos invasivos desnecessários sejam realizados. O objetivo do estudo é relatar o caso de cistoadenofibroma gigante de ovário simulando ascite em uma paciente idosa, alertando para a necessidade de expandir os diagnósticos diferenciais frente a quadros clínicos semelhantes. RELATO DE CASO Paciente do sexo feminino, 72 anos, apresentado aumento do volume abdominal progressivo nos últimos 5 anos, associada a inapetência e constipação nos últimos meses. Exame físico revelou distensão abdominal indolor com veias colaterais superficiais, timpanismo periumbilical com macicez nos flancos e presença de Piparoti. Com o diagnóstico presuntivo de ascite de origem desconhecida, uma paracentese diagnóstica guiada por ultra-som foi planejada. No entanto, como o ultra-som mostrou uma massa ecogênica sem ascite, o procedimento foi suspenso. Tomografia computadorizada revelou uma tumoração intra-abdominal gigante de origem indeterminada. Laparotomia exploradora evidenciou lesão cística gigante (16.400 Kg e 40×35×17 cm) oriunda do ovário esquerdo, sem comprometimento de demais órgãos. Histopatologia compatível com cistoadenofibroma de ovário. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. Após 7 meses de seguimento, a paciente encontrava-se assintomática. CONCLUSÃO O presente relato enfatiza a importância de se considerar diagnósticos diferenciais comuns e raros em pacientes idosos com sinais sugestivos de ascite de origem desconhecida, para evitar procedimentos invasivos desnecessários e para que o tratamento direcionado possa ser instituído.

PALAVRAS-CHAVES: CISTOADENOFIBROMA | GIGANTE | OVARIO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1025

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: TUMOR NEUROENDÓCRINO PRIMÁRIO DE MESENTÉRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO ALVIM BARREIRO (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), MÁRIO CÉLIO DE MORAES (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), MARCUS VINICIUS RONCADA PERES (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), THIAGO BENITEZ MANESCO (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), GABRIELA BEATRIZ SIA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), RAFAEL DE LIMA SILVA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), BRUNO SILVA RIBEIRO (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS)

RESUMO: Introdução: Os tumores neuroendócrinos gastrointestinais são raros (0,5 casos por 100.000 habitantes). Dentre os casos já relatados na literatura, esses situam-se principalmente no intestino delgado, no reto e no apêndice, sendo o mesentério um foco extremamente raro. O mesentério normalmente é acometido como foco secundário (40-80%) da neoplasia neuroendócrina em detrimento do primário. Até 2016, apenas 10 casos de neoplasias neuroendócrinas primárias de mesentério foram relatados na literatura inglesa. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de tumor neuroendócrino primário de mesentério de um paciente assistido pelo Hospital e Maternidade Celso Pierro de Campinas, São Paulo. Relato de caso: Homem, 76 anos, aposentado, ex-tabagista, foi encaminhado, assintomático, ao ambulatório de coloproctologia para estadiamento de adenocarcinoma de cólon in situ de lesão polipóide tratado em colonoscopia. Realizou tomografia computadorizada de abdome total, na qual foi encontrada uma lesão expansiva com densidade de partes moles, pequena calcificação de permeio e limites regulares no mesogástrio, em contato com alças do intestino delgado. Dessa forma, foi optado por ressecção cirúrgica do tumor presente na raiz do mesentério do paciente, sendo necessária a realização de enterectomia de parte do ceco e cólon ascendente (colectomia direita), sendo reconstruído o trânsito com anastomose enterro-colônica latero-lateral. Na análise macroscópica da peça cirúrgica foi encontrada lesão nodular, esbranquiçada, endurecida, medindo 7,0x4,0x3,5 cm, aderida ao tecido adiposo em raiz mesentério, formando enovelado de alças, porém sem relação com a parede intestinal; com diagnóstico de proliferação neoplásica de pequenas células de padrão organoide. O exame imunohistoquímico concluiu, a partir do aspecto morfológico e da imunomarcagem positiva para: sinaptofisina, cromogranina e Ki 67 (positividade multifocal e irregular, em torno de 20%); o diagnóstico de tumor neuroendócrino de grau 2, segundo classificação OMS, 2010. Após internação de 6 dias, evoluiu bem no pós-operatório, apresentando critérios necessários para alta médica. Conclusão: O tumor neuroendócrino primário de mesentério é raro e o tratamento cirúrgico é prioritário. É de fundamental importância maiores estudos a respeito do mesmo, a fim de diagnosticá-lo precocemente e de determinar um melhor prognóstico para esses doentes.

PALAVRAS-CHAVES: MESENTÉRIO | TUMOR NEUROENDÓCRINO | NEOPLASIA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1039

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OSTEOMALACIA ONCOGÊNICA HIPOFOSFATÊMICA: CONSEQUÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO TARDIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARTHUR PAREDES GATTI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), WILLIAM PFAFFENZELLER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), LUIZA TONELLO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Osteomalácia Oncogênica Hipofosfatêmica (OOH) é uma síndrome paraneoplásica incomum induzida por um pequeno tumor mesenquimal de característica benigna, sem sítio específico. A OHO gera deformidades por desmineralização óssea com baixos níveis de fosfatemia e 1,25-dihidroxi- vitamina D, hiperfosfatúria (com níveis séricos normais de PTH, cálcio e 25-hidroxi- vitamina-D) decorrentes da secreção tumoral de Fator de Crescimento de Fibroblastos (FGF-23). O quadro clínico é de dor durante atividades físicas, perda de massa muscular, evolução para limitações ao movimento, fraturas múltiplas, disfunção cardiorenal, podendo levar ao óbito. A ressecção com margens livres é a única forma de interromper a história natural da doença e, tão rápido feito o diagnóstico e tratamento, menor as sequelas para o paciente. **CASO CLÍNICO:** Paciente feminina, 60 anos, desnutrida, com dor generalizada refratária e fraturas de repetição em múltiplos sítios após mínimo trauma por 2 anos, levando à limitações para movimento, necessidade de próteses de auxílio à locomoção e, restrição ao leito. Níveis séricos normais de cálcio e PTH; altos de fosfatase alcalina e baixos de potássio e fósforo foram encontrados durante análise laboratorial. Aventada a hipótese de OOH e investigada por Photon Emission Computed Tomography / Computed Tomography (PECT/CT), demonstrando múltiplas áreas de fratura e hipercaptação na articulação do platô tibial esquerdo com cerca de 0.8cm. Esta massa tumoral foi excisada cirurgicamente com margens livres e a análise imunohistopatológica confirmou OOH. Após cirurgia os níveis laboratoriais se normalizaram, houve melhora dos parâmetros nutricionais, a paciente relatou melhora clínica, porém as deformidades estruturais, limitação para deambular e disfunção cardiorenal não mudaram pelo diagnóstico tardio da OOH, gerando quadro de abdome agudo por hipomotilidade intestinal, choque séptico e morte, apesar da cura da doença de base. **CONCLUSÃO:** A OOH é uma síndrome que pode ser curada totalmente após uma ressecção cirúrgica com margens livres, porém o desafio se dá pelo diagnóstico precoce da doença e a condição estrutural dos centros de saúde. O foco deve ser a reintegração deste paciente para a família e sociedade, recolocando-o como um indivíduo economicamente ativo.

PALAVRAS-CHAVES: Osteomalácia Oncogênica Hipofosfatêmica | Síndrome paraneoplásica | Abdome agudo

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1049

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OSTEOMALACIA ONCOGÊNICA HIPOFOSFATÊMICA: CONSEQUÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARTHUR PAREDES GATTI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), LUIZA TONELLO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), WILLIAM PFAFFENZELLER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Osteomalácia Oncogênica Hipofosfatêmica (OOH) é uma síndrome paraneoplásica incomum induzida por um pequeno tumor mesenquimal de característica benigna, sem sítio específico. A OHO gera deformidades por desmineralização óssea com baixos níveis de fosfatemia e 1,25-dihidroxi- vitamina D, hiperfosfatúria (com níveis séricos normais de PTH, cálcio e 25-hidroxi- vitamina-D) decorrentes da secreção tumoral de Fator de Crescimento de Fibroblastos (FGF-23). O paciente evolui com dor para atividades físicas, perda de massa muscular, limitações ao movimento, múltiplas fraturas, disfunção cardiorrenal e óbito. A ressecção com margens livres interrompe a história natural da doença, minimizando as sequelas. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino, 40 anos com deformidades estruturais e dor progressiva ao caminhar há 3 anos. Laboratorialmente foram evidenciados níveis séricos normais de cálcio e vitamina D; baixos de potássio e fósforo, levantando a hipótese de OOH. Realizou-se Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética revelando difusa redução de massa óssea, sinais de fraturas prévias em múltiplos sítios e lesão nodular inguinoescrotal esquerda de característica fibroelástica com alta impregnação junto ao Músculo Adutor Longo, sem característica invasiva. A Positron Emission Tomography (PET/CT) demonstrou lesão de 2.5x1.6cm e a Cintilografia Óssea com Tecnécio difusa captação articular por estresse e a mesma lesão inguinoescrotal. Realizada a ressecção cirúrgica com margens livres e submetido ao estudo imunohistopatológico fechando diagnóstico de OOH. Após o 7º dia pós operatório, paciente se encontrava com melhora da dor à deambulação, laboratorial e Fração de Ejeção Cardíaca (33%- 66%). Após 3 meses, deambulava sem auxílio, uso mínimo de analgésicos, retornado ao trabalho que exercia anteriormente, mesmo com deformidades estruturais sequelares. **CONCLUSÃO:** A OOH é uma síndrome limitante e fatal que pode ser curada após uma ressecção cirúrgica com margens livres, porém o desafio se dá pelo diagnóstico precoce da doença e a condição estrutural dos centros de saúde. O foco deve ser a reintegração deste paciente para a família e sociedade, recolocando-o como um indivíduo economicamente ativo.

PALAVRAS-CHAVES: Osteomalacia Oncogênica Hipofosfatêmica | Síndrome paraneoplásica | Tumor mesenquimal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1060

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CORRELAÇÃO DE ACHADOS LABORATORIAIS COM GRAU DE APENDICITE AGUDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE LEANDRO BRAZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA)

RESUMO: Introdução: Apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico apresentado em unidades de emergências médicas no mundo. A demora no diagnóstico dessa patologia é prejudicial ao paciente, aumentando o índice de complicações. A realização de exames laboratoriais pode ser útil para identificar mais precocemente estes achados. Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar as principais alterações laboratoriais em pacientes com apendicite aguda, sobretudo a leucocitose e desvio nuclear a esquerda, assim como sua relação com a fase evolutiva da enfermidade. Métodos: Estudo quantitativo, observacional transversal com delineamento retrospectivo. A população deste estudo foi composta de pacientes submetidos a cirurgia de apendicectomia no período de maio a agosto de 2016 em um hospital geral de alta complexidade da cidade de Curitiba, sendo estimada uma amostra censitária totalizando 82 pacientes. Resultados: A média de idade foi de 29,5 anos (com variação de 12 a 88 anos), composta discretamente por pacientes com predominância do sexo masculino (n=42; 51,2%). Em relação ao leucograma, 50 (63,4%) pacientes apresentavam valores Conclusão: Houve significância estatística na correlação de grau de evolução da apendicite aguda com o número total de leucócitos, sendo este dado podendo ser utilizado pela prática clínica/cirúrgica como dado complementar para diagnóstico mais preciso das complicações desta patologia.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite aguda | Exames laboratoriais | Apendicectomia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1094

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor de Pequenas Células Intra-Abdominal: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELOISA ALMEIDA CURVO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), FERNANDA ROMEIRO MIRANDA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), ROBERTO SPADONI CAMPIGOTTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), MARCUS VITOR NUNES LINDOTE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), GILMAR FERREIRA DO ESPIRITO SANTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), BIANCA MARTINEZ LELLIS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), VANESSA DOMICIANO DE SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT), RENAN VICENTE SOHN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MÜLLER - CURSO DE MEDICINA - UFMT)

RESUMO: Introdução: Câncer de sítio primário desconhecido caracteriza-se pela presença de doença metastática confirmada por exame histológico ao diagnóstico, sem localização da lesão primária, apesar de investigação clínica, laboratorial e por método de imagem. Objetivo: Relatar o caso de paciente com neoplasia maligna indiferenciada de pequenas células secundária intra-abdominal com sítio primário desconhecido. Relato de Caso: Feminina, 76 anos, parda, diabética, hipertensa e tabagista, há 1 ano apresenta dor em flanco esquerdo, com irradiação para fossa ilíaca, em cólica. Percebeu surgimento de massa em flanco esquerdo de crescimento progressivo há 6 meses. Ao exame físico apresentava-se hipocorada, abdome globoso, ruídos diminuídos, traube livre, tenso, dor à palpação profunda em hipocôndrio e flanco esquerdo, presença de massa extensa, móvel, de consistência fibroelástica, ocupando mesogástrio, hipogástrio, flanco esquerdo, fossa ilíaca esquerda se estendendo até fossa ilíaca direita. Tomografia computadorizada de abdome acusando presença de extensa lesão heterogênea, mista, de contornos lobulados, com finas septações em região do mesogástrio, mais à esquerda, que determina efeito expansivo e deslocamento das estruturas ao redor, medindo 18 x 16 x 17 cm. Além disso, estrutura adjacentes calcificada medindo 6,5 x 2,0 cm. Linfonodomegalia em hipocôndrio direito e adjacentes às estruturas citadas. Proposto e realizado laparotomia exploradora para retirada da massa e pan-histerectomia. Enviado material para exame de congelação, obteve-se como resultado tumor de pequenas células de origem indeterminada. Ao histopatológico verificou-se que a massa em mesentério trata-se de neoplasia maligna indiferenciada, com extensa degeneração hemorrágica central. Enviado peça para estudo imunohistoquímico para definição da histogênese tumoral. Conclusão: O carcinoma de pequenas células é um tumor de apresentação bastante agressiva, que pode evoluir com recidivas e metástases precoces, e conseqüentemente alta mortalidade. Pode acometer outros órgãos além do pulmão, incluindo glândulas salivares, faringe, laringe, timo, bexiga, mama, e órgãos do trato gastrointestinal. No caso de mulheres com carcinoma na cavidade peritoneal tem, usualmente, origem em ovários. Bibliografia: CHAVES AL, JUNIOR ML, SILVA LG. Profile of patients with diagnosis of cancer of unknown primary site in a tertiary cancer center. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 59 (4): xx-xx, out.-dez. 2015;

PALAVRAS-CHAVES: pequenas células | sítio primário oculto | cavidade abdominal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1108

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Apendagite Epiptoica. Relato de caso e Revisão de literatura.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CRISTHIAN JAILLITA MENESES (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), FELIPE MARTINS DEVAI (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), HANA RAYSSA MATTOS DE LOSSIO E SEIBLITZ (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), LUCIO RAVEL SILVA ANDRADE COSTA (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), EDUARDO DOS PASSOS MARIM (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), JOÃO CARLOS FALONE NUNES (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), CAMILA ABELHA BINATTO (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), HISASHI AOYAGI (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO)

RESUMO: Introdução. Os Apêndices Epiptoicos aparecem descritos na literatura como pequenas projeções de gordura, variando seu comprimento entre 0,5 e 5 cm com diâmetro de 1-2 cm, em relação com a tência livre do colón. Apresentam vascularização terminal, contendo seu pedículo um feixe vascular que faz eles susceptíveis a torção e consequente isquemia, desencadeando assim um processo inflamatório. Comumente a Apendagite Epiptoica se apresenta com dor abdominal localizada, podendo estar acompanhado de defesa e irritação peritoneal, febre, anorexia, náuseas e vômitos, diarreia e obstipação, com contagem de leucócitos e PCR variável, simulando desta forma outros processos intra-abdominais agudos como apendicite e diverticulite, sendo causa muitas vezes de intervenções cirúrgicas desnecessárias, considerando que o tratamento conservador com analgésicos e anti-inflamatórios em geral é suficiente na abordagem terapêutica. Relato de caso. Paciente de sexo feminino de 68 anos, hipertensa, cursando pós-operatório tardio de colecistectomia videolaparoscopia e laparotomia exploradora por biloma, evoluindo com dor abdominal de piora progressiva, inicialmente difuso que focaliza em quadrante inferior esquerdo, com irradiação para dorso. Abdômen globoso, pouco tenso, ruídos hidroaereos pouco audíveis, massa dolorosa à palpação em quadrante inferior à esquerda, descompressão brusca dolorosa ausente. Hemograma com leucócitos no limite superior da normalidade e Proteína C Reativa alterada; Radiografia e Ultrassonografia de abdômen com achados inespecíficos, Tomografia Computadorizada de Abdômen e Pelve mostrando evidencia de densificações focais da gordura na borda antimesenterica do colón transverso, sugestivo de Apendagite Epiptoica; perante desta hipótese diagnostica foi iniciado esquema de antibioticoterapia e analgesia, apresentando a paciente evolução favorável. Conclusão. Na abordagem diagnostica do paciente com dor abdominal, em particular aquele paciente com quadro clínico que não oferece muitos dados para poder plantear uma hipótese diagnostica, faz com que a apendagite epiptoica, com todas as suas características epidemiológicas, clinicas, laboratoriais e imagenologicas tenha que estar sempre presente na mente do cirurgião, para desta maneira oferecer ao paciente um atendimento medico de qualidade. Bibliografia. Rodrigues-Sousa I, Reis-Fernandes AA, Tavora I, Lisbom PT. Acute epiptoic appendagitis - imaging features. European Society of Radiology. ECR 2013

PALAVRAS-CHAVES: Apêndice Epiptoico|Apendagite|Dor abdominal.

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1117

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: PARAGANGLIOMA DE BEXIGA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA MOREIRA COSTA (PUC CAMPINAS), LORELLA MIRANDA AURICCHIO (PUC CAMPINAS), LUCAS HENRIQUE SANCHEZ CAVALHEIRO (PUC CAMPINAS), THIAGO ALVIM BARREIRO (PUC CAMPINAS), JONICE BLASIOLI COSTA (PUC CAMPINAS), REGINA GREILBERGER RIBEIRO (PUC CAMPINAS), GUILHERME ZUPO TEIXEIRA (PUC CAMPINAS), ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR (PUC CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: Paraganglioma de bexiga são tumores do tecido cromafim originados da inervação simpática da parede da bexiga urinária e são extremamente raros, representando menos que 0,1% de todas as neoplasias de bexiga. Sua malignidade é determinada pela presença de invasão local profunda, invasão de estruturas adjacentes e linfonodos ou metástases distantes, no entanto não existem características histológicas, imunoistoquímicas ou moleculares específicas que definem o potencial maligno do tumor. Mulheres entre a segunda e a quarta décadas de vida são mais frequentemente acometidas. Se manifesta com a tríade clínica de hipertensão, hematuria e anormalidades micçionais, mas também pode se apresentar por sintomas clínicos secundários a hipersecreção de catecolaminas ou massa palpável. O tratamento é cirúrgico e consiste em excisão total da bexiga ou, cistectomia parcial dependendo do caso. Relato de Caso: Paciente 53 anos, masculino, refere massa palpável em região de hipogastro e flanco esquerdo há 6 meses, associado a febre diária e dor tipo cólica na região. Nega alteração de hábito intestinal, disúria e hematuria. Ao exame físico apresenta massa palpável em região epigástrica até fossa ilíaca esquerda. Traz consigo tomografia computadorizada de abdome de 4 anos atrás, que revelou formação expansiva vesical a esquerda de 8,2 x 7,6 cm, sem seguimento após o exame, sendo solicitado ultrassom de abdome total que revelou lesão expansiva em pelve, melhor caracterizada pela ressonância magnética de pelve que demonstrou massa de aspecto tumoral de 11,9 x 10,1 cm em região retro peritoneal aderida a bexiga. Foi optado pelo tratamento cirúrgico com cistectomia parcial. A análise anatomopatológica da amostra mostrou neoplasia indiferenciada de pequenas células escuras com áreas de padrão organoide e presença de áreas de necrose. O tumor mede 13,6 x 12 x 10,7 cm e não há presença de sinais histológicos de malignidade. O exame imunoistoquímico revelou imunomarcagem negativa para o marcador S-100, CD-56, cromogranina e sinaptofisina, compatíveis com paraganglioma. Conclusão: Ao que indicam os estudos, os paragangliomas são tumores raros que acometem mais frequentemente entre a segunda e a quarta década de vida, com três atamento de escolha cirúrgico, consistindo na cistectomia total ou parcial, com exeresse completa do tumor.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR BEXIGA | PARAGANGLIOMA | Patologia rara

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1150

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: De acadêmicos a possíveis cirurgiões plásticos: perfil dos candidatos e o futuro de uma especialidade

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS SANTOS ALVES FERREIRA (UFMG), MATHEUS SEWASTJANOW SILVA (UFMG), ANDY PETROIANU (UFMG), PRISCILA OLIVEIRA CARDOSO (UFMG)

RESUMO: Introdução: As escolhas de carreira são feitas como resultado de ideias preconcebidas e exposição a uma especialidade. Entender as motivações e o perfil dos candidatos mostra-se importante, sendo possível entender melhor o futuro de uma especialidade. Objetivo: Traçar o perfil dos futuros cirurgiões plásticos. Método: Foi aplicado questionário de 23 questões a estudantes de Medicina em Belo Horizonte e que avaliaram o perfil do acadêmico candidato a cirurgia plástica, seu nível de interesse em seguir a especialidade, principais motivadores durante a faculdade e intenção em seguir como docente. Resultados: Foram incluídas no estudo 106 respostas. 88,7% eram de alunos da UFMG, UnifenasBH ou PUC-MG; 72,7% estavam entre o 3º e 5º ano; 93,6% tinham entre 19 e 25 anos; 52,4% do sexo masculino; 95,3% tinham cirurgia plástica como uma opção; 91,4% tendo o interesse inicial na primeira metade do curso. Da amostra, embora fosse vontade de 98,1%, apenas 12,3% tinham a disciplina de cirurgia plástica na faculdade, sendo ofertada em geral no último ano. O interesse pela área estética foi de 85,9% e de 89,6% pela reconstrutora. Destaca-se como motivo do interesse pela cirurgia plástica, na visão dos entrevistados, a aptidão cirúrgica (71,7%). 79,2% pretendem especializar-se em Minas Gerais, trabalhar no setor privado apenas (14,2%) ou no público e privado (83%), 50% atuar na área acadêmica e em grandes centros (81,1%). Conclusões: Ainda que a maioria dos alunos não tenha uma disciplina de cirurgia plástica na faculdade, é notório o interesse nessa especialidade. As principais razões para esse interesse foram a aptidão cirúrgica, além do retorno financeiro. Observou-se também que a maioria pretende especializar-se e atuar nos grandes centros urbanos de Minas Gerais, continuando, portanto, sua formação onde já reside, e têm a intenção de trabalhar tanto no setor público quanto no privado. Visto que a Cirurgia Plástica está em constante, não foi surpresa observar que metade dos entrevistados almeja envolver-se com a área acadêmica, visando além de ensinar, também desenvolver novas técnicas e ferramentas. Visto que essa pesquisa foi limitada a Belo Horizonte, uma pesquisa de caráter nacional seria interessante para melhor descrever o perfil dos futuros cirurgiões plásticos brasileiros. Bibliografia: Ibrahim A, Asuku ME. Reaching Our Successors: Millennial Generation Medical Students and Plastic Surgery as a Career Choice. Niger J Surg. 2016;22(1):12-6.

PALAVRAS-CHAVES: especialidade médica | Cirurgia Plástica | Carreira Profissional

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1161

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumores Múltiplos Primários Metacrônicos: Relato de caso de adenocarcinoma de papila duodenal e ceco

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AMANDA HORIE CARDOSO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), ANA CLAUDIA SANTOS JUNQUEIRA FRANCO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), AYSSA TELES ABRÃO TRAD (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), GIOVANNA RELA MATRICARDI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), RONALDO ANTONIO BORGHESI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução:O tumor metacrônico pode ser definido como o segundo tumor primário, diagnosticado com intervalo superior a seis meses, em pacientes que já apresentavam um primeiro tumor primário. O tumor de papila duodenal maior é uma neoplasia rara que corresponde a 33% dos tumores primários ampulares, já a neoplasia em cólon direito representa 22,6% dos casos de câncer colorretal. Estes tumores raramente estão relacionados, logo, temos como objetivo relatar a singularidade deste caso.Relato de caso:Paciente do sexo feminino, 64 anos, diagnosticada com tumor maligno primário de papila duodenal e tumor metacrônico de ceco após 7 meses. Teve início com um quadro de síndrome colestática (icterícia, colúria e acolia fecal), emagrecimento e anemia. Foi realizada a CPRE com intenção diagnóstica e terapêutica, com papilectomia e colocação de endoprótese. No entanto, a TC de abdome evidenciou possível massa tumoral e realizou-se a colonoscopia com biópsia, confirmando o diagnóstico de neoplasia cecal. Paciente realizou uma hemicolectomia direita como tratamento, além de quimioterapia pós-cirúrgica.Conclusão:A incidência de tumores múltiplos primários representa 1,3 a 2,5% das malignidades. Tumores metacrônicos são raros, ainda mais quando ocorrem no trato gastrointestinal em locais diferentes e distantes. Sempre deve ser considerada a possibilidade de tumores primários múltiplos durante o tratamento e acompanhamento de pacientes com câncer. A ocorrência de um tumor secundário é maior quando o tumor primário se apresenta em estágios iniciais, de modo que a pesquisa através de exames complementares em pacientes já diagnosticados com câncer é essencial para o diagnóstico e tratamento de um novo tumor. Desse modo, esse tipo de acompanhamento deve ser feito durante e após o tratamento. As opções disponíveis para tratamento em sua maioria são abordagens cirúrgicas em virtude de seu potencial curativo. Tumores metacrônicos geralmente são diagnosticados em estágios iniciais e são pouco agressivos, por isso estima-se que o prognóstico seja melhor do que em pacientes que apresentam tumores únicos.Referências:1.Amer MH. Multiple neoplasms, single primaries, and patient survival. Cancer Manag Res. 2014; 6:119-134.2. Melo GC, Castro COP, Guilherme JRM, Artiaga MR. Carcinoma da ampola de Vater. Rev Med Saude Brasilia 2014; 3(3):301-7.3.Saqib A, Uroosa I, Rabih M. Primary Pulmonary Lymphoma and Synchronous Cecal Adenocarcinoma: A Rare Occurrence. Cureus. 2016; 8(12): e944..

PALAVRAS-CHAVES: tumores múltiplos | câncer de papila duodenal | câncer de ceco

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1177

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ENTEROLITÍASE ASSOCIADA À SÍNDROME DA ALÇA AFERENTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCOS PAULO DE SOUZA CARNEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), RAISSA MARTINS DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), MARCELO ANDRÉ DOMINGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), LUIZ GUSTAVO MAZI PIZZO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A enterolitíase é uma causa rara de Síndrome da Alça Aferente (SAA). Em revisão literária inglesa publicada em 2013 haviam 14 casos relatados de enterolitíase levando a SAA. Podem ser citadas como causas da SAA a gastrectomia com reconstrução a Billroth II (BII), ocorrendo em aproximadamente 0,3% dos pacientes, além de úlcera ou estenose na anastomose enterogástrica, bridas, alça aferente longa, acotovelamento da anastomose ou recidiva de câncer gástrico e, ocasionalmente, enterolito. O diagnóstico é feito através da anamnese e exames de imagem como RX e TC de abdome. RELATO DE CASO: Mulher, 49 anos, admitida em 21/12/2016 no HC ? UFU. Queixava dor abdominal em região periumbilical esquerda de forte intensidade há quatro dias, contínua, com piora esporádica, associada a náuseas e episódios de vômitos com restos alimentares. Informava parada de eliminação de flatos, mas mantinha evacuações. Negava febre. Antecedentes: gastrectomia parcial com reconstrução a BII com anastomose enterogástrica a 12 cm do ângulo de Treitz devido à úlcera péptica duodenal com estenose em segunda porção do duodeno em Jan/2015. Ao exame: abdome distendido, hipertimpânico, ruídos hidroaéreos ausentes, doloroso a palpação em região periumbilical esquerda, com massa palpável em hipocôndrio direito, mesogástrico e hipogástrico. Toque retal: fezes pastosas em ampola retal, ausência de massas ao toque e de sangue em dedo de luva. Os exames laboratoriais estavam normais e RX de abdome sugestivo de volvo de sigmoide. Foi diagnosticado abdome agudo obstrutivo e iniciado tratamento clínico. Após 24 horas, teve piora clínica sendo indicada laparotomia exploradora com hipótese de volvo de sigmoide. No intra-operatório foi identificado volvo de ceco com necrose da parede, alça aferente da anastomose enterogástrica acotovelada por brida com dilatação importante do coto duodenal proximal e cálculos biliares no seu interior; ausência de fístula biliar. Realizada hemicolectomia direita com anastomose LL ileocolônica, lise de bridas e enteroanastomose a Braun entre alça aferente e eferente. A paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta hospitalar seis dias após a cirurgia. CONCLUSÃO: A enterolitíase é uma causa rara de SAA, mas deve ser considerada em pacientes em pós-operatório de gastrectomia com reconstrução a BII e em Y de Roux que se apresentam com febre, dor abdominal, vômitos biliosos e outros sintomas sugestivos de colangite aguda ou pancreatite.

PALAVRAS-CHAVES: Enterolitíase | Síndrome da Alça Aferente | Enterolito

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1199

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Obstrução Intestinal e Abdome Agudo Inflamatório Associado a Gravidez Ectópica Abdominal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINE CARLA MAGERL (UNIFENAS ALFENAS), JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO (UNIFENAS ALFENAS), GABRIELA FRANZIN RAVAZI (UNIFENAS ALFENAS), LÍVIA MARIA CARVALHO DE LIMA (UNIFENAS ALFENAS), WESLEY BLANCO MOTA (UNIFENAS ALFENAS), RODOLFO LUZ CAMPOS (UNIFENAS ALFENAS), PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA (UNIFENAS ALFENAS), MARÍLIA SARGAÇO DE OLIVEIRA (UNIFENAS ALFENAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO E OBJETIVO: A gravidez abdominal é uma forma rara de gravidez ectópica com incidência reportada de uma em 245 gestações ectópicas. Os sinais sugestivos deste tipo de gravidez ectópica são sangramento vaginal anormal, dor abdominal, movimentos fetais dolorosos, fácil palpação das partes fetais, náusea e vômito excessivos, evidência de restrição de crescimento intra-uterino. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de gravidez ectópica associada a abdome agudo cirúrgico inflamatório e obstrutivo. MÉTODOS: Revisão de prontuário, entrevista com a paciente, métodos diagnósticos que a paciente foi submetida ao ser admitida no Serviço de Cirurgia do Hospital Universitário Alzira Vellano. Revisão de literatura. RESULTADOS: Paciente de 38 anos de idade, sexo feminino, deu entrada no Serviço de Cirurgia do HUAV com quadro de dor abdominal em cólica, difusa, queda do estado geral, febril, vômitos incoercíveis de início há 36 horas. Ao exame físico observou-se presença de massa palpável em fossa ilíaca esquerda e epigástrico e peristaltismo de luta visível à inspeção, sem alterações ao toque retal. Foram realizados exames complementares para seguimento do caso. No raio X de abdome constatou presença de níveis hidro-aéreos e distensão gasosa do alças do grosso intestino e delgado. Ultrassonografia abdominal foi observado a presença de gravidez ectópica abdominal e placenta intrabdominal. Indicado a cirurgia de urgência e a laparotomia exploradora que revelou gravidez abdominal com feto morto e placenta aderida ao mesentérico e alças de delgado e ligamento largo. Feito retirada do feto e placenta com lise das aderências e enteroptiquia de alças do jejuno, lavagem exaustiva da cavidade e laparorrafia. Paciente com alta no 9º dia P.O. CONCLUSÕES: No presente caso o diagnóstico foi feito com base no exame clínico com auxílio dos exames de imagem (Radiografia e Ultrassonografia abdominal e pélvica). O tratamento cirúrgico é indicado com a retirada do feto e placenta e liberação das alças e aderências conduta adotada no presente paciente. BIBLIOGRAFIA: TIMOR-TRITSCH IE, e col. Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2014. YUSUF, N; et al. Advanced abdominal pregnancy with alive fetus: A case report and review. *The ORION Medical Journal*, v.33, n.1, 2010, p.733-734. MENEZES MO, e col. Gravidez Adominal com recém-nascido vivo: relato de caso. *Interfaces Científicas. Saúde e Ambiente*, 2015

PALAVRAS-CHAVES: Gravidez ectópica abdominal | Abdome Agudo Inflamatório | Obstrução Intestinal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1213

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NEOPLASIA TESTICULAR COMO UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR ABDOMINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAOLA TRINDADE MEINICKE (HOSPITAL HELIOPOLIS), RICARDO COSTA AGUIAR (HOSPITAL HELIOPOLIS), SAULO BORBOREMA TELES (HOSPITAL HELIÓPOLIS), RAFAELA CRISTINA DE CAMPOS (HOSPITAL HELIOPOLIS), IGOR BOTELHO DE ARAUJO (HOSPITAL HELIOPOLIS), LUIS FABRICIO CALDAS FERRAZ (HOSPITAL HELIOPOLIS), LUIS CARLOS NEVES DE OLIVEIRA (HOSPITAL HELIOPOLIS/FACULDADE DE MEDICINA DA USP), FÁBIO ISRAEL LIMA CASTELO BRANCO MARQUES (HOSPITAL HELIOPOLIS)

RESUMO: Introdução: O câncer testicular é o tumor maligno mais comum em homens entre 15-35 anos, sendo responsável por 1% de todos os cânceres no sexo masculino. O tumor de células germinativas corresponde a 95% dos cânceres testiculares, sendo o subtipo seminomatoso correspondente a 48,2%. Mesmo com a orquidopexia, a criptorquidia prévia continua como fator de risco, sendo encontrada em 28,5% dos seminomas e 15,5% dos não seminomas. O LDH está relacionado com o volume tumoral e é produzido em todos os tipos de tumores testiculares. Eleva-se em 35,7% dos seminomas e 40% dos não seminomas. O tratamento dos tumores testiculares teve grande avanço desde os anos 1970, atingindo, atualmente, índice de cura superior a 90% mesmo em tumores avançados com o aprimoramento da técnica cirúrgica e a implementação da quimioterapia. O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico ratificando a criptorquidia, com testículo intra-abdominal, como principal fator de risco para tumor testicular maligno e seu diagnóstico diferencial para massas abdominais. Relato de Caso: JLS, 43 anos, apresenta queixa de dor em fossa ilíaca direita há 1 mês, associada a massa abdominal palpável de crescimento progressivo. Nega perda ponderal, mudança de hábitos intestinais ou demais queixas. Relata ausência de testículo à direita desde a infância. Ao exame físico, apresenta massa palpável em fossa ilíaca direita e hipogástrio, endurecida, fixa e pouco dolorosa. Bolsa testicular com testículo esquerdo tóxico e ausência de testículo à direita. Marcadores tumorais: B-hCG: 21,78 mUI/ml, AFP: 4,4 ng/ml e DHL: 282 U/L. À Ressonância magnética, apresenta tumor abdominal em quadrante inferior direito (10x10x12cm), sem ponto de clivagem com cúpula vesical, íleo terminal, ceco e peritônio parietal; e em íntimo contato com ureter direito, veia ilíaca externa direita e veia cava inferior. Submetido a laparotomia exploradora com ressecção de massa tumoral em bloco, ileocelectomia direita, cistectomia parcial, com anastomose ileotransverso primária, cistorrafia e linfadenectomia de cadeia ilíaca e intercavaoártica. Anatomo-patológico: Seminoma clássico com margens livres. Paciente com boa evolução pós-operatória, em seguimento ambulatorial e quimioterápico. Conclusão: Demonstra-se com este trabalho a relevância da criptorquidia como fator de risco para tumor testicular e a importância de se considerar a neoplasia de testículo como diagnóstico diferencial em pacientes criptorquídeos com massa abdominal.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor testicular | Criptorquidia | Massa abdominal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1233

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Educação em Cirurgia: Suplementação Curricular por meio de um Curso de Condutas Básicas para Acadêmicos.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDUARDO CÉSAR DINIZ MACÊDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), KLEISON DOUGLAS GOMES PIMENTEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), THOMAS JEFFERSON CARDOSO DO NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), EUGÊNIO ALVES ROLIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MATEUS PITOMBEIRA ARAÚJO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GERLANO BRAGA LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTÔNIO IVAN ARAÚJO MONTEIRO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), GUSTAVO REGO COELHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Introdução: O ensino em graduações médicas possui diretrizes que abrangem todas as especialidades. Entretanto, visando a formação de médicos generalistas, por vezes, o aprendizado de assuntos cirúrgicos fica em segundo plano. Isto posto, é comum vermos a realização de um curso de condutas em cirurgia como suplementação para alunos de graduação. O curso em questão, fornece 40 horas de aulas práticas e teóricas para alunos da Universidade Federal do Ceará (UFC). Metodologia: A avaliação do curso foi feita por meio de testes objetivos de duas questões cada um, aplicadas separadamente antes e após cada aula, como uma análise imediata de aprendizado, totalizando, ao fim do evento, 22 questões. Ademais, foi feita análise retrospectiva subjetiva pelos facilitadores das atividades do curso, acerca do aprendizado dos alunos ao longo das diferentes edições já realizadas. Objetivo: Avaliar o impacto positivo aplicado pelo curso sobre o aprendizado de cirurgia para alunos de um curso de medicina. Resultados: Analisando-se os dados obtidos nos pré-testes os alunos obtiveram média de acertos de questões de 9,5 questões, sendo o menor número de acertos de 5 e, o maior, 14. Ainda entre pré-testes, o conjunto de acertos apresentou caráter trimodal, sendo 10, 7 e 12 as modas, aparecendo seis vezes cada. Nos testes aplicados após o curso os alunos obtiveram média de acertos de 14,7 questões, sendo o menor número de 8 e o maior de 22 questões. Além disso, o conjunto dos pós-testes apresentou caráter bimodal, sendo 14 e 15 as modas. Observando-se o viés subjetivo, durante a interação entre os facilitadores das práticas e os alunos constatamos, positivamente, a integração teórico-prática, à medida em que o curto período entre as aulas teóricas e suas respectivas práticas permitiram maior consolidação dos conhecimentos introjetados. O uso de modelos de ensino hands-on produziu maior motivação para esses alunos ingressantes da graduação do que o formato tradicional, que visa apenas o teórico. Conclusão: Com base nos resultados dos pós-testes em relação aos pré-testes, bem como a avaliação subjetiva dos realizadores, constatou-se que o curso de condutas básicas em cirurgia foi bastante eficaz para o aprendizado dos alunos, tanto pelo aumento de acertos nos testes, demonstrando internalização dos conhecimentos, como pela capacidade de realizar procedimentos cirúrgicos básicos em modelos práticos, sugerindo consolidação dos alicerces da formação cirúrgica básica.

PALAVRAS-CHAVES: educação | cirurgia | graduação

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1235

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso: Lipossarcoma Retroperitoneal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: INGRID LUNA HOERNER E SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), ARIANE RIBEIRO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), SILVIO HENRIQUES DA CUNHA NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), ANA PAULA BASTOS DE CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), FERNANDA CRAVO BARROSO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), SOLON GONÇALVES SOUZA MENEZES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), LEONARDO BACELAR CANTANHEDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), MARCUS VINICIUS BITTENCOURT BUENO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ))

RESUMO: Introdução: Lipossarcoma é uma neoplasia rara, responsável por aproximadamente 10-15% dos tumores de partes moles sendo os retroperitoneais o mais comum entre eles. São divididos Histologicamente em cinco subtipos: bem diferenciado, mixoide, pleomórfico, indiferenciado e do tipo misto. O lipossarcoma bem diferenciado é o subgrupo histológico mais comum e acarreta um elevado risco de recorrência local. Relato do caso: Paciente E.S.A., 57 anos, feminino, branca, admitida no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no dia 11/07/2016 com história de aumento progressivo do volume abdominal há 6 meses, associado a plenitude pós-prandial, pirose, desconforto em região epigástrica e emagrecimento não quantificado. Ao exame físico apresentava volumosa massa endurecida que se estendida do apêndice xifóide até a pelve não dolorosa a palpação. Realizada Tomografia de Abdome, no dia 03/06/2016, evidenciando volumosa tumorção, medindo 32,6cm(L)x17,1cm(AP)x25,8cm(T) com densidade de gordura, septações internas, limites bem definidos em quase sua totalidade, se estendendo da região epigástrica à pelve. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora eletiva, no dia 12/07/2016. Foi realizada incisão xifopubiana transumbilical, evidenciando volumosa tumorção com aspecto lipomatoso, encapsulada, bastante aderida ao mesentério de cólon sigmoide, bexiga e útero. A lesão estendia-se ao longo dos vasos retroperitoneais e ureteres bilateralmente. Apresentava-se bastante aderida ao ovário esquerdo, sem plano de clivagem com o mesmo, sendo então, englobado à ressecção. Realizada dissecação e descolamento da tumorção do cólon sigmoide e mesocolon, com posterior isolamento e ligadura do pedículo vascular localizado junto a raiz do mesocólon sigmoide. O tumor foi ressecado em bloco, totalizando uma massa de 6,900 kg. A anatomopatológico da lesão evidenciou tumorção medindo 38x28x13cm com diagnóstico de lipossarcoma bem diferenciado. Paciente mantém-se em acompanhamento ambulatorial até a presente data com exames periódicos de imagem sem evidência de recidiva de doença. Conclusão: A cirurgia é principal modalidade terapêutica no tratamento dos sarcomas retroperitoneais, entretanto a elevada taxa de recorrência reforça a necessidade de aprimoramento de outras modalidades terapêuticas, como a radioterapia. É de fundamental importância realizar um rigoroso seguimento pós-operatório a fim de descartar qualquer sinal de recidiva local ou metástase.

PALAVRAS-CHAVES: Lipossarcoma | Sarcoma | Retroperitoneal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1249

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE COARCTAÇÃO DA AORTA ASSOCIADA À TÉCNICA DE BENTALL E BONO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCOS VINÍCIUS MENDES DE OLIVEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), MARIANA DE CASTRO FERREIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), PAULA CASTILHO DE SOUZA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), PAULO VICTOR NUNES ROSA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), RACHEL TIAGO LIGÓRIO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), BRUNA SILVA PIMENTA MACEDO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), ANA LUIZA SILVA PIMENTA MACEDO (FACULDADE DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA)

RESUMO: Introdução: A coarctação da aorta (CoA), estreitamento da aorta descendente proximal à extremidade aórtica do canal arterial, é responsável por 6 a 8% dos nascidos vivos com cardiopatia congênita. Se não tratada, a CoA tem mau prognóstico e pode ser fatal. A cirurgia é a terapêutica de escolha. Quando a CoA está associada à aneurisma da aorta ascendente e estenose aórtica, têm-se como opção terapêutica a técnica de Bentall e de Bono, juntamente com a implantação de endoprótese. Relato de caso: Paciente de 27 anos internada no departamento de cirurgia cardiovascular do Hospital Madre Teresa/BH, com diagnóstico há 12 anos de coarctação de aorta, estenose aórtica e aneurisma de aorta ascendente. À ecocardiografia: aumento moderado de VE; HVE concêntrica; válvula aórtica bicúspide, espessada, calcificada, com estenose grave e regurgitação moderada a grave; e aneurisma de aorta ascendente. À angiotomografia: volumosa dilatação aneurismática fusiforme do segmento ascendente da aorta (78mm de diâmetro) e segmento de coarctação aórtica no terço proximal descendente (diâmetro mínimo de 5mm). Sob anestesia geral, foi submetida à correção endovascular de CoA com endoprótese Medtronic, cuja ancoragem proximal se instalou imediatamente distal à origem da artéria carótida comum esquerda, com extensão até o terço médio descendente, seguido de acomodação da endoprótese com balão complacente do tipo Coda. Foi realizada a correção com CEC do aneurisma e insuficiência valvar aórtica pela técnica de Bentall e de Bono com tubo valvado n25 e prótese mecânica. Na UTI, a paciente evoluiu com BRE, BAVT e dissociação AV, sendo realizado implante de marca-passo definitivo. Apresentou febre e sinais laboratoriais de infecção, devido à endocardite bacteriana na valva aórtica. Realizou tratamento com antibióticos, tendo bom prognóstico e alta hospitalar com 52 dias de internação. Conclusão: A correção cirúrgica é o procedimento de escolha para CoA. Diante da terapêutica empregada, as endopróteses aórticas melhoram a história natural da doença e diminuem a morbimortalidade. A associação desse procedimento com a técnica de Bentall e de Bono, em um mesmo tempo cirúrgico, se mostrou eficaz mesmo diante de um quadro infeccioso. Além disso, essa associação diminui o risco de complicações no pós-operatório, inerentes a qualquer procedimento cirúrgico de alto risco, por reduzir a exposição do paciente a um maior número de cirurgias.

PALAVRAS-CHAVES: coarctação da aorta | Correção endovascular | técnica de Bentall e Bono

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1268

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MELANOMA INTESTINAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), DIEGO COIMBRA ALENCAR (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), JOÃO EMILIO LEMOS PINHEIRO FILHO (HOSPITAL SANTA MARIA), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), JULIANNA FANY ALMEIDA SOUSA (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), MARIANE MENDES GIL BARBOSA SANTOS (HOSPITAL SANTA MARIA), HELDER DE MELO SÉRVIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), MAC DAVE CARDOSO RIBEIRO MATOS SILVA (HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TERESINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Melanoma é um tumor de melanócitos com incidência menor que 3% quando comparado às neoplasias malignas. O trato gastrointestinal é um dos múltiplos sítios de metástases o qual pôde ser visto em estudos de necropsias com uma taxa em torno de 50%. RELATO DE CASO: Mulher, 34 anos, admitida em um hospital privado de Teresina ? PI em fevereiro/2014 com relato de epigastralgia, melena, anemia e passado clínico de melanoma cutâneo tratado com exérese e uso de Interferon por um ano. Ao exame físico apresentava massa palpável em região infraumbilical associada à distensão abdominal. Solicitados exames complementares: ultrassom e tomografia computadorizada abdominal evidenciaram formação expansiva parcialmente delimitada de contornos lobulados estendendo-se da região pélvica ao meso/epigástrico. Após isso, a paciente foi referenciada à cirurgia geral que optou por laparotomia exploratória (enterectomia) com retirada de peça. O histopatológico constatou neoplasia maligna pouco diferenciada com invasão linfática e a imuno-histoquímica concluiu melanoma maligno de intestino delgado. A paciente ainda encontra-se em seguimento clínico sem histórico de recidivas. CONCLUSÃO: Esse caso revela o quanto é inespecífica as queixas de um paciente com melanoma intestinal. Assim cabe à equipe médica sempre estar atenta ao paciente. BIBLIOGRAFIA: RIBEIRO, Rómulo et al . Invaginação Intestinal por Metástases de Melanoma: a propósito de um caso clínico. Rev. Port. Cir., Lisboa , n. 23, p. 57-60, dez. 2012 . Disponível em . acessos em 10 fev. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA | HOSPITALIZAÇÃO | MELANOMA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1292

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tricobezoar recidivado com resolução cirúrgica: um relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRICIA MARISTELLA DOS REIS MARIA (MÉDICA RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), IVAN MURAD (PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), FERNANDO DE SOUZA (PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), RAFAEL FAVERSANI DE ARAUJO (MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), TIAGO FRANCISCO MELEIRO ZUBIOLLO (MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), GUILHERME AUGUSTO POLAQUINI (MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Bezoar é a impactação de material estranho no interior do trato digestivo, originado a partir da ingestão e aglutinação de diversas substâncias, incluindo cabelos, fibras vegetais e outros, sendo o primeiro caso relatado por Baudamant em 1779. Os tricobezos, produtos da ingestão de pelos e cabelos, raramente ocasionam obstrução intestinal. A remoção endoscópica ou cirúrgica de bezos depende do tamanho e da composição dos mesmos. O tricobezoar gástrico é de difícil remoção endoscópica, em geral, logo a maioria dos casos relatados são resolvidos cirurgicamente. O objetivo deste trabalho é descrever um caso recidivado de tricobezoar com localização e quadro clínico distintos, com resolução cirúrgica, porém, em ambas as situações. Na ocasião, se apresentara ao pronto-socorro de nosso serviço uma adolescente de 19 anos com dor epigástrica há um ano, associada a náuseas e vômitos. A paciente possuía história prévia de laparotomia por abdome agudo obstrutivo aos 6 anos de idade, cuja etiologia era tricobezoar. Diagnosticada pela endoscopia com imagem compatível com tricobezoar, foi submetida a gastrotomia anterior com retirada de uma massa sólida de cabelos e espumas, a qual moldava todo o estômago, desde o fundo até o piloro. Após a alta, a paciente foi encaminhada ao serviço de psiquiatria para o tratamento da tricotilomania. É notável que casos em que um tricobezoar cause obstrução sempre devem ser associados a comportamento maníaco, que deve ser tratado e observado. A não atenção para o perfil do paciente de bezoar incorre no risco de uma recidiva do quadro, e submissão do paciente a um novo ato operatório, como observado em nossa narração. Terrones, Juan Vidal Rodríguez, and Jorge Luis Fernández Mogollón. "Tricobezoar gástrico en mujer adolescente: reporte de caso." *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* 6.1 (2013): 50-52. Williams, Randolph S. "The fascinating history of bezoars." *The Medical journal of Australia* 145.11-12 (1985): 613-614. Do Sameiro Barroso, Maria. "THE BEZOAR STONE: A PRINCELY ANTIDOTE, THE TÁVORA SEQUEIRA PINTO COLLECTION--OPORTO." *Acta Medico-Historica Adriatica* 12.1 (2014).

PALAVRAS-CHAVES: tricobezoar | bezoar | tricofagia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1301

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A IMPORTÂNCIA DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITE AGUDA: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DORIS MEDIANEIRA LAZAROTO SWAROWSKY (UNISC), DANIELA DE MORAES (UNISC), THOMAS DIAS SOUTO GRAVI (UNISC), MANOELA SUZANA PERSCH (HOSPITAL SANTA CRUZ), RAFAEL LUIZ DONCATTO (HOSPITAL SANTA CRUZ), INÁCIO SWAROWSKY (UNISC), GUSTAVO LAZAROTO SWAROWSKY (PUCRS), JESSICA EBERT (UNISC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é uma doença que tem as maiores taxas de erros diagnósticos, sendo que idosos e mulheres em idade fértil podem apresentar maior inconsistência entre a gravidade e os achados da doença.¹ Ela deve ser considerada em pacientes com dor em fossa ilíaca direita (FID), porém deve se levar em conta outros diagnósticos diferenciais como divertículo de meckel, diverticulite aguda, doença inflamatória intestinal, apendagite epiplóica e causas ginecológicas.² Dessa forma, segue um relato de caso de uma suspeita de apendicite elucidada por tomografia computadorizada (TC).RELATO DE CASO: Paciente E.S, masculino,branco, 63 anos, previamente hígido, encaminhado ao serviço de Emergência do Hospital Santa Cruz em Santa Cruz do Sul ? RS para avaliação cirúrgica por suspeita de apendicite aguda. Paciente referia dor em FID iniciada há 4 dias, sem outros sintomas associados. Sem alteração de hábito intestinal e urinário, sem náuseas, vômitos e perda de peso. Paciente trouxe laudo de US realizado 3 dias antes sugerindo considerar processo inflamatório do segmento distal do apêndice, visto que não havia sido visualizado segmento o distal ao exame. Hemograma e demais laboratoriais sem particularidades. Realizada TC de abdome para elucidar o caso, confirmando o diagnóstico de apendagite epiplóica. Paciente recebeu sintomáticos e ficou em observação. Paciente teve melhora da dor e recebeu alta hospitalar após 4 dias de internação.CONCLUSÃO: O diagnóstico da apendicite aguda é baseado na história, exame físico e laboratoriais do paciente, contudo, os erros diagnósticos e apendicectomias negativas podem ser evitados por meio de exames radiológicos como a TC. Nesse sentido, a TC é fundamental para o diagnóstico diferencial de abdome agudo, especialmente em idosos e quando o quadro não possui uma clínica tão evidente. Hatipoglu S, Hatipoglu F, Abdullayev R. Acute right lower abdominal pain in women of reproductive age: Clinical clues. World J Gastroenterol 2014 Apr;20(14):4043-9 Patel NB, Wenzke DR. Evaluating the Patient with Right Lower Quadrant Pain. Radiol Clin North Am. 2015 Nov;53(6):1159-70.

PALAVRAS-CHAVES: ABDOME AGUDO | APENDICITE | TOMOGRAFIA ABDOMINAL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1302

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CÂNCER DE APENDICE EM APENDICECTOMIAS DE URGÊNCIA: INCIDÊNCIA EM 2420 PACIENTES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (FACID), CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA (NOVAFAPI), CARLA CECILIA DA COSTA ALMEIDA (FACID), CAMILA DE SOUZA ALMEIDA ARAÚJO (FACID), ARISTIDES SILVA PINHEIRO FILHO (FACID), RAFAELA RABELO DE SOUSA (FACID)

RESUMO: Introdução: A inflamação do apêndice, ou seja, a apendicite aguda é a emergência cirúrgica geral mais comum, seu diagnóstico pode ser enganoso, sendo importante um alto grau de suspeita para prevenir complicações graves dessa doença. A maioria dos pacientes com apendicite aguda é tratada por remoção cirúrgica imediata do apêndice, através da apendicectomia. A grande maioria das neoplasias do apêndice é diagnosticada após inspeção patológica do apêndice removido por suspeita de apendicite. Cirurgiões devem conhecer os tumores que acometem o apêndice e a conduta frente a esses casos, principalmente porque a maioria dos pacientes se apresenta com quadro clínico de apendicite aguda e é encaminhada à cirurgia sem que se suspeite da presença da neoplasia, o que obriga a decidir pelo tratamento em caráter de urgência. Objetivos: Esse estudo objetivou determinar a incidência de câncer de apêndice incidental em apendicectomias realizadas em um hospital de referência de Teresina-PI, bem como o gênero mais acometido por essa patologia, além do tipo histológico mais comum. Métodos: Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa em um hospital público municipal da cidade de Teresina, os dados foram obtidos no laboratório de anatomopatologia do referido hospital através da análise dos livros de registro de resultados dos anatomopatológicos. Foram coletados os dados registrados de novembro de 2008 até dezembro de 2012 com uma população total de 2447 resultados de anatomopatológicos, provenientes de peças cirúrgicas de apendicectomias. Os dados obtidos foram tabulados em planilha eletrônica específica, e tratados por meio de estatística descritiva na forma de gráficos e tabelas. Resultados: Foram encontrados 3 (0,12%) resultados positivos para neoplasia de apêndice, sendo 1 (33%) tumor carcinóide e 2 (67%) adenocarcinomas. Em 1 (0,05%) peça foi encontrado tumor metastático de outro órgão. Em 67% das neoplasias o paciente acometido era do sexo feminino e em 33% do sexo masculino. Conclusão: Tumores malignos primários de apêndice são raros e nenhum cirurgião em particular irá adquirir uma extensa experiência com essa doença; o adenocarcinoma foi o tipo histológico mais encontrado e o gênero mais acometido foi o feminino.

PALAVRAS-CHAVES: APENDICECTOMIA|CANCER DE APENDICE|INCIDENTAL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1321

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A IMPORTÂNCIA DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NO DIAGNÓSTICO DA APENDAGITE EPIPLÓICA: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DORIS MEDIANEIRA LAZAROTO SWAROWSKY (UNISC), DANIELA DE MORAES (UNISC), THOMAS DIAS SOUTO GRAVI (UNISC), MANOELA SUZANA PERSCH (HOSPITAL SANTA CRUZ), RAFAEL LUIZ DONCATTO (HOSPITAL SANTA CRUZ), INÁCIO SWAROWSKY (UNISC), GUSTAVO LAZAROTO SWAROWSKY (PUCRS), FÁBIO JOSÉ PAVAN (UNISC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A apendagite epiplóica (AE) é uma causa rara de dor abdominal e é causada por uma inflamação do apêndice epiplóico por torção ou trombose venosa espontânea da drenagem apendicular.¹ Clinicamente, o paciente apresenta-se com dor abdominal focal, sendo o diagnóstico frequentemente confundido com diverticulite e apendicite aguda.² A AE foi relatada em 2-7% dos pacientes com suspeita de diverticulite e em 0,3-1% daqueles com suspeita de apendicite¹. Observa-se que muitos pacientes acabam recebendo antibioticoterapia ou tratamento cirúrgico equivocadamente, visto que a AE é uma condição autolimitada e seu tratamento é conservador com analgésicos^{1,2,3}. Nesse sentido, a tomografia computadorizada (TC) pode revelar achados característicos da AE, além de auxiliar no diagnóstico diferencial de outras causas de dor abdominal. Dessa forma, segue o relato de casos de dor abdominal aguda elucidados por tomografia computadorizada. RELATO DE CASO: Analisados quatro casos de pacientes com quadro de dor abdominal aguda atendidos na Emergência do Hospital Santa Cruz ? Santa Cruz do Sul ? RS, sendo 3 do sexo masculino e 1 feminino, com idade média de 40 anos. Dois pacientes masculinos e 1 paciente feminino apresentavam quadro clínico compatível com diverticulite aguda e o outro paciente masculino apresentava quadro sugestivo de apendicite aguda. Pacientes realizaram TC de abdome e confirmado diagnóstico tomográfico de apendagite epiplóica. Pacientes foram tratados com anti-inflamatórios não-esteroidais e apresentaram boa evolução, recebendo alta breve. CONCLUSÃO: Apesar da apendagite ser uma causa rara de dor abdominal, ela deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de dor abdominal aguda. Nesse sentido, a TC é fundamental para o diagnóstico diferencial de abdome agudo, a fim de reduzir as internações hospitalares, o uso de antibióticos e as cirurgias desnecessárias. Akinosoglou K, Kraniotis P, Thomopoulos K, Assimakopoulos SF. Epiplonic appendagitis: A non-surgical cause of acute abdomen. *Ann Gastroenterol*. 2015;28(2):296-8.

Hwang JA, Kim SM, Song HJ, Lee YM, Moon KM, Moon CG, et al. Differential diagnosis of left-sided abdominal pain: primary epiplonic appendagitis vs colonic diverticulitis. *World J Gastroenterol* 2013. Oct;19(40):6842-6848. Patel NB, Wenzke DR. Evaluating the Patient with Right Lower Quadrant Pain. *Radiol Clin North Am*. 2015 Nov;53(6):1159-70.

PALAVRAS-CHAVES: DOR ABDOMINAL | ABDOME AGUDO | TOMOGRAFIA ABDOMINAL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1346

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SCHWANNOMA RETROPERITONEAL GIGANTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CÁSSIA MARIA NASCIMBEM (FMABC), ABNER JORGE JÁCOME BARROZO (FMABC), CLOVIS AUGUSTO BORGES DO NASCIMENTO (FMABC), MARIO PAULO FARO JR. (FMABC)

RESUMO: INTRODUÇÃO Schwannoma é um tumor geralmente benigno, de crescimento lento, originário da célula de Schwann. A maioria deles provém de nervos cranianos ou nervos das extremidades superiores. Geralmente são tumores solitários, de crescimento lento e predominantemente ocorrem nas mulheres. Schwannomas retroperitoniais gigantes são raros e cursam com sintomas inespecíficos. RELATO DE CASO Paciente jovem, 23 anos, sexo feminino, sem comorbidades ou doenças prévias. Queixava-se de dor abdominal há 6 meses em região de flanco esquerdo, com irradiação para região dorsal, associado a náuseas, vômitos. Ao exame abdominal identificado grande massa que estendia-se de flanco esquerdo até hipogástrio, móvel e dolorosa. Durante investigação com ultrassom, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) foi constatado uma massa retroperitoneal de grande volume que estende-se de hipogástrio até fossa ilíaca esquerda. O anatomopatológico da biópsia guiada por ultrassom revelou Schwannoma, e o perfil imunohistoquímico positivo para proteína S-100 e Vimentina, confirmando o anatomopatológico. Realizado laparotomia exploradora e identificado volumosa massa retroperitoneal de 14x11x6 cm, de superfície lisa, acastanhada, elástica, em íntimo contato vasos ilíacos esquerdo, aderida em mesocólon descendente e sigmóide. Ressecção completa da lesão sem sinais de invasão ou necessidade de ressecção de órgãos adjacentes. Análise patológica e imunohistoquímica confirmou tratar-se de um Schwannoma benigno. Paciente em seguimento por 36 meses, com remissão total dos sintomas e sem sinais de recidiva pelos controles tomográficos. CONCLUSÃO Os Schwannomas retroperitoneais são raros e compreendem 0,7% a 2,6% de todos os Schwannomas. Apenas 1% é encontrado no retroperitônio, que corresponde 0,5% a 1,2% dos tumores retroperitoneais. O diâmetro médio dos Schwannomas geralmente não excede 5 a 6 cm, sendo os maiores denominados de gigantes. Na literatura nacional foram identificados poucos casos semelhantes ao nosso relato de Schwannoma gigante retroperitoneal. O diagnóstico pré-operatório é muitas vezes difícil, devido ao quadro clínico e achados de TC e RM serem de características inespecíficas. Portanto, deve-se realizar o diagnóstico diferencial de maneira cuidadosa. Devido a isso, ressaltamos a importância do diagnóstico pré-operatório para melhor planejamento multidisciplinar no manejo cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: SCHWANNOMA|RETROPERITONEAL|GIANT

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1355

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LIPOMA RETROPERITONEAL GIGANTE: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CARLA FRANCO UBINHA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), SILAS SOARES CAVALCANTE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JULIANA DE SOUZA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), PAMELA SACALINA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ANA CAROLINA TRENTINI IZAR (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), GUSTAVO HENRIQUE SARTINI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: Os lipomas são tumores mesenquimais compostos de adipócitos maduros. A sua patogênese não foi completamente definida e sua localização no retroperitônio é rara. Estes tumores são tipicamente descritos como massas moles e móveis, assintomáticos e de crescimento lento. Na presença de um tumor adiposo retroperitoneal, o primeiro passo é confirmar sua benignidade, com base inicialmente em suas características radiológicas. A tomografia computadorizada e ressonância magnética desempenham papéis fundamentais na caracterização dessas lesões e definição de sua possível extensão às estruturas adjacentes. Para assegurar um tratamento e um seguimento adequados, os lipomas devem ser diferenciados dos lipossarcomas, que representam 45% de todas as neoplasias retroperitoneais. Relato do caso: M.M.G., sexo feminino, compareceu em atendimento ambulatorial com queixa de peso abdominal há um ano, associado a edema e aumento de volume em membro inferior esquerdo. Negou alteração do hábito intestinal. De antecedentes pessoais, destacava-se hipertensão crônica, com controle medicamentoso. Apresentava, ao exame físico, tumoração palpável em hemiabdomen esquerdo. Dando seguimento ao caso, foram solicitados exames de tomografia e ressonância magnética de abdome e pelve, que evidenciaram lesão retroperitoneal compatível com neoplasia mesenquimal de linhagem lipomatosa que se estendia desde a região superior do flanco esquerdo até a fossa ilíaca esquerda. Foi realizada cirurgia para ressecção do lipoma, durante a qual confirmou a presença da massa, com aproximadamente 30 cm de diâmetro. O anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de lipoma retroperitoneal. A paciente evoluiu sem intercorrências após o procedimento cirúrgico. Conclusão: Os lipomas são tumores benignos e o seu diagnóstico é fundamental para seguimento do caso. Exames radiológicos e o anátomo-patológico têm papel importante neste processo.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias Retroperitoneais | Lipoma | Procedimentos Cirúrgicos Operatórios

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1361

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INGESTÃO DE SUBSTÂNCIA CÁUSTICA: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE VALERIO DE MESQUITA (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), HERMANO AUGUSTO DE MEDEIROS JÚNIOR (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), LEANDRO DE SOUZA LEHFELD (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), TATIANA PASCHOALATO (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), GUSTAVO DA SILVEIRA TRINDADE (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), MURILO RODRIGUES DO CARMO (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), MURILO BARCELOS DE SOUZA (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), BRUNO FERNANDO BINOTTO (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), CIRO EDUARDO FALCONE (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO:A ingestão de substâncias cáusticas é freqüente e mais observada em dois grupos etários: na infância, de um a cinco anos (ingestão acidental) e nos adultos entre 20 e 46 anos (tentativas de suicídio). Este relato tem como objetivo apresentar caso de ingestão de substância cáustica, acidental na infância e proposital na idade adulta, em um mesmo paciente.RELATO DE CASO:Paciente masculino, 32 anos, admitido após ingestão de soda cáustica - tentativa de suicídio - com história prévia de ingestão acidental de soda cáustica na infância com 01 ano de idade, com necessidade de realização de gastrostomia no primeiro episódio.Realizada endoscopia com evidências de lesões Zargar IIb repetida precocemente após 24 horas, identificando padrão de piora e optado por passagem de sonda nasoenteral para garantia de via alimentadora, sendo iniciada dieta via sonda. Após evolução satisfatória, iniciou dieta via oral no décimo dia. Recebeu alta hospitalar após retirada da sonda enteral, com seguimento ambulatorial multidisciplinar.Ingestão de substâncias cáusticas podem causar, desde leve hiperemia, até necrose e perfuração do esôfago e estômago, lesões estas que podem variar de acordo com a presença de pré-morbidades no tecido atingido, quantidade e concentração da substância ingerida e duração do contato. A complicação tardia mais grave é a ocorrência de neoplasia maligna.CONCLUSÃO:A ingestão de substâncias cáusticas causa lesões graves e o seguimento endoscópico é mandatório pois permite diagnóstico precoce de possível futura neoplasia.

PALAVRAS-CHAVES: CÁUSTICO|INGESTÃO|SUICÍDIO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1367

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PORFIRIA INTERMITENTE AGUDA MIMETIZANDO ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO CIRÚRGICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA DE OLIVEIRA FIGUEIRÓ (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA), DIOGO BENINI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA), RAQUEL MACHADO MENEZES (CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO - UNIFRA), GILDA GUERRA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), ANNA LUIZA FRAZZON TEIXEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO - UNIFRA), BRUNA LORENZ (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - UCS)

RESUMO: Introdução: Porfiria compreende oito desordens metabólicas resultantes da atividade alterada de enzimas da cascata de biossíntese do heme. Porfiria Intermitente Aguda (PIA) deriva de deficiência na porfobilinogênio deaminase (PBG-D), é mais comum após a puberdade, em mulheres e ocorre em ataques intermitentes provocados por drogas, hormônios esteroides e infecções, onde aparecem sintomas como constipação, confusão mental e dores nos membros. Dor abdominal severa é o sintoma mais comum, junto de náusea, taquicardia e ansiedade, sem sinais peritoneais. A PIA tem baixa incidência, mas é a classe de porfiria mais comum no mundo e está associada a alto risco para carcinoma hepatocelular, hipertensão crônica e insuficiência renal crônica. Relato de Caso: Paciente GLCS, feminino, 21 anos, transferida ao Serviço de Cirurgia Geral da 10ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, em dezembro 2016. Referia dor abdominal, náusea e quadro de suboclusão há três dias. Ao exame físico, apresentava leve distensão abdominal sem sinais de irritação peritoneal. O diagnóstico prévio de volvo de sigmoide não se confirmou nos exames locais, sendo ratificado para abdome agudo obstrutivo. Realizou-se colonoscopia, com resolução parcial, e depois retossigmoidectomia para tratamento definitivo. Por peritonite fecal e deiscência da anastomose, optou-se por laparotomia exploratória, sendo feita lavagem, colostomia protetora e enterectomia com enteroanastomose, por lesão de jejuno. Evoluiu com sinais de sepse, taquicardia e taquipneia, sendo internada em UTI. Concomitante ao quadro cirúrgico, exame BHCG resultou positivo, avaliado pela ginecologia como aborto pós sepse. No pós-operatório, foi investigada história materna de porfiria, confirmada na paciente por exames e sintomas típicos da patologia. GLCS evoluiu para quadro neuropático com perda de movimento de membros inferiores e da capacidade respiratória e cognitiva, vindo a óbito cerca de dois meses após internar com sintomas de PIA mimetizando quadro de abdome agudo obstrutivo cirúrgico. Conclusão: PIA deve ser considerada como hipótese diagnóstica em casos de distúrbios viscerais e do sistema nervoso central, periférico e autônomo, pois se manifesta com sintomas inespecíficos. O diagnóstico precoce pode ser feito por teste genético que revela portadores assintomáticos para evitar a progressão das crises agudas e viabilizar tratamento efetivo com hematina, ao qual a paciente não teve chance de fazer uso.

PALAVRAS-CHAVES: PORFIRIA|ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO|LAPAROTOMIA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1369

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIEULAFOY COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE VALERIO DE MESQUITA (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), HERMANO AUGUSTO DE MEDEIROS JÚNIOR (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), LEANDRO DE SOUZA LEHFELD (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), TATIANA PASCHOALATO (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), GUSTAVO DA SILVEIRA TRINDADE (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), MURILO RODRIGUES DO CARMO (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), MURILO BARCELOS DE SOUZA (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), CIRO EDUARDO FALCONE (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), BRUNO FERNANDO BINOTTO (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO:A doença de Dieulafoy é uma causa incomum de hemorragia digestiva, mas pode se associar a hemorragias maciças e de repetição. Acomete principalmente o estômago, porém há descrições em esôfago, jejuno, cólon e reto. Consiste numa protrusão de uma arteríola da submucosa através de um pequeno defeito na camada mucosa. A etiologia dessa lesão ainda é desconhecida, podendo ser causada por uma má formação vascular congênita ou adquirida. Este relato tem como objetivo apresentar caso de paciente com hemorragia digestiva por doença de Dieulafoy.RELATO DE CASO:Paciente masculino, 55 anos, negro, foi admitido na unidade de terapia intensiva, com história de hematêmese, apresentava-se descorado, taquicárdico e hipotenso. Exame complementar confirmou quadro de anemia, necessitando transfusão sanguínea.Foi submetido à endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou ectasia vascular compatível com doença de Dieulafoy no jejuno proximal com sangramento ativo. A lesão foi submetida ao tratamento por clipagem. Novo exame endoscópico após 48 horas, evidenciou presença de lesão vascular jejunal clipada, sem sinais de sangramento ativo.O paciente recebeu alta após boa evolução clínica. Encontra-se em segmento ambulatorial em uso de inibidor de bomba de próton, estável clinicamente, sem novos episódios de sangramento e sem recidiva da anemia.A lesão de Dieulafoy consiste de uma arteríola de calibre persistente que faz protrusão num pequeno defeito de mucosa, usualmente 6 cm da junção esofagogástrica na pequena curvatura do estômago Em aproximadamente 4-9% dos casos de hemorragia digestiva alta maciça, uma causa não pode ser detectada. A lesão de Dieulafoy é uma causa de hemorragia digestiva em 1-2% desses casos. Essa lesão é mais comum em homens, numa média de idade de 54 anos e não se correlaciona ao uso de álcool ou drogas anti-inflamatórias. CONCLUSÃO:As ectasias vasculares, como a doença de Dieulafoy, devem ser lembradas no diagnóstico de hemorragias digestivas, especialmente em casos de hemorragias digestivas obscuras e maciças.

PALAVRAS-CHAVES: DIEULAFOY|HEMORRAGIA DIGESTIVA|TRATAMENTO ENDOSCÓPICO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1371

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SCHWANNOMA RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO AMANTINI MESSIAS (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA), JULIANA BARREIRO DE SOUSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), CASSIA PRADO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), FERNANDA BOARIN PACE (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), LEDA BARUQUE DIOGO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA), CAROLINA NOGUEIRA FERRAZ TREMONTE (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA), PAULA DE JULIO MATHEUS (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA)

RESUMO: Introdução: Os tumores das células de schwann, conhecidos como schwannomas ou neurilemomas, apresentam quase sempre caráter benigno e podem localizar-se em qualquer porção do trajeto dos nervos autônomos e periféricos. A manifestação desses tumores em região retroperitoneal é rara, correspondendo a apenas 0,5 a 5% da totalidade dos schwannomas. Neoplasias retroperitoneais de outras etiologias apresentam frequentemente altas taxas de malignidade, razão pela qual, tumores nessa topografia demandam diagnóstico diferencial e intervenções terapêuticas precoces. Objetivo: Relatar caso de schwannoma retroperitoneal em um hospital secundário da grande São Paulo. Relato de Caso: Paciente MJST, sexo feminino, 61 anos, procurou o serviço com história de dor abdominal do tipo cólica há um ano, acompanhada de obstipação, poliúria e disúria. Ao exame físico foi constatada massa abdominal móvel e dolorosa à palpação em região mesogástrica. À ressonância magnética observou-se formação expansiva sólido-cística, realçada por contraste endovenoso, em projeção intracavitária na região retroperitoneal, ao nível do mesogástrico à esquerda. Foi realizada laparotomia mediana supra-umbilical para ressecção completa da massa, que se encontrava aderida à parede anterior da artéria aorta e ao ureter esquerdo. O produto de ressecção foi enviado para análise anatomopatológica, sendo constatado schwannoma tipo B de Antoni com baixo índice de proliferação celular, originário de nervo da coluna torácica, de dimensões 8,0x7,5x6,0cm. Após três dias de recuperação pós-operatória a paciente, que não evoluiu com alterações neurológicas, recebeu alta hospitalar, e foi encaminhada para acompanhamento ambulatorial no serviço. Conclusão: Embora raro, é importante considerar o schwannoma como um dos diagnósticos diferenciais de massas retroperitoneais, devido à presença de raízes nervosas na região. O quadro clínico dos schwannomas benignos é usualmente inespecífico e pode variar de acordo com a localização e o tamanho do tumor, o que dificulta o diagnóstico pré-operatório. Ademais, tratando-se de uma afecção frequentemente benigna, a ressecção cirúrgica é geralmente o tratamento proposto e tem como objetivo a cura do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: SCHWANOMA | NEURILEMOMA | TUMOR RETROPERITONEAL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1378

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PSEUDOCISTO ESPLÊNICO EM PACIENTE IDOSA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OCTAVIO ANTONIO A. DA COSTA FILHO (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA), RAFAELLY DE FÁTIMA BIUHNA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA), SARAH BRANCO RIBEIRO (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA), ANA CRISTINA PIRES BALBELA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA), LETICIA RUANI (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA), HENRIQUE BRAMBILLA DE LUCCA (HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGÉLICO DE CURITIBA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Os cistos esplênicos costumam ser um achado incidental em exames de imagem convencionais ou encontrados na avaliação de um paciente com dor em quadrante superior de abdome, aumento abdominal, dor em ombro esquerdo ou esplenomegalia. São classificados em verdadeiros (tipo I) e falsos ou pseudocistos (tipo II). Os pseudocistos, compreendem cerca de 70% dos cistos esplênicos não parasitários. Em muitas situações é possível detectá-los por uma história pregressa de trauma. A imagem radiológica geralmente revela uma lesão lisa, unilocular, espessa, eventualmente com calcificações focais. Pequenos pseudocistos (RELATO DE CASO Paciente, sexo feminino, 74 anos, hipertensa, branca, natural e procedente de Carambeí- PR, procura atendimento em Unidade Básica de Saúde por quadro de dor abdominal em hipocôndrio esquerdo e epigástrico persistente. Sem história de traumas abdominais prévios. Não foram palpadas massas abdominais ou quaisquer outras alterações no exame físico. Tomografia de Abdome evidenciou imagem hipodensa, cística, ovalada, com calcificações murais puntiformes e lineares medindo 10,9 x 10,6 x 9,8 cm em baço. Optado por esplenectomia total via laparotomia com incisão mediana supra e infraumbilical. Procedimento realizado sem intercorrências. Paciente evoluiu bem. Anatomopatológico demonstrou esplenomegalia contendo cisto com fibrose, calcificação e de cristais de colesterol em seu interior. Paciente segue assintomático. DISCUSSÃO Pseudocistos esplênicos são ocorrências raras e sua detecção acaba acontecendo em exames de imagem ocasionais. A paciente em questão apresentava sintomas inespecíficos que levavam a uma série de diagnósticos diferenciais, porém, a comprovação da patologia descrita só foi efetivada após exame de imagem acurado. Apesar da existência de técnicas menos invasivas, a laparotomia com esplenectomia ainda tem sido o método de escolha preferencial para o tratamento de muitos cistos esplênicos já que há uma menor taxa de recidiva. Tendo em vista dimensões da lesão, foi inviável, neste caso, preservar parcialmente o baço. Entretanto é de suma importância avaliar cada caso a fim de se determinar a melhor abordagem terapêutica, seja ela cirúrgica (laparoscópica ou laparotômica) ou conservadora por meio de acompanhamento seriado do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: cisto esplenico | pseudocisto | massa abdominal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1386

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELAÇÃO ENTRE ESTADO NUTRICIONAL E MORTALIDADE DE PACIENTES CIRÚRGICOS E CLÍNICOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CELSO CUKIER (SANTA CASA DE SÃO PAULO), THAÍS LÉO PACHECO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MÔNICA FERNADEZ (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANA LÚCIA TORLONI GRADINAR (SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUIZ ARNALDO SZUTAN (SANTA CASA DE SÃO PAULO), PAULO DE AZEREDO PASSOS CANDELÁRIA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), KYU DO KIM (SANTA CASA DE SÃO PAULO), FABIANO HIRATA (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: OBJETIVOS: Relacionar o estado nutricional, tempo de internação hospitalar e mortalidade de pacientes clínicos e cirúrgicos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de hospital Filantrópico. MÉTODOS: Estudo transversal com 33 pacientes clínicos e cirúrgicos com nutrição enteral exclusiva internados em UTI. Foram relacionados o tempo de internação hospitalar, a mortalidade e o estado nutricional através da circunferência braquial. Dados como idade, gênero, data de admissão hospitalar e diagnóstico de internação na UTI foram coletados no prontuário dos pacientes. Dados do índice Simplified Acute Physiology Score (SAPS) foram registrados para posterior comparação. RESULTADOS: A média de idade encontrada foi de 54,1 anos, sendo 51,5% (n:17) gênero masculino e 48,5% (n.16) gênero feminino. Em relação ao tempo de internação hospitalar, os pacientes com afecções cirúrgicas permaneceram em média 57 dias enquanto que os pacientes com afecções clínicas aproximadamente 32 dias. A média do índice SAPS no grupo cirúrgico foi de 70% enquanto a média do grupo clínico foi de 67%. Quanto ao estado nutricional, 82% dos pacientes avaliados apresentaram algum grau de desnutrição. Pacientes com afecções cirúrgicas (n.16) apresentaram-se desnutridos em 87,5% dos casos e com afecções clínicas (n.17) 76%. O grupo cirúrgico desnutrido apresentou maior prevalência de óbito 64% (n.9) quando comparado ao grupo clínico 54% (n.7). A prevalência de óbitos nos pacientes eutróficos tanto cirúrgicos como clínicos não foi significativa. CONCLUSÃO: Embora o índice SAPS dos grupos estudados tenha sido próximo, constatamos que pacientes com afecções cirúrgicas e desnutridos obtiveram maior tempo de internação hospitalar e mortalidade quando comparados com pacientes com afecções clínicas. Portanto, maior atenção nutricional deve ser dada a pacientes cirúrgicos na fase crítica. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - THIEME, Rubia Daniela et al . O índice de risco nutricional (nutritional risk index) é preditor de complicação pós-operatória em operações do aparelho digestivo ou parede abdominal?. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 26, n. 4, p. 286-292, 2013 . - GARCIA, Rosane Scussel; TAVARES, Léa Regina da Cunha; PASTORE, Carla Alberici. Rastreamento nutricional em pacientes cirúrgicos de um hospital universitário do sul do Brasil: o impacto do risco nutricional em desfechos clínicos. Einstein (São Paulo), São Paulo , v. 11, n. 2, p. 147-152, 2013 .

PALAVRAS-CHAVES: Estado Nutricional | Pacientes cirúrgicos | Desnutrição

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1413

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO CONTROLE DAS INFECÇÕES EM SERVIÇOS CIRÚRGICOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA BERNARDES VIEIRA MAIA (UNIRG), DANIELA CRISTINA ENDRES (UNIRG), MARCIO BARBOSA DE OLIVEIRA (UNIRG), GABRIEL GOMIDES VASCONCELOS (UNIRG), WASHINGTON DE MELO BENTO JÚNIOR (UNIRG), DIEGO SIMÃO MORAIS SILVA (UNIRG), CELSO ROCHA DA SILVA (UNIRG), CLARA REBECA MENESES MOURA (UNIRG)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** As manifestações de preocupação com a necessidade de higienização das mãos na assistência se iniciaram no século XI, com Maimonides defendendo a lavagem das mãos pelos praticantes da medicina. Mesmo centenas de anos depois, em meados do Século XIX, quando Semmelweis produziu a primeira evidência científica de que a higienização das mãos poderia evitar a transmissão da febre puerperal, esta prática não foi compreendida em sua importância e tampouco aceita pelos profissionais de sua época. Todavia hoje diversas são as publicações científicas que demonstram a correlação entre a higienização das mãos e a redução na transmissão de infecções. **OBJETIVOS:** Esse trabalho visa através de uma observação histórica, demonstrar e a importância da lavagem correta de mãos para o controle de infecções e não disseminação de patógenos virulentos responsáveis pelas complicações conhecidas no âmbito cirúrgico. **METODOLOGIA:** Foram analisados uma sequência de artigos, publicações e livros, totalizando em torno de 35 fontes disponíveis nos bancos de dados SciELO, LILACS e PubMed. **RESULTADOS:** Estudos bem conduzidos têm mostrado a importância da implementação de práticas de higienização das mãos na redução das taxas de infecções e a maioria absoluta dos especialistas em controle de infecções concorda que a higienização das mãos é o meio mais simples e eficaz de prevenir a transmissão de microrganismos no ambiente assistencial. **CONCLUSÃO:** Nota-se evidências da lavagem correta de mãos como alternativa obrigatória para o devido controle de infecções, a qual os profissionais devem estar sempre imbuídos de realiza-la da melhor maneira possível, tendo em vista o bem estar do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: HIGIENE|MÃO|INFECÇÃO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1428

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Indicadores assistenciais cirúrgicos em hospital universitário terciário de Porto Alegre

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAMYRES ZANIRATI DOS SANTOS (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE), SOFIA MICHELE DICK (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE), LUCIANA ELTZ SOARES (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE), TATIANE DOS SANTOS (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE), LEONARDO HEKMAN D'ÁVILA (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE), BERNARDO MASTELLA (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE), KAROLINA BROCHADO JORGE (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE), LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE)

RESUMO: Introdução Mensurar a qualidade da prestação dos serviços de saúde é necessário para compreender o padrão assistencial cirúrgico. Objetivo Avaliar indicadores cirúrgicos em hospital de Porto Alegre, de 2006 a 2015. Método Foram coletados, no Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde(SAMIS) de um hospital universitário terciário, dados sobre taxa(Tx) de mortalidade cirúrgica(MortCx) - geral, por caráter e por pagador-, infecção de ferida operatória(IFO) discriminados pelo potencial de contaminação e Tx de cancelamentos (TxCAN). MortCx foi a morte de um paciente desde a cirurgia(cx) até 30 dias após. O diagnóstico de IFO foi feito na 1ª consulta de follow-up ou na internação pós procedimento(PCTO). As causas de CAN foram divididas em 4 grupos: gerais, do bloco, administrativas e do paciente. Foi feita análise estatística por teste ANOVA de uma via seguida de teste tuckey. Resultados No período analisado, ocorreram 74849 cx e 2320 óbitos (TxMortCx 3,1%). 2113 óbitos (91%) no SUS(TxMortCx 3,4%) e 207 no grupo particular-plano(TxMortCx 1,5%). Já os PCTOs por caráter foram 60047 eletivos com 1.026 óbitos (TxMortCx 1,7%) e 14.802 foram considerados de emergência, com 1294 óbitos (TxMortCx 8,7%). 0,1% dos óbitos eram ASAI, 0,9% ASAIL, 6,5% ASAILL, 26,7% ASAILV, 63,7% ASAV. Os serviços de Cx do Aparelho Digestivo, Cx Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Otorrinolaringologia e Urologia foram responsáveis por 45106, representando 60% dos PCTOs realizados, TxMortCx de 2,3% e 45% do total de óbitos. Ocorreram 61497 cx limpas(CxL), 48932 cx contaminadas(CxC) e 2367 cx infectadas(CxI). Não houve diferença estatisticamente significativa entre as Tx em CxL e CxC(p=0,9), existindo apenas se comparado com CxI(pConclusões Há similaridade entre as TxIFO em CxL e CxC. Já CxI tem quase 200 vezes mais IFO do que as demais. TxCAN tem tendência de queda, sendo motivos do paciente e do bloco os mais significativos. A discriminação pouco detalhada dos dados e o não pareamento são limitações. Apesar disso, o estudo de dados de indicadores assistenciais é de grande importância. Análises futuras poderão identificar pontos passíveis de melhorias, otimizando desfechos.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia | indicadores assistenciais | hospital universitário terciário

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1448

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COMPLICAÇÕES TARDIAS DA APLICAÇÃO DE SILICONE INDUSTRIAL TRATADAS COM MASTECTOMIA TOTAL BILATERAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAÍS NATÁLIA DE ALMEIDA (PUC PR), NAJA NABUT (PUC PR), REINALDO MINORU KUWAHARA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), DAYSE SOUZA DE PAULI (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), DÉBORA SANTOS RODRIGUES (PUC PR), RODRIGO EIK SAHYUN (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA)

RESUMO: IntroduçãoAo longo do tempo várias técnicas foram desenvolvidas para a realização de procedimentos estéticos. Entre elas, a aplicação de silicone, a qual nem sempre é executada com materiais adequados e profissionais capacitados. O procedimento legalizado é oneroso e, por vezes, pacientes optam por procedimentos clandestinos, utilizam-se de silicone líquido industrial. As complicações referentes ao uso de silicone líquido variam de processos inflamatórios e formação de coleções localizadas (siliconomas) à inflamações sistêmicas graves. A dificuldade ou a impossibilidade de remover o material injetado e os tecidos fibróticos e cicatriciais complicam o tratamento. O objetivo do trabalho é relatar complicações decorrentes do uso de silicone industrial. Relato do Caso Paciente I.B., masculino, 48 anos, admitido no Hospital Evangélico de Londrina por úlceras em região peitoral com 2 anos de evolução, já em tratamento antibiótico ambulatorial, sem sucesso. Foi internado para avaliação anatomopatológica e microbiológica e esquema antibiótico endovenoso. O exame físico mostrava diversas áreas boceladas, infiltrativas e endurecidas em regiões malares, pálpebras inferiores, glúteos, faces laterais dos membros inferiores e a principal delas encontrava-se na região peitoral. Estas lesões eram fortemente sugestivas de siliconoma, apesar do paciente negar. A cultura de secreção da ferida torácica identificou *Providencia alcalifaciens*. Um exame de ressonância magnética sugeriu diagnóstico de calcinose cútis, mas o exame histopatológico confirmou tratar-se de siliconoma. Após ajuste do esquema antimicrobiano e preparo do paciente, foi submetido a ressecção extensa do tecido peitoral comprometido (áreas necróticas e tecido fibrótico adjacente), com exposição do plano muscular. Foram realizados curativos diários sob sedação até estar em condições locais para receber enxerto dérmico. Feito o enxerto com pele doadora das faces ântero-mediais das coxas, o procedimento obteve o resultado esperado. ConclusãoO uso indiscriminado do silicone industrial ainda é bastante usual e acarreta graves danos ao paciente. O seu uso é contra-indicado para procedimentos estéticos e deve ser impedido de ser aplicado por leigos com técnicas, antisepsia e materiais inadequados. O tratamento é arriscado e nem sempre tem um desfecho satisfatório como nesse caso. Nesse sentido, há necessidade de maior vigilância em relação a procedimentos ilegais e às consequências que podem acarretar.

PALAVRAS-CHAVES: SILICONE INDUSTRIAL|SILICONOMA|COMPLICAÇÕES SILICONE

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1452

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Coexistência rara de tumores ovarianos com origens celulares distintas: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL LUNARDI ARANHA (FCMS/JF), MATHEUS DE JUNQUEIRA TASCA STARLING ALBUQUERQUE (FCMS/JF), GABRIEL VICTOR DORNELAS (FCMS/JF), MATHEUS CASTELO PRUDENTE (FCMS/JF), FELIPE DE ABREU RODRIGUES (FCMS/JF), RICARDO CORRÊA FÁVERO JUNIOR (FCMS/JF), GABRIEL ANTÔNIO DE SOUZA MUNIZ (FCMS/JF)

RESUMO: Introdução : O teratoma ovariano gigante é derivado de todas as três camadas germinativas enquanto o tumor mucinoso borderline deriva de células celômicas epiteliais. O objetivo do trabalho é descrever um caso clínico de uma associação rara entre eles. Relato de Caso: Paciente CMCS, 48 anos, parda, G1 pc1, procurou o Serviço de Oncoginecologia referindo que, há 20 anos, vinha notando aumento progressivo do volume abdominal. A paciente foi submetida à laparotomia, com incisão mediana. Foi encontrado grande tumor, que pesou 25 (vinte e cinco) kg, originário do ovário esquerdo, com cápsula lisa e íntegra, móvel e sem aderência a outros órgãos. O útero e o ovário direito eram macroscopicamente normais. O diagnóstico anatomo-patológico foi de teratoma ovariano cístico maduro pesando 25 (vinte e cinco) kg, no qual surge tumor mucinoso borderline com foco único de microinvasão estromal. Após o diagnóstico, foi realizada histerectomia total salpingo-ooforectomia bilateral. Durante o ato cirúrgico foi realizada congelação, cujo laudo evidenciou teratoma maduro. Conclusão: Divulgar ao cirurgião ginecológico o conhecimento de um teratoma ovariano cístico gigante com presença de tumor mucinoso borderline e com foco de microinvasões estromal. Além disso, exaltar a importância da realização de um exame anatomo-patológico cuidadoso, mesmo diante de uma macroscopia de um teratoma maduro.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Ginecologica | Teratoma gigante | Oncoginecologia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1457

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pseudotumor inflamatório esplênico: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO SILVA VIEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), HENRIQUE BELETÁBLE FONSECA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), SILLAS MOURÃO PINTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), ANTONIO SERGIO ALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), JOSE LUIZ CAMPELLO DE MELLO VIANNA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), PABLO NELSON DO VALLE HUBNER (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), THIAGO DE ALMEIDA FURTADO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), DIEGO PAIM CARVALHO GARCIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO pseudotumor inflamatório do baço é uma lesão rara, de caráter benigno e etiologia desconhecida. Há indícios de que o vírus Epstein Barr possa desempenhar um papel em sua patogênese. Tumor de difícil diferenciação de lesões malignas, através do quadro clínico e por exames de imagem. RELATO DO CASO Paciente G.F.S, mulher, 26 anos, com quadro de dor abdominal em cólica, em topografia de hipocôndrio esquerdo, esporádica, sem outros sintomas associados. Em 24/02/14, foi realizada ultrassonografia (US) abdominal, evidenciando nódulo sólido de 1 cm em baço, sendo optado por acompanhamento. Em agosto de 2015, devido persistência do quadro álgico e surgimento de febre e sudorese vespertina, foi estendida a propedêutica. Solicitada tomografia computadorizada de abdome, demonstrando múltiplos nódulos esplênicos, difusos, distribuídos por todo parênquima. Aventada hipótese de linfoma. Submetida, então, à biópsia percutânea guiada por US (30/09/15): interrogada doença linfoproliferativa. Material enviado à imuno-histoquímica: agregado de células linfoides, sem atipias significativas, não reunindo critério para caracterização de neoplasia. Optado por tratamento cirúrgico. Submetida à esplenectomia via laparotômica, com achado cirúrgico de baço com nódulos esparsos, de tamanhos variados. Ausência de implantes abdominais à macroscopia. Ao anatomopatológico (24/02/16): achados histopatológicos sugerem doença linfoproliferativa multinodular, podendo tratar-se de linfoma linfocítico de pequenas células. À imuno-histoquímica: não há critérios para caracterização de linfoma. Achados compatíveis com pseudotumor inflamatório (tumor leucocitário miofibroblástico). CONCLUSÃO patologia em questão é extremamente rara, com poucos casos publicados na literatura. Apresentação clínica inespecífica de dor abdominal discreta e, às vezes, associada à febre. O diagnóstico definitivo é pela imuno-histoquímica e a terapia curativa é cirúrgica, apresentando bom prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Pseudotumor esplênico | Pseudotumor inflamatório | Tumor leucocitário miofibroblástico

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1469

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uso da terapia por pressão negativa no tratamento do cisto pilonidal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS (GASTROMED), LEANDRO CARDOSO BARCHI (GASTROMED), EDSON RODRIGUES FILHO (GASTROMED), CAROL VIVIANA SERNA GONZÁLEZ (GASTROMED), EDUARDO LINS LIMA (GASTROMED), ANTONIO GRIMAILOFF JUNIOR (GASTROMED), MARINA MATOS LIMA LEITE (FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC), FERNANDA DE SOUZA MARTINS COLAUTO (FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC), BRUNO ZILBERSTEIN (GASTROMED)

RESUMO: Objetivo: Relatar a utilidade do curativo por pressão negativa na cicatrização dos cistos pilonidais após tratamento cirúrgico. Introdução: O tratamento convencional é a ressecção do cisto com cicatrização por segunda intenção. Nestes casos a cicatrização é lenta, com limitação funcional. A terapia com pressão negativa proporciona contração do leito da ferida com diminuição de suas dimensões e estímulo da granulação¹. Método: Análise retrospectiva de 3 pacientes, 2 homens e 1 mulher após ressecção cirúrgica primária do cisto pilonidal foi aplicado o curativo de pressão negativa com trocas programadas a cada 4 dias e avaliados com a escala PUSH validada previamente ao português Brasileiro. Resultados: A média do número de troca de curativos por pressão negativa foi de 4, sendo que a área das lesões diminuiu 67% em média, diminuindo também volume de exsudato. O tempo de resolução total da ferida foi de 60,6 dias em média, com mínimo de 30 dias e máximo de 92 dias. Discussão: Biter comparou a evolução pós operatória de 49 pacientes tratados randomicamente e divididos em 2 grupos, um com curativo aberto e outro com curativo a vácuo e não encontrou diferença no tempo de cicatrização completa e retorno às atividades usuais². Banasiewicz por outro lado, demonstrou em uma série de 10 casos, manejados com dispositivo de terapia a vácuo portátil, uma melhora no tempo de restauro da ferida, retorno mais rápido ao trabalho e menos dor crônica local³, o que é concordante com a hipótese do presente estudo, resultado também encontrado por McGuinness⁴. Conclusão: O uso da terapia de pressão negativa é uma proposta atraente para o manejo e resolução dos cistos pilonidais. Referências: 1. Huang C, Leavitt T, Bayer LR e Orgill DP. Effect of negative pressure wound therapy on wound healing. *Curr prob in surg.* 2014. 51(7), 301-331. 3. Biter LU, Beck GM, Mannaerts GH. The use of negative-pressure wound therapy in pilonidal sinus disease: a randomized controlled trial comparing negative-pressure wound therapy versus standard open wound care after surgical excision. *Dis of the Col & Rect.* 2014. 57(12), 1406-1411. 4. Banasiewicz T, Bobkiewicz A, Borejsza-Wysocki M, et al. VAC therapy improve the results of the treatment of the pilonidal sinus-randomized prospective study. *Pol Przegl Chir.* 2013 Jul;85(7):371-6. 5. McGuinness, J.G., Winter DC, O'Connell PR. Vacuum-Assisted Closure of a Complex Pilonidal Sinus Dis Colon Rectum (2003) 46: 274.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto pilonidal | Pressão Negativa | Cicatrização

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1484

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Gastrectomia total laparoscópica com esplenectomia e pancreatectomia em bloco por neoplasia gástrica localmente avançada

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA (HRS), ADRIANO PAMPLONA (HSL), CAROLINA ERY HOSAKA DE VASCONCELOS (HSL), NALISSON ARAÚJO (HSL), SUELLEN VIEIRA DA SILVA (HRS)

RESUMO: Introdução: A gastrectomia total laparoscópica com linfadenectomia a D2 é um procedimento complexo que está se tornando mais frequente na prática cirúrgica diária. Porém, a ressecção multivisceral por esta via de acesso em casos de invasão da neoplasia em outros órgãos ainda não foi descrita. Descrevemos um caso operado em Brasília/DF com identificação intra-operatória de comprometimento da cauda pancreática. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 51 anos, com história de dor epigástrica e dispepsia, sem resposta com medicamentos habituais. Foi submetida a endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão de aspecto neoplásico úlcero-infiltrativa em corpo gástrico alto, friável e endurecida. Biópsia e estudo histopatológico realizados comprovaram o diagnóstico de adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete. Tomografia não evidenciou metástases à distância ou comprometimento local de outros órgãos. No intra-operatório, porém, evidenciou-se invasão da cauda pancreática pela neoplasia. Optou-se por realizar gastrectomia total com linfadenectomia a D2 com esplenectomia e pancreatectomia distal, em bloco. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta no quinto dia de pós-operatório, sem intercorrências. Análise da peça cirúrgica evidenciou adenocarcinoma com células em anel de sinete, com comprometimento de 4 linfonodos de 36 dissecados. A invasão do parênquima pancreático foi confirmada. Apresenta boa evolução pós-operatória após 180 dias, com boa aceitação da dieta. Conclusão: A gastrectomia total laparoscópica com ressecção em bloco de outros órgãos é factível e segura. Suas vantagens são a recuperação mais rápida, menos dor pós-operatória e início precoce de quimioterapia adjuvante. Exige disponibilidade de materiais de alta tecnologia e equipe comprometida.

PALAVRAS-CHAVES: Gastrectomia | Linfadenectomia | Laparoscopia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1485

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTO ESPLÊNICO GIGANTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA CLARICE A. VASCONCELOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), JULIANO NOGUEIRA MORAIS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), GISELLY GOMES CARVALHO (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O cisto esplênico é uma patologia rara, primariamente descrita em 1829 por Andral. É mais frequente no sexo feminino, na faixa etária entre 10 e 50 anos de idade, e podem ser classificados em cistos verdadeiros ou pseudocistos na dependência da presença ou não de revestimento epitelial. A principal apresentação cursa de forma assintomática, tornando-se achado acidental durante exame físico ou ultrassonográfico de rotina. Quando há manifestação sintomática, geralmente tratam-se de cistos de maiores proporções, sendo o quadro algico em quadrante superior direito a principal manifestação clínica. Apesar, outras diversas apresentações podem advir da compressão de órgãos adjacentes, como náuseas, vômitos, dispneia ou lombalgia. Ruptura, infecção ou hemorragia constituem as complicações mais frequentes dos cistos e manifestam-se com a ocorrência de abdome agudo. A propedêutica usualmente consiste da análise ultrassonográfica ou tomográfica.**RELATO DE CASO:** Trata-se de paciente do sexo feminino, 46 anos, previamente hígida, admitida com dor em hipocôndrio esquerdo há 1 mês associada a náuseas, vômitos e massa abdominal palpável correlata à topografia algica. USG e TC abdominais demonstraram cisto esplênico volumoso de limites bem definidos, lobulados e sinais de compressão do ureter esquerdo com dilatação pielocalicinal ipsilateral.Tradicionalmente, a esplenectomia total consistiria-se procedimento terapêutico de escolha. Com o aprofundamento do entendimento fisiológico esplênico, alternativas cirúrgicas conservadoras, como as esplenectomias parciais e as descapsulações vêm sendo descritas como eficazes e tornando-se mais difundidas, principalmente por videolaparoscopia.Neste caso, procedeu-se à esplenectomia total por via laparotômica, por indisponibilidade instrumental videolaparoscópica à ocasião e pelas dimensões do achado.**CONCLUSÃO:** Os cistos esplênicos são relativamente raros e frequentemente configuram achados incidentais dentro de um quadro clínico assintomático. Quando maiores que 8 cm ou sintomáticos possuem indicação terapêutica cirúrgica, porém, permanece escassa a produção científica a respeito da exata indicação das diversas modalidades cirúrgicas e acerca das variantes minimamente invasivas. A alternativa mais amplamente empregada é a esplenectomia, porém cresce o emprego da alternativa videolaparoscópica, sob a premissa principal da possibilidade de preservação esplênica, e mais precoce recuperação pós-operatória.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto esplenico | Frequencia | Baço

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1492

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Gastroduodenopancreatectomia laparoscópica - Um caso ideal para começar

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA (HRS), MARCOS TRINDADE (HSL), NALISSON ARAÚJO (HSL), CAROLINA ERY HOSAKA DE VASCONCELOS (HSL), ADRIANO PAMPLONA (HSL), SUELLEN VIEIRA DA SILVA (HRS)

RESUMO: Introdução: A gastroduodenopancreatectomia (GDP) laparoscópica é um procedimento cirúrgico de alta complexidade e que exige uma adequada seleção de pacientes para que obtenha bons resultados. Descrevemos um caso selecionado operado em Brasília/DF, com bom êxito. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 38 anos, com diagnóstico de seminoma de mediastino em tratamento. Em exames de acompanhamento foi identificado nódulo em cabeça de pâncreas com 2,0 cm, com atrofia do parênquima de corpo e cauda pancreática e dilatação importante do ducto pancreático principal. Foi submetido a GDP totalmente laparoscópica sem intercorrências, com 390 minutos de duração. O biotipo do paciente, a dimensão da neoplasia e a grande dilatação do ducto pancreático facilitaram a ressecção e a reconstrução. Recebeu alta no quarto dia de pós-operatório, sem fístula pancreática ou outras alterações. Análise da peça cirúrgica evidenciou neoplasia neuroendócrina de baixo grau, sem comprometimento linfonodal. Apresenta boa evolução pós-operatória após 90 dias, com boa aceitação da dieta. Conclusão: A GDP laparoscópica é factível, desde que haja disponibilidade de materiais de alta tecnologia e equipe comprometida. A seleção de pacientes é fundamental nestes casos, principalmente no início da curva de aprendizado. Neoplasias de papila duodenal, colangiocarcinomas de colédoco distal e neoplasias neuroendócrinas podem ser escolhidos inicialmente. Pacientes com dilatação do ducto pancreático principal são os casos ideais.

PALAVRAS-CHAVES: ducto pancreático | Laparoscopia | Pâncreas

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1520

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Evolução da reprodução científica brasileira na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDMUNDO VIEIRA PRADO NETO (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA), MÍSIA NOGUEIRA ALTINO (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR)), LAIS FROTA VALENCIANO (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR)), ORLANDO DE CASTRO E SILVA (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP)), SAMUEL AZENHA GREGORIO (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR))

RESUMO: OBJETIVO: O estudo de Teixeira et al, 2012 comparou o predomínio de artigos estrangeiros em detrimento dos nacionais nas referências bibliográficas dos artigos da Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (RCBC) no ano de 2007 e 2011. O objetivo deste trabalho é descobrir a evolução desse predomínio nos anos seguintes. MÉTODOS: Análise das referências bibliográficas de artigos originais da RCBC nos anos de 2012, 2014 e 2016 e comparação com os resultados de 2007 e 2011 (Teixeira et al). Critérios de exclusão: Editoriais, revisão de literatura e relatos de caso. Referências de livros e páginas de internet foram desconsideradas. Foi verificada a origem (brasileira ou estrangeira) das referências e a relação entre periódicos brasileiros e estrangeiros. RESULTADOS: Em 2007, 1096 referências foram utilizadas, sendo 123 (11,22%) artigos de periódicos brasileiros. Em 2011, houve 154 (12,7%) referências de artigos brasileiros no total de 1205. Em 2012, houve 185 (13%) referências nacionais dentre 1416. Em 2014, foram utilizadas 220 (17%) referências brasileiras dentre 1280. Em 2016, foram utilizadas 154 (16,6%), referências brasileiras no total de 926. CONCLUSÃO: Os resultados indicam o crescimento da reprodução da produção científica nacional. Portanto, é pertinente afirmar que o cenário científico cirúrgico brasileiro está evoluindo consistentemente de forma positiva. BIBLIOGRAFIA: Teixeira, R. K. C., Silveira, T. S., Botelho, N. M., & Petroianu, A. (2012). Citação de artigos nacionais: a (des) valorização dos periódicos brasileiros. Rev Col Bras Cir, 39(5), 421-4.

PALAVRAS-CHAVES: Artigo de revista | Fato de impacto | Bibliografia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1547

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DESMÓIDE ABDOMINAL GIGANTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (ITPAC), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC/FAHESA), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC/FAHESA), EDILSON JORGE BORBA SOUSA JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), LILIAN CRISTHIAN FERREIRA DOS SANTOS ROCHA (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), AGAMENON DIAS DE OLIVEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), RONE ANTONIO ALVES ABREU (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA)

RESUMO: Introdução: O tumor desmóide é um tipo de neoplasia rara, de crescimento lento, localmente agressiva, originária dos fibroblastos dos tecidos musculo-aponeuróticos. Possui grande capacidade de crescimento local causando deformidades em órgãos adjacentos, dor e disfunção orgânica, dependendo da área envolvida. Relatamos o caso de um tumor desmóide intraabdominal de grandes proporções, invadindo órgãos abdominais em um paciente de 16 anos. Relato de Caso: Paciente masculino, 16 anos, foi encaminhado ao serviço de oncologia do Hospital Regional de Araguaína, apresentando massa abdominal palpável, inicialmente em epigastro e hipocondrio direito, com relato de crescimento de há seis meses, ocupando por fim, toda a cavidade abdominal. Houve perda ponderal de 20kg nesse período de evolução. Pesquisa de marcadores tumorais CEA e CA 19.9 com resultados negativos. Realizada laparotomia exploratória que evidenciou massa abdominal gigante, sendo necessário e realizado gastrectomia parcial e esplenectomia com ligadura de vasos correspondentes. Os exames histopatológico e imuno-histoquímica evidenciaram lesões mesenquimais fusocelular com celularidade baixa e íntima relação com a parede gástrica, margens cirúrgicas livres e baço com congestão leve. As características morfológicas e de imunomarcagem favorecem o diagnóstico de fibromatose tipo desmóide. Paciente evoluiu bem sem intercorrências recebendo alta hospitalar sem a necessidade de quimioterapia. Conclusão: Tumores desmóide, também chamados de fibromatose agressiva ou fibromatose musculo-aponeurítica são neoplasias benignas, raros, com incidência estimada de 0,2 a 4,3 por 100.000 habitantes. Ocorre mais significativamente em mulheres com história de trauma abdominal, em idade reprodutiva, grávidas ou com história de polipose adenomatosa familiar.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA ONCOLÓGICA|TUMOR DESMÓIDE|NEOPLASIA RARA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1555

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIAGNOSTICO EM CASO DE TRAUMA DE QUIRODÁCTILO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BEATRIZ HELENA MARTINS GONCALVES (HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI), ANA LUIZA SANTANA DE CARVALHO (HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI), MARCELO CANÇADO FROIS (HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI), TADEU SARTINI FERREIRA (HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI)

RESUMO: Introdução: O diagnóstico diferencial de casos com evoluções atípicas segue como obstáculo na prática médica diária. Casos simples podem apresentar evoluções atípicas, que levam a considerar diagnósticos diferenciais mais raros. A importância de se pesquisar e ampliar possibilidades que expliquem o quadro enfrentado é imprescindível, pois casos assim aparecerão com o tempo. O objetivo é, portanto, demonstrar um caso com evolução totalmente inesperada o qual requereu reunião de conhecimentos de diversas equipes para obter o resultado adequado. Resultado: Paciente de 34 anos, com história de trauma - queda de garrafa de refrigerante 3L sobre II dedo da mão D há 02 semanas prévias a admissão. Compareceu à UBS sendo prescrito sintomáticos e cefalexina. Apresentou piora comparecendo a UE/HAC em 22/12/2016 sendo drenado abscesso, retirado unha e iniciado Amoxicilina + Clavulanato. Retornou em 28/12/2016 após iniciar com hiperemia ao longo do dedo e indicado internação hospitalar para Ceftriaxona. Paciente sem queixas sistêmicas, queixava ainda nodulações compatíveis com linfangectasia ao longo de antebraço D. Evoluiu com aumento das mesmas e progressão para o braço; concluída hipótese de linfangite, a princípio estreptocócica. Submetida a coleta de material: 1) Punção de vaso linfático em antebraço; 2) Fragmento de tecido de granulação em ferida e iniciado Piperacilina e Tazobactam. Em 09/01/2017, culturas para aeróbios negativas, optado por coleta: puncionado material purulento em antebraço, e fragmento de vaso linfático; enviados para cultura e também para exame anatomo-patológico; iniciado Meropenem e Vancomicina. Melhora insatisfatória após 03 dias e culturas para aeróbios novamente negativas. Rediscutido aventado hipótese de Esporotricose, forma osteo-articular por ferimento ser profundo; iniciado Anfotericina B. Em 19/01/2017 foi confirmado esporotricose em cultura para fungos. Sorologias negativas para hepatites e HIV. Ferimento necessitou apenas de curativo e pequenos debridamentos. Conclusão: O diagnóstico de esporotricose retratado acima foi um diagnóstico somente feito após excluir causas mais típicas. Uma paciente imunocompetente que evolui com uma linfangite exuberante após um trauma simples teve seguimento conforme o mais provável? infecção local com bactérias comunitárias. Como o quadro de infecção fungica requer tratamento com drogas com efeitos colaterais e possibilidades fatais, foi optado por fazê-lo somente após exclusão de outras causas.

PALAVRAS-CHAVES: ESPOROTRICOSE | INFECÇÃO FUNGICA | TRAUMA DE QUIRODÁCTILO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1558

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MALACOPLAQUIA RENAL COM INVASÃO DE CÓLON ASCENDENTE: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ÁGATA ROTHERT (HOSPITAL DO ROCIO), FILIPE VIEIRA KWIATKOWSKI (HOSPITAL DO ROCIO), DIEGO DE CARVALHO MARI (HOSPITAL DO ROCIO), RAFAEL VIEIRA KWIATKOWSKI (HOSPITAL DO ROCIO), ROBERTA DE OLIVEIRA BORGES COSENZA (HOSPITAL DO ROCIO), DANTE ADRIANO DO PRADO (HOSPITAL DO ROCIO)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A malacoplaquia é uma condição rara que cursa com lesões granulomatosas xantocrômicas à avaliação histológica e se apresenta clinicamente com febre, disúria, hematúria e acometimento de trato urinário inferior, com preferência pelo sexo feminino (4:1). Nesse relato, trazemos uma paciente com apresentação atípica da doença com características invasoras, mimetizando uma apresentação oncológica. **RELATO DO CASO:** S. M. R. C. S., feminino, 35 anos, apresentando constante quadro de dor lombar e alterações do hábito urinário ? hematúria e disúria ? é submetida a tomografia computadorizada que revela grande massa tumoral em polo inferior de rim direito, com abaulamento de cólon ascendente e potencial invasão de músculo psoas. Durante o ato cirúrgico se evidenciou invasão colônica e procedeu-se a nefrectomia total à direita associada a hemicolecomia direita. Paciente evolui com dor abdominal e vômitos no pós-operatório, mas não houve intercorrências com necessidade de reparo cirúrgico. Seguiu de alta com antibioticoterapia e acompanhamento ambulatorial sem intercorrências até o presente momento. Ao exame anatomo-patológico foi identificada proliferação epitelial atípica, extensamente necrótica, associada a células xantomatosas e gigantes, multinucleadas, acometendo hilo renal e se estendendo à tecido adiposo e muscular perirrenal. Ressecção com margens livres e ausência de acometimento linfonodal. Foram realizadas provas imuno-histoquímicas que confirmaram o diagnóstico de malacoplaquia. **CONCLUSÕES:** A malacoplaquia é um acometimento raro, geralmente se localizando no trato urinário baixo, com acometimento de bexiga. O caso da paciente supra-citada se destaca pela raridade da localização ? renal ? mas ainda mais pelo caráter infiltrativo da lesão, que se estendeu até órgão adjacente.

PALAVRAS-CHAVES: malacoplaquia | tumor renal infiltrativo | urotélio

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1560

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia diafragmática traumática crônica e estrangulada: uma causa incomum de obstrução intestinal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINICIUS ALVES FONSECA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), ISABELA CRISTINA DINIZ E PÁDUA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), GABRIEL BROM ANDRADE (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), JULIA BORGES RAMOS (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), RODRIGO KOUZAK MAYER (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), DANIELLA SILVA MENA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF)

RESUMO: IntroduçãoAs hérnias diafragmáticas em adultos são, geralmente, secundárias a traumatismos. A incidência varia de 0,8% a 15% e a mortalidade é alta, podendo chegar a 20%. As roturas do diafragma podem passar despercebidas em até dois terços dos casos durante a abordagem do trauma. Relato do casoHomem, 43 anos com quadro de epigastria, náuseas, vômitos, disúria, febre e parada de eliminação de flatos e fezes há 3 dias. Possui história de trauma contuso abdominal em acidente motociclístico há 6 anos sem assistência médica. Não houve melhora clínica apesar das medidas de suporte. Apresentava diminuição de murmúrio vesicular no tórax a esquerda e no abdome ruídos hidroaéreos diminuídos e dor em epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Exames complementares: leucocitose ($14,6 \times 10^3$ U/L) e às radiografias de tórax e abdome apresentava velamento de hemitórax e elevação da cúpula diafragmática esquerda e distensão de alças de cólon. A tomografia computadorizada de tórax (TCT) evidenciou volumosa hérnia diafragmática à esquerda contendo alças de delgado, cólon transverso e ângulo esplênico do cólon, com sinais de torção de pedículo do mesentério. Houve rápida evolução para sepse abdominal e foi submetido à Laparotomia Exploradora. Foi optado por esta via de acesso devido importância de achados na TCT, entretanto, considerando técnica combinada com Toracotomia caso houvesse dificuldade de redução das estruturas herniadas. Foi encontrado hérnia diafragmática esquerda contendo cólon transverso e descendente, alças de delgado, torção de mesentério e trombose de diversos ramos da artéria mesentérica superior e inferior que irrigavam as alças citadas. Foi realizado a redução do conteúdo herniário. Havia necrose de intestino delgado com perfuração a 1,1 metros do ângulo de Treitz. Foi realizado enterectomia de 1,2 metros de intestino delgado com anastomose primária das alças, colectomia de cólon transverso e colostomia em dupla boca, além de toracostomia em selo d'água em hemitórax esquerdo. O paciente recebeu suporte em UTI e evoluiu com pneumonia e deiscência de aponeurose. Após resolução das complicações recebeu alta hospitalar com boa evolução ambulatorial. ConclusãoO diagnóstico precoce de hérnia diafragmática representa um desafio aos médicos da emergência, devido à baixa sensibilidade das radiografias de tórax e à falta de sintomatologia específica. A indicação cirúrgica deve ser precoce para que se evitem complicações tais como necrose, sepse e empiema.

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA | TRAUMATISMO | OBSTRUÇÃO INTESTINAL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1565

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR BANDA CONGÊNITA ANÔMALA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), MARIA CLARICE A. VASCONCELOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), VINICIUS PIRES RODRIGUES (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ELCIO ANTUNES DOS SANTOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA)

RESUMO: Introdução - A etiologia obstrutiva do intestino delgado continua a ser um problema comum no campo da cirurgia abdominal, podendo possuir diversas etiologias, incluindo extrínsecas (aderências, hérnias, tumores metastáticos, processos inflamatórios, aneurismas e endometriose) ou processos intrínsecos (tumores parciais intestinais, doença de Crohn, intussuscepção, bezoar, cálculo biliar, corpo estranho). As aderências pós-operatórias são a causa mais comum, representando quase 80% dos casos clínicos, mesmo com o advento da cirurgia minimamente invasiva. As causas não relacionadas às condições acima mencionadas são raramente encontradas e, dentre estas, uma especialmente rara é a obstrução intestinal por banda congênita, previamente referida como anômala. Uma banda congênita anômala é uma aderência intraperitoneal que não tem relação com um processo intra-abdominal (laparotomia anterior, doenças inflamatórias, peritonite, remanescentes embriogênicos, etc.) e é considerado de origem congênita ou de novo. Faixas adesivas congênicas podem causar uma obstrução intestinal por aprisionamento de uma alça intestinal entre esta banda e o mesentério. Relato de caso ? PMM, 64 anos, masculino, branco, aposentado, deu entrada no serviço de urgência com quadro de dor abdominal, distensão e vômitos. Ao exame, paciente corado, bom estado geral, apresentando distensão abdominal, dor abdominal difusa à palpação, ruídos hidroaéreos aumentados, não sendo depreendidas herniações ou cicatrizes cirúrgicas. Submetido a triagem radiológica de abdome em ortostatismo com múltiplos níveis hidroaéreos, ausência de gás na ampola retal. Procedeu-se a laparotomia, que evidenciou distensão importante de alças delgadas a partir de obstrução pontual causada por banda fibrótica. Finalizou-se o processo com a secção cirúrgica da mesma e inventário da cavidade abdominal, que não identificou outras alterações. Paciente apresentou evolução pos-operatória sustentada, com alta hospitalar no quinto dia. Conclusão - Embora as bandas congênicas sejam normalmente identificadas em pacientes pediátricos, elas podem dar origem a uma obstrução intestinal em qualquer faixa etária. As taxas de incidência de bandas congênicas são incertas, compreendidas entre 3,3% e 28% em autópsias. As manifestações clínicas variam de uma apresentação sintomática leve até sinais de estrangulamento do intestino, requerentes de tratamento cirúrgico imediato.

PALAVRAS-CHAVES: banda congenita|obstrução intestinal|diagnostico

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1568

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DOENÇA DE BOWEN

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA LUIZA SANT ANA DE CARVALHO (HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI), BEATRIZ HELENA MARTINS GONCALVES (HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI), MARCELO CANÇADO FROIS (HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI), TADEU SARTINI FERREIRA (HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI)

RESUMO: A Doença de Bowen (DB) é uma apresentação do carcinoma espinocelular in situ com potencial invasor. Pode acometer pele, mucosa perianal e genital, predominando em mulheres acima de 60 anos, com diagnóstico geralmente tardio. Apresenta como característica marcante alterações histopatológicas da epiderme que não ultrapassam a membrana basal. Já o aspecto macroscópico costuma ser variado o que resulta em um atraso diagnóstico tendo como consequência cirurgias mais agressivas e mutilantes, o que poderia ser evitado com um diagnóstico precoce e por conseguinte cirurgias mais conservadoras. Neste relato de caso apresentamos uma paciente com 42 anos, atendida no serviço de cirurgia gineco-oncológica da rede pública do estado de Minas Gerais na cidade de Belo Horizonte. Lesão em terço médio de vulva direita, ulcerada, com cerca de 4 cm em seu maior diâmetro, com aproximadamente dois anos de evolução. Diagnóstico confirmado por histopatologia realizada ainda no primeiro atendimento devido a suspeição clínica. Paciente submetida à hemivulvotomia direita sob raqui-anestesia com fechamento primário sem necessidade de retalho, tendo um bom aspecto estético.

PALAVRAS-CHAVES: GINECOLOGIA | LESÃO VULVAR | DOENÇA DE BOWEN

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1572

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cirurgia Citorredutora com Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica (HIPEC) de Curta Duração para Tratamento de Câncer de Ovário ? Baixa Morbidade nos Primeiros Casos de um Ensaio Clínico Pioneiro no Brasil

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JÚLIA LEAL DANTAS VASCONCELOS (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA), THALES PAULO BATISTA (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA), CRISTIANO DE SOUZA LEAO (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA), VANDRÉ CABRAL G. CARNEIRO (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA), LEVON BADIGLIAN FILHO (AC CAMARGO CANCER CENTER), DIEGO HENRIQUE CAVALCANTE SANTOS (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA), DANIELLE TETI MAGALHÃES (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA), LUCIANA DE HOLANDA LIMA DORNELAS CÂMARA (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA)

RESUMO: Objetivo: Descrever a morbidade dos primeiros casos de um ensaio clínico pioneiro no Brasil, analisando a segurança e eficácia do protocolo de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) de curta duração para tratamento de câncer de ovário avançado. Métodos: Trata-se de um estudo transversal analisando os primeiros dados do ensaio clínico em andamento sobre os procedimentos de HIPEC. Foi realizada a técnica do abdome fechado, utilizando cisplatina (25mg/m²/L) em 4-6L de dextrose, perfundida durante 30min, entre 41-43oC, através do dispositivo Performer HT para circulação extracorpórea dos fluidos hipertérmicos. O estudo foi revisado pela CONEP (CAAE: 04016212.5.0000.5201) e registrado no ClinicalTrial.gov (NCT02249013). Os recursos financeiros foram provenientes do DECIT/SCTIE/MS ? CNPq/FACEPE/SES-PE (APQ:0187-4.01/13) e FAPE/IMIP. Resultados: Nove pacientes com carcinoma epitelial de ovário estágio IIIB (n=1) ou IIIC (n=8) foram inscritos em nosso ensaio até o dia 10 de fevereiro de 2017. A idade média dos pacientes foi de 46 anos (variando entre 19-63), com nível sérico médio pré-operatório de CA 125 de 692.8 U/mL (223-6550). O número médio de ciclos de quimioterapia intravenosa pré-operatória foi 3 (2-4), resultando em índice de carcinomatose peritoneal (PCI) de 9 (3-8) no momento da cirurgia de citorredução/HIPEC ? realizada após 29 dias (26-43) do último ciclo de neoadjuvância. O intervalo para reinício da quimioterapia intravenosa foi de 36 dias (33-50). Oito pacientes completaram todos os seis ciclos de quimioterapia intravenosa conforme planejado, enquanto o último paciente inscrito está atualmente aguardando o início da terapia adjuvante. O tempo cirúrgico médio foi de 390 minutos (235-760), e todos os pacientes tiveram alta da UTI na manhã seguinte à cirurgia. Quatro pacientes necessitaram de ressecção do trato gastrointestinal [retossigmoidectomia (n=3) ou colectomia parcial (n=1)]. A duração média do internamento hospitalar foi de 4 dias (3-10). Dois pacientes não apresentaram complicações pós-operatórias, sendo 81,8% da morbidade encontrada grau I, de acordo com a classificação de Clavien-Dindo. As complicações mais comuns foram vômitos, G1/G2 (n=2) e anemia, G3 (n=2), de acordo com a classificação NCI/CTCAE versão 4.0. Apenas um paciente foi submetido a reoperação. Nenhum óbito foi registrado. Conclusões: Nosso protocolo parece ser factível e seguro, com baixos índices de complicações manejáveis a curto e médio prazos.

PALAVRAS-CHAVES: Peritoneal Neoplasms | Injections, Intraperitoneal | Hyperthermia, Induced

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1576

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DO SACO VITELINO ? SEIO ENDODÉRMICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), VINICIUS PIRES RODRIGUES (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FELIPPE HAUCK MANSUR (HOSPITAL MARCIO CUNHA), LUIZ HENRIQUE DE ARAÚJO P. COSTA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ELCIO ANTUNES DOS SANTOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A tumoração de seio endodérmico é a segunda neoplasia maligna de células germinativas mais frequente em crianças e mulheres jovens após o disgerminoma, representando cerca de 20% das neoplasias malignas das células germinativas. A idade mais comum de ocorrência deste achado é de 19 anos, sendo contudo tão frequente quanto o disgerminoma nas primeiras duas décadas. A apresentação clínica geralmente é composta por aumento do volume abdominal e dor de curta duração. Estes tumores são frequentemente unilaterais, de grandes dimensões, com superfície externa lisa e sólidos, podendo sofrer rotura antes ou durante a intervenção cirúrgica, em um terço dos casos. Os digerminomas representam de 1% de todas as neoplasias ovarianas malignas e os tumores do seio endodérmico representam 20% deste total. RELATO DE CASO: CAM, 34 anos, feminino, branca, do lar, natural de Coronel Fabriciano ? MG, apresentou quadro de dor abdominal de início há dois meses associado a náuseas, vômitos, episódios de febre, adinamia e perda de peso. Ao exame estava corada, anictérica, hidratada, eupneica, abdome com massa palpável em andar inferior do abdome, sem sinais de irritação peritoneal. Avaliação ultrassonográfica evidenciou volumosa massa anexial direita associada a ascite. Subsequentemente foi submetida a estudo tomográfico abdominal e pélvico, sem sinais de comprometimento à distância. Culminou-se com a realização de ooforectomia direita e omentectomia, com boa evolução pós-operatória. Mantem-se em seguimento especializado em caráter ambulatorial CONCLUSÃO: Trata-se de neoplasia ovariana maligna rara que acomete pacientes jovens, de progressão contundente. O crescimento do tumor é rapidamente progressivo acompanhado de dor abdominal com ocorrência principalmente em mulheres jovens, devendo, portanto os tumores malignos de células germinativas serem aventados precocemente como possibilidade etiológica nesta conjuntura. A avaliação propedêutica compreende a ultrassonografia, tomografia ou ambos e marcadores tumorais (AFP, LDH, hCG e Ca125). O tratamento cirúrgico inclui salpingo-ooforectomia, com estadiamento cirúrgico (citologia, lavado peritoneal, omentectomia infra cólica) nas lesões iniciais.

PALAVRAS-CHAVES: SACO VITELINO | SEIO ENDODERMICO | RELATO DE CASO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1579

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cirurgia citorrredutora no tratamento do pseudomixoma ? relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ JIN FUJIOKA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), LAWRENCE PASCOAL JUNQUEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), GABRIEL PINTO LARA FALEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), MARCELA CAMPOLINA MUNIZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Introdução: A carcinomatose peritoneal possui como característica principal a disseminação de carcinomas pelo peritônio e usualmente associa-se a ascite neoplásica. Diferenciada em dois tipos, pode ser primária ou secundária. As neoplasias primárias do peritônio são muito raras e representadas pelo mesotelioma e carcinoma. As carcinomatoses secundárias são mais frequentes, na maioria das vezes originárias de tumores primários de ovário, intestino grosso, estômago e apêndice. Os adenomas mucinosos do apêndice frequentemente se rompem, vindo a se implantar no peritônio, condição conhecida como pseudomixoma peritoneal. Objetivo: Apresentar o caso de um paciente com pseudomixoma, analisando as manifestações clínicas, propedêutica e terapêutica. Método: Trata-se de M.A.S.B, masculino, 52 anos, pardo, natural e procedente de Belo Horizonte, que há cerca de 1 ano passou a apresentar distensão abdominal progressiva, evoluindo com ascite de grande monta. Previamente hígido, encontrava-se em investigação de hepatopatia em outro serviço. O paciente foi submetido a laparotomia mediana xifopúbica sendo retirado cerca de seis litros de líquido turvo e substância gelatinosa seguido de cirurgia citorrredutora. Evidenciado apêndice como tumor primário. Evoluiu bem no pós-operatório. Anatomopatológico correspondente ao pseudomyxoma peritonei com características de lesão do tipo adenoma vilotubular do apêndice com implantação peritoneal de baixo grau. O tratamento quimioterápico intraperitoneal foi indicado. Conclusões: O pseudomixoma peritoneal é raro, no entanto deve ser incluído no diagnóstico diferencial de ascite. A cirurgia citorrredutora associada a quimioterapia intraperitoneal hipertermica é o procedimento padrão-ouro.

PALAVRAS-CHAVES: Pseudomixoma | Ascite | Cirurgia citorrredutora

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1586

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR NEUROENDÓCRINO DE APÊNDICE CECAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BENER AUGUSTO SOUZA MILANI (SANTA CASA DE PARANAÍ), LEANDRO LATORRE (SANTA CASA DE PARANAÍ), MARCOS VINÍCIUS MASTELARO (SANTA CASA DE PARANAÍ), JULIO CESAR HAEFFNER S. DA ROCHA LOURES (SANTA CASA DE PARANAÍ), ALICE DO PRADO VALENTE POGRIFKA (SANTA CASA DE PARANAÍ), LEONIDAS FAVERO NETO (SANTA CASA DE PARANAÍ), AUDIELLYS TEIXEIRA PIM (SANTA CASA DE PARANAÍ), GUILHERME NUNES (SANTA CASA DE PARANAÍ)

RESUMO: INTRODUÇÃO apêndice cecal é o segundo sítio mais frequente de surgimento dos tumores neuroendócrinos em todo o trato digestivo, com uma frequência relativa de 25-30%, ficando atrás somente do intestino delgado. Geralmente, são diagnosticados incidentalmente durante apendicectomias ou outras cirurgias abdominais. Estima-se que, de cada 100 apendicectomias realizadas por ano, um caso será por TNE de apêndice. A apendicectomia simples é o tratamento cirúrgico de rotina e proporciona a cura na maioria dos casos, exceto nos casos em que em que a lesão apresenta mais que 2 cm que envolvem a base do apêndice ou invadem o mesoapêndice, podem exibir o comportamento biológico mais agressivo justificando uma possível hemicolectomia direita. A incidência aproximada dessa neoplasia é de 2 a 3 casos por milhão, com uma preferência pelo sexo feminino de 2:1, porém, sem preferência por etnia. A idade média do diagnóstico é de 40 anos. RELATO DE CASO I.M., 20 anos, feminino, apresentou dor abdominal de média intensidade e procurou um serviço de urgência onde foi medicada e liberada por dois dias consecutivos. No terceiro dia de dor, foi admitida em nosso serviço com dor na fossa ilíaca direita, diarreia e distensão abdominal, normotensa e afebril. À palpação apresentou Blumberg +. Os exames complementares revelaram leucocitose e aumento da proteína C reativa, apêndice cecal aumentado de tamanho e líquido livre no fundo de saco de Douglas à ultrassonografia abdominal. A paciente foi encaminhada para apendicectomia onde o aspecto macroscópico do apêndice era de uma apendicite aguda flegmonosa. O exame anatomopatológico revelou Tumor neuroendócrino G1 (carcinoide típico) comprometendo mucosa e muscular própria, medindo 1,1 cm no seu maior eixo, em extremidade distal. Ausência de atipias ou invasão angiolímfática. Margens livres. Hoje a paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, sem necessidade de tratamento cirúrgico complementar. CONCLUSÃO Os tumores neuroendócrinos do apêndice geralmente são diagnosticados no momento da apendicectomia por cirurgiões experientes e muitas vezes após o resultado do anatomopatológico, sendo extremamente difícil firmar o diagnóstico do TNE antes da apendicectomia, visto que, mimetizam o quadro de abdome agudo inflamatório. Apesar de ser uma doença maligna apresenta prognóstico muito bom, mesmo quando há necessidade de realizar colectomia direita.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR | NEUROENDÓCRINO | APÊNDICE

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1588

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTO MESENTÉRICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FELIPE MOURA PARREIRA (POLICIA MILITAR DE MINAS GERAIS), MARIA CLARICE A. VASCONCELOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ELCIO ANTUNES DOS SANTOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Cisto mesentérico é definido como qualquer lesão cística localizada entre os folhetos do mesentério, do duodeno ao reto, sendo mais comumente encontrado ao nível do íleo. O diagnóstico diferencial mais importante é o cisto de ovário, ainda que devam ser investigadas outras lesões abdominais como pseudocisto de pâncreas, tumores retroperitoneais pediculados ou leiomiomas pediculados do útero. A excisão cirúrgica completa deve ser indicada em todos os casos de cisto mesentérico para evitar complicações como malignização, obstrução, ruptura ou hemorragia.**RELATO DE CASO:** Paciente de 36 anos, feminino, refere desconforto abdominal associado a distensão abdominal progressiva. Nega dor abdominal, alterações de apetite ou náuseas. Ao exame físico, possuía abdome semigloboso, com distensão moderada perceptível e palpação indolor difusamente. Foi submetido a análise tomográfica que demonstrou grande volumosa coleção cística simples medindo 31 X 9 X 21 cm, do andar superior abdominal à região pélvica. Culminou-se com a exérese cirúrgica do achado, obtendo alta hospitalar após boa recuperação pós-operatória.**CONCLUSÃO:** Os cistos mesentéricos não possuem manifestações clínicas específicas, podendo inclusive serem assintomáticos, havendo somente descoberta como achado incidental em estudo complementar de rotina. Apesar disso, possuem chance de malignização, obstrução, ruptura ou hemorragia, estando indicada a exérese cirúrgica quando do diagnóstico, constituindo, portanto, etiologias de interesse clínico-cirúrgico, evidenciando a necessidade de produção científica acerca deste tema, como a presente discussão.

PALAVRAS-CHAVES: CISTO MESENERICO | RELATO DE CASO | DOR ABDOMINAL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1611

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA TRANS-MESENTÉRICA CONGÊNITA EM ADULTO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ELCIO ANTUNES DOS SANTOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HIGOR SOUZA CARLECH (HOSPITAL MARCIO CUNHA), MARIA CLARICE A. VASCONCELOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A hérnia interna congênita é uma protrusão visceral abdominal através de orifício no interior da cavidade abdominopélvica, quando não há história de cirurgia prévia ou outra etiologia secundária. O objetivo deste trabalho é o relato de um caso de hérnia transmesentérica congênita. **RELATO DE CASO:** GT, 22 anos, masculino, apresentou quadro de distensão e dor abdominal associada a parada de eliminação de flatos e fezes por 12 horas, sugerindo obstrução intestinal. A avaliação radiográfica em ortostase de abdome evidenciou distensão de alças delgadas com níveis hidroaéreos e ausência de ar em ampola retal. Ao exame, paciente apresentava fácies de dor, abdome distendido, doloroso à palpação sem sinais de irritação peritoneal. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora com achado cirúrgico de hérnia interna transmesentérica estrangulada com sofrimento de alças de intestino delgado, porém sem evidências de inviabilidade. Foi realizada a redução das alças de intestino herniadas e fechamento do defeito do mesentério. Paciente obteve alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório após boa evolução sustentada durante internação. **CONCLUSÃO:** As hérnias internas congênitas em adultos são condições raras, respondendo por 2% de todas as hérnias internas da população adulta, sendo o diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica imediata fundamentais para a boa evolução do quadro, o que evidencia a importância da discussão e reconhecimento clínico da etiologia abordada na presente produção científica.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA CONGENITA|HERNIA TRANSMESENTERICA|DIAGNOSTICO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1621

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Avaliação sobre a participação ativa dos alunos na disciplina de Cirurgia Geral

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CYBELE CUNHA FARIA (UNAERP), MATIAS SIMON PEREZ NETTO (UNAERP), FERNANDO DE MELO FREDENHAGEM (UNAERP), PROF. DR. REINALDO BULGARELLI BESTETTI (UNAERP), PROF. DR. LUCELIO BERNARDES COUTO (UNAERP), PROF. DR. EDGARD MESQUITA RODRIGUES LIMA (UNAERP), PROF. DR. MILTON FARIA JR (UNAERP), MARCELO ENGRACIA GARCIA (UNAERP)

RESUMO: Introdução: O processo de ensino médico nas áreas cirúrgicas ocorre pela participação direta dos estudantes no ato operatório, incentivando-os a adquirir competência técnica para realizar procedimentos cirúrgicos básicos. Objetivo: Compreender se a participação ativa no ato cirúrgico contribui para o aprendizado e para a escolha da Cirurgia como futura especialidade. Métodos: Estudo epidemiológico transversal com estudantes de Medicina da 12ª etapa da UNAERP, os quais responderam um questionário utilizando a escala de Likert. As afirmativas eram: 1) A participação ativa nas cirurgias aumentou a motivação no estudo da Cirurgia 2) A participação ativa nas cirurgias melhorou o desempenho em outros procedimentos cirúrgicos 3) A participação ativa nas cirurgias melhorou a atitude no auxílio ao paciente 4) A participação ativa nas cirurgias melhorou a habilidade cirúrgica e o conhecimento anatômico 5) A participação nas cirurgias despertou o interesse por especializar-se em Cirurgia. Foi realizado o Teste G nas categorias dispostas na tabela de contingência. Resultados: Dos 61 estudantes, 43 (70,49%) são do sexo feminino e 18 (29,50%) do masculino. Do total, 23 (37,70%) têm entre 20-25 anos, 28 (45,90%) entre 26-30 anos, 5 (8,19%) têm mais de 30 anos e 5 (8,19%) não citaram a idade. Têm interesse pela cirurgia: 16 (26,22%). Nas afirmativas respondidas, 56,81% concordaram, 21,26% estavam totalmente de acordo, 9,30% discordaram, 4,31% discordaram totalmente e 8,30% não concordaram e nem discordaram. Na categoria sexo, observamos que a participação ativa no ato operacional conduziu a uma diferença significativa e superior do sexo feminino em relação ao masculino, no aumento à motivação do estudo de Cirurgia e na melhora da atitude no cuidado do paciente, com valores de p iguais 0,0027 e 0,0432, respectivamente. Conclusão: A participação ativa do acadêmico no ato cirúrgico reflete no desenvolvimento de habilidades e competências, resultando em menor índice de complicações intra-operatórias, além de estimular o interesse pela área cirúrgica. Bibliografia: 1. Dos O. Avaliação de treinamento cirúrgico na graduação de medicina. 2013;40(2):152-6. Lewis FR, Klingensmith ME. Issues in general surgery residency training--2012. Ann Surg 2012 Oct;256(4):553-93. Kairys JC, McGuire K, Crawford AG, Yeo CJ. Cumulative operative experience is decreasing during general surgery residency: a worrisome trend for surgical trainees? J Am Coll Surg 2008 May ;206(5):804-11

PALAVRAS-CHAVES: Educação médica-cirúrgica | Habilidades cirúrgicas | Escala de Likert

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1624

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SCHWANNOMA GIGANTE DO NERVO ISQUIÁTICO EM PACIENTE COM NEUROFIBROMATOSE TIPO1: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BÁRBARA C. RODRIGUES DE OLIVEIRA (FAMECA), ANA CAROLINA TAVEIRA ENGLER RAIZ COELHO (FAMECA), AYDER ANSELMO GOMES VIVI (FAMECA), BIANCA ZANFORLIM ZAGO (FAMECA), CAIO HENRIQUE OKUDA DE OLIVEIRA (FAMECA)

RESUMO: Os Schwannomas - neurinomas ou neurilemomas - são tumores neurogênicos originados das células de Schwann, responsáveis pela mielinização axonal dos nervos. Na maioria das vezes possuem caráter benigno, com crescimento lento e assintomático, acometendo preferencialmente os nervos cranianos¹. O relato tem como objetivo documentar um caso de Schwannoma em nervo isquiático, associado à neurofibromatose, visto que esta localização é uma entidade mais rara. Também objetiva-se relatar um procedimento de enucleação extracapsular sem lesões neurológicas pós-operatórias, sendo que enucleação intracapsular apresenta menor risco lesão por iatrogenia². E.C.M., gênero feminino, 39 anos, raça branca, comerciária. Queixa-se de dor em face posterior da coxa direita, com edema e parestesia a direita. Em seu histórico médico consta neurofibromatose tipo I. Paciente expressa desejo de retirar nódulos em membros superiores, em membro inferior direito, em região submandibular e nódulo infralingual na gengiva. Uma ressonância magnética evidenciou em região posterior da coxa direita um nódulo de aproximadamente 12 cm na raiz do nervo isquiático e um nódulo em região posterior da coxa esquerda de aproximadamente 6 cm na raiz do nervo isquiático. O tratamento de escolha do médico juntamente com a paciente foi a cirurgia, sob anestesia geral, em decúbito dorsal. Não ocorreram danos neurológicos após a cirurgia. O exame imunoistoquímico revela neoplasia de bainha neural periférica. Os aspectos histopatológicos, incluindo a presença de cápsula e o padrão vascular observado, associados à bioexpressão difusa de S100, favorecem o diagnóstico de schwannoma. Rosa DS, Capuzzo RC, Tebcherani AJ, Elias KM, Kanda JL, Pinto FR. Schwannoma de palato duro - relato de caso. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2013, mar; 42(1): p. 37-40.

SÁ, Ângelo; AZEVEDO, Leandro Nobre; CUNHA, Luísa. Schwannoma of the Upper Extremity: Retrospective Analysis of 17 Cases. Acta Médica Portuguesa, v. 29, n. 9, p. 519-524, 2016.

PALAVRAS-CHAVES: Schwannoma | Neurilemomas | Nervo isquiático

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1646

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ensino de Medicina Baseada em Evidências na Residência de Cirurgia Geral: Experiência de 1 ano em um grande hospital de ensino de Belo Horizonte

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL ALVES CARVALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK), TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK), EDUARDO TOMAZ FROES (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK), LUIZ EDUARDO VIEIRA FROES (UNIFENAS - BH), PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK), MARCOS LANNA BICALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK), RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK), LARISSA AMARAL CARREGAL (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK)

RESUMO: Objetivo: Difundir e aprofundar uso da medicina baseada em evidências (MBE) para tomada de decisão clínico-cirúrgica com residentes de Cirurgia Geral. Método: O Hospital Júlia Kubitscheck em Belo Horizonte é uma instituição com longa data de residência em Cirurgia Geral, que oferece 2 anos de formação com 5 vagas anuais. Durante o ano de 2016 houve reuniões quinzenais em que discutimos e aprofundamos o estudo da MBE com os 10 residentes. No início foram expositivas para introduzir o tema, mostrar aspectos da importância de estudos epidemiológicos e o grau de relevância de acordo com os princípios da MBE. Também foram expostas as bases de dados secundárias que acrescentam qualidade científica na seleção das evidências ou mesmo respostas fundamentadas em trabalhos e metodologia para buscas. Posteriormente a cada quinzena os residentes faziam perguntas no cenário clínico real oferecido pelos pacientes nas enfermarias e no pronto socorro, apresentavam ao grupo participante o método da busca da resposta clínica, assim como resultados. Ao fim do treinamento de 1 ano um questionário foi respondido pelos residentes para avaliar o grau de relevância e significado de seu aprendizado. Resultados: Os residentes conheciam conceitos da MBE, mas não sabiam ao certo como utilizá-los na prática clínica e 100% dos residentes julgaram a experiência válida. Os resultados do questionário aplicado para os residentes que participaram do treinamento mostraram que a avaliação da nota de 0 a 10 com o treinamento recebido teve média de 9. Quando perguntado sobre seu aprendizado no período em um a nota de 0 a 10 teve a média de 7,8. Quando perguntados se o treinamento mudou sua prática clínica 100% respondeu que sim, pois podiam aplicar individualmente a cada paciente condutas pertinentes. Quando solicitados a definir em uma frase a sensação/sentimento do treinamento a maioria escreveu que se sentiram mais seguros e aprimoraram conhecimentos, mas que mais treinamento deve ser oferecido. Conclusões: O estudo da MBE deve ser incentivado na prática clínica utilizando cenários reais e discussão dos casos clínicos oferecidos no dia a dia.

PALAVRAS-CHAVES: medicina baseada em evidências | educação médica | educação continuada

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1652

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR OVARIANO MUCINOSO BORDERLINE GIGANTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ELCIO ANTUNES DOS SANTOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), JOAO PAULO MOREIRA RIGUEIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), IURI FERRARI DEL FAVERO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Tumores borderline de ovário, são também chamados tumores de baixo potencial maligno e foram inicialmente descritos por Taylor em 1929 como "Semimalignos" ou variantes hiperplásicos do cistadenoma. Estes têm sido estudados para determinar a sua patogenia, bem como os fatores que representam mau prognóstico em termos de recorrência e mortalidade. Esta produção relata um caso de tumor ovariano de grandes proporções. RELATO DE CASO: CRDS, 52 anos, negra, do lar, natural de São Bernardo do campo-SP. Portadora de obesidade mórbida, hipertensa e diabética, apresentando quadro de dispneia. Ao exame clínico apresentava volumosa massa abdominopélvica. Realizou USG abdominal seguido de estudo tomográfico pélvico e abdominal com diagnóstico de volumosa massa de origem anexial esquerda. Submeteu-se a laparotomia com ooforectomia esquerda. A lesão evocada estendia-se da pelve até a região epigástrica, com 26 cm em seu maior diâmetro após aspiração do componente cístico, com extrusão de aproximadamente 7 litros. A paciente apresentou boa evolução pos-operatória recebendo alta hospitalar no terceiro dia de pos-operatorio, mantendo seguimento ambulatorial especializado até o presente momento. CONCLUSÃO: O tumor seroso limítrofe e mucinoso pode ser dividido em dois tipos: em proliferação tumoral do tipo carcinoma intra-epitelial e atípica (in situ). Como supracitado, os tumores ovarianos limítrofes representam uma etapa na degeneração para carcinoma invasivo de baixo grau, possuindo grande relevância clínico-cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR OVARIANO | BORDELINE | INCIDENCIA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1657

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NEOPLASIAS RARAS RETROPERITONEAIS: SCHWANNOMA ANTIGO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PALOMA ALVES BEZERRA MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), PAULO ALVES BEZERRA MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), DOGLAS GOBBI MARCHESI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GABRIEL SANT'ANA ZUCOLOTO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA), RENAN TORRES CAETANO DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO)

RESUMO: Introdução: Os Schwannomas antigos são variantes raras de tumores que surgem das células de Schwann. Possuem localização retroperitoneal em apenas 0,5% a 5% de todos os casos e são extremamente raros.¹ Representam aproximadamente 1 a 5% de todos os tumores retroperitoneais.² Um estudo feito em 2016, evidenciou apenas 21 casos de schwannoma retroperitoneal renal descritos na literatura. Estes tumores envolvem pacientes entre 14 e 84 anos com discreta predominância no sexo feminino.³Relato do caso: Paciente, 41 anos, sexo feminino, admitida em Hospital Universitário em novembro de 2016 com quadro de dor em flanco esquerdo há cinco meses sem outros sintomas associados. Portadora de hipertensão arterial sistêmica. Nega perda de peso, alterações do hábito intestinal ou dos ciclos menstruais, gestações prévias e tabagismo.Em acompanhamento ambulatorial prévio, realizou ultrassonografia abdominal em outubro de 2016 que evidenciou volumosa formação expansiva sólida heterogênea em flanco esquerdo, com contorno regular, limites definidos e calcificações de permeio. Presença de áreas esparsas de fluxo ao estudo Doppler com volume estimado em 1293 cm³. Tal lesão apresenta aparente plano de clivagem com o rim esquerdo, que se encontra deslocado cranialmente, com moderada dilatação do sistema pielocalicinal. Realizou tomografia de abdome porém, não possuía o laudo.Após preparo pré-operatório, realizou-se laparotomia mediana xifopúbica com ressecção de volumoso tumor de retroperitônio seguida de nefrectomia esquerda em monobloco, linfadenectomia retroperitoneal, colectomia esquerda e anastomose colorretal termino-terminal. Evolui com instabilidade hemodinâmica imediata necessitando de noradrenalina e com lesão renal aguda no pós-operatório necessitando de diálise por sete dias. Prescrita antibioticoprofilaxia com ceftriaxone e metronidazol. Histopatológico concluiu tratar-se de Schwannoma antigo com limites de ressecção livres de comprometimento neoplásico.Conclusão: Schwannomas retroperitoneais são tumores raros geralmente detectados incidentalmente após exames de imagem.⁴ Etiologia parece ter relação com a perda de expressão da proteína de Merlin.⁵ Possuem crescimento lento, são benignos, indolentes e apresentam sintomas compressivos locais.¹ Diagnóstico definitivo baseia-se no exame anatomopatológico do tumor. Há bom prognóstico sendo a malignização e a recorrência raras.⁴

PALAVRAS-CHAVES: Schwannoma antigo | tumor retroperitoneal | neoplasia benigna

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1660

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NEOPLASIAS PRIMÁRIAS DE APÊNDICE: INCIDÊNCIA DE 2010 A 2015 NO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS- RECIFE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAMONN CHAVES DA SILVA RODRIGUES (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), LUCIANO CALHEIROS DE MORAIS GUERRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), RODRIGO SANTIAGO MOREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), ÍCARO DANIEL CARRILHO DIOGENES (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), MARILI DANTAS DA SILVA (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE), GABRIELA LUCENA RAMOS DA SILVA (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE), BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE), THIAGO SOUZA E SILVA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV)

RESUMO: Introdução: As neoplasias primárias de apêndice cecal são doenças raras que podem se apresentar como cistoadenomas, tumores carcinoides, adenocarcinomas e adenocarcinóides. Os tumores carcinoides são neoplasias malignas neuroendócrinas e representam cerca de 80-88% das neoplasias do apêndice cecal. São diagnosticados geralmente durante apendicectomias e estima-se que correspondam a 1% das apendicectomias. Predominam em mulheres na faixa etária entre 20 e 30 anos. Tumores carcinoides com menos de 2 cm, sem comprometimento linfonodal, com margens livres podem ser tratadas somente com apendicectomia. O adenocarcinoma de apêndice apresenta-se clinicamente como apendicite aguda. No entanto, também pode se apresentar com ascite ou massa abdominal.

OBJETIVO: Analisar o quadro clínico, epidemiologia, achados cirúrgicos e anatomopatológicos dos pacientes com neoplasia primária de apêndice no Hospital Getúlio Vargas em Recife. **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo, descritivo e transversal fundamentado na análise dos resultados anatomopatológicos e nos prontuários dos pacientes atendidos do Hospital Getúlio Vargas (Recife) do período de 2010 a 2015. **RESULTADOS:** Foram analisados 2592 resultados de estudos anatomopatológico que incluíam apêndice no seu resultado. Encontrou-se 11 casos. Houve predomínio do sexo masculino com 56 % dos pacientes. A média de idade foi de 46 anos. O sintoma mais prevalente foi de dor abdominal com início há mais de três dias. Todos os casos de tumores carcinoides (cinco) foram lesões menores de 2 cm com acometimento além da camada submucosa, em 40% houve comprometimento da margem cirúrgica. Os adenocarcinomas estiveram presentes em dois pacientes com infiltração além da camada submucosa em ambos. Não houve acometimento linfonodal nem comprometimento de margem cirúrgica. Os tumores benignos estiveram presentes em 4 pacientes. Todos os pacientes foram tratados com apendicectomias somente. **CONCLUSÃO:** As Neoplasias primárias de apêndice cursam com quadro clínico insidioso e sintomatologia branda. Para o tratamento adequado é essencial a análise histopatológica da peça uma vez que os achados cirúrgicos podem ser normais. **Referências Bibliográficas:** 1. CORREA NETO, I. J. F. et al . Carcinoid tumor of cecal appendix: one-year incidence at the Santa Marcelina Hospital. J. Coloproctol. (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 245-249, Dec. 2014;

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasia primária do apêndice; apendicite|mucocele; adenocarcinoma;|dor abdominal; abdome agudo

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1676

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Íleo biliar: Relato de Caso e Revisão da literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE ARAUJO DE SOUZA (HOSPITAL ANA COSTA), MIRELLA DE FATIMA FUKUDA (HOSPITAL ANA COSTA), WELLINGTON CUNHA (HOSPITAL ANA COSTA), JANAYNA THAINÁ RABELATO (HOSPITAL ANA COSTA), ANELISE STACHEWSKI RUSSO (HOSPITAL ANA COSTA), ANDRE AMERICO MARTINS DE OLIVEIRA (HOSPITAL ANA COSTA), ROBERTO MONTORO NETO (HOSPITAL ANA COSTA), MARCELA QUEIROZ (HOSPITAL ANA COSTA)

RESUMO: O íleo biliar é uma complicação incomum da colelitíase, cerca de 1 a 3% dos pacientes acima de 60 anos, caracterizado por uma obstrução mecânica do intestino delgado ou do cólon, devido à impactação de um ou mais cálculos na luz intestinal. O presente trabalho relata o caso de uma paciente feminina, de 87 anos, hipertensa, com hernia incisional volumosa em região infraumbilical. Referia dor em hipocôndrio direito, acompanhada de vômitos e distensão abdominal com 30 dias de evolução e piora dos sintomas nas últimas 72 horas, com parada de eliminação de gases e fezes. A tomografia de abdome evidenciou presença de aerobilia e um cálculo misto na topografia do segmento ileal do intestino. Foi realizada laparotomia exploradora com enterotomia e retirada do cálculo e enterorrafia, sem manipulação da vesícula ou da fístula bilio-entérica. Concluímos que a doença calculosa de vesicular pode provocar o aparecimento de complicações graves, razão pela qual devemos pensar na indicação da colecistectomia eletiva, particularmente em doentes sintomáticos e com risco cirúrgico baixo, independentemente da idade.

PALAVRAS-CHAVES: íleo biliar | doença calculosa de vesícula biliar | obstrução intestinal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1687

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ENTERITE POR CITOMEGALOVIRUS EM PACIENTE RENAL TRANSPLANTADO COM SÍNDROME DE WHIM

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA DE OLIVEIRA FIGUEIRÓ (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA), DIOGO BENINI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA), RAQUEL MACHADO MENEZES (CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO - UNIFRA), GILDA GUERRA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), ANNA LUIZA FRAZZON TEIXEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO - UNIFRA), BRUNA LORENZ (UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - UCS), RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE)

RESUMO: Introdução: A síndrome de WHIM, imunodeficiência primária causada por uma mutação genética no receptor de quimiocinas CXCR4, é formada pelas manifestações clínicas típicas do transtorno; inclui verrugas, hipogamaglobulinemia, infecções recorrentes (HPV e bacterianas) e mielocatexia. Em receptores de transplante renal, a colite por citomegalovirus (CMV) pode apresentar-se em situações clínicas fugazes e não específicas, ou pode ser suficientemente grave para requerer uma colectomia. Relato de caso: Paciente JRDS, feminina, negra, 25 anos, procedente da Paraíba, transplantada renal de doador cadáver (CMV IgG+) em 26/12/2015. Aos 6 anos de idade nefropatia do refluxo, levando à Insuficiência Renal Crônica. Sorologias em junho de 2014 eram CMV IgG+ e EBV IgG+. Em 18/7/2014, entrada na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre com história de pancitopenia e infecções respiratórias de repetição. Biópsia de medula óssea, diagnosticada a síndrome de WHIM. Retorno à emergência com quadro de dor abdominal, diarreia crônica, distensão abdominal e vômitos. Exame de imagem revelou possível pneumoperitônio, grande quantidade de líquido livre, distensão de alças de delgado e nenhum fator obstrutivo. Após VLP exploradora, identificada perfuração de intestino delgado, peritonite com drenagem de ascite e líquido entérico, alças intestinais muito espessadas e dilatadas, necessitando confecção de bolsa de Bogotá e transferência para a UTI. A cultura de líquido abdominal apresentou Escherichia Coli, Enterococcus faecalis e Pseudomonas multissensíveis. Hipótese diagnóstica de enterite com perfuração por citomegalovírus. Feita enterectomia com ileostomia em dupla boca no local de perfuração. Realizada ileostomia terminal uma semana depois, seguida de curativo à vácuo. Paciente teve episódio de valsalva, ocorrendo ruptura de alça exposta em superfície de peritoneostomia. Realizada laparotomia, evidenciando múltiplas perfurações de alça, nas quais foram feitas confecção de anastomose látero-lateral em duas camadas, ileostomia e colocação de peritoneostomia. Em 22/01/2017 a paciente apresentava sepse abdominal que evoluiu com parada cardiorrespiratória e óbito. Conclusão: O quadro séptico, WHIM, a fístula atmosférica teve desfecho inevitável ao óbito. O adequado controle da infecção é de extrema importância no tratamento destes pacientes. No caso de abordagem não efetiva de sepse, a cicatrização espontânea ocorre em 6% dos casos e a mortalidade atinge 85% dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: ENTERITE|CITOMEGALOVIRUS|SEPSE

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1689

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso - Schwannoma retroperitoneal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AMANDA BLANSKI DE CASTRO (FURB), ADRIANA DE SOUSA ROS (FURB), VITOR HOLMO FIGUEIRA (FURB), MARCOS PIAZZETTA BUENO (FURB), ROGER KRUGER DE LIMA (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), PATRÍCIA DA COSTA CÂMARA (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO), VINÍCIUS ZANIN MARTINS (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO)

RESUMO: Introdução Schwannomas são tumores raros derivados das células de Schwann. Eles podem ocorrer em qualquer local onde haja células nervosas com bainha do nervo periférico, porém são mais comuns na cabeça, pescoço e membros, sendo a localização retroperitoneal menos frequente. Geralmente são encontrados como massa solitária e se apresentam de forma benigna. O objetivo do presente trabalho é descrever um caso de tumor retroperitoneal de grandes dimensões diagnosticado como Schwannoma benigno. Relato do caso Paciente gênero feminino, 45 anos de idade, referindo dor abdominal difusa e dor lombar progressiva com início há 2 anos, que evolui com massa abdominal à esquerda. No exame físico abdominal observava-se abaulamento e palpou-se tumoração em hemiabdomen esquerdo, indolor e fixa. A ressonância magnética demonstrava volumosa lesão sólido-cística com epicentro no flanco esquerdo, com dimensões de 9,6x11,5x15,5 cm sem plano de clivagem com o rim ipsilateral e cauda do pâncreas. Tomografia de tórax normal. Marcadores tumorais e dosagem de metanefrina urinária normais. Foi submetida à laparotomia por incisão mediana com extensão subcostal esquerda e realizada ressecção do tumor retroperitoneal com nefrectomia, ressecção parcial do mesocólon esquerdo, pancreatectomia corpo caudal e esplenectomia em monobloco, procedimento sem intercorrências. Paciente teve boa evolução no pós-operatório, apresentou fístula do coto pancreático sem repercussões clínicas, recebendo alta no nono dia de pós-operatório com dreno abdominal. O dreno foi retirado após dois meses da cirurgia. O estudo anatomopatológico mostrou tumor com 1314 gramas, medindo 16,5x12,5x11,0 cm, sem invasão de órgãos adjacentes, ressecado com margens livres, compatível com Schwannoma Benigno confirmado pela imunohistoquímica. Conclusão O tratamento de Schwannomas de retroperitônio consiste na remoção cirúrgica do tumor com margem, o que muitas vezes requer ressecções multiviscerais e com bom prognóstico na maioria dos casos tratados. O diagnóstico baseia-se no exame histopatológico, visto que as características radiológicas na maior parte das vezes não são conclusivas. Deve ser realizado acompanhamento no pós-operatório, uma vez que há chance de recorrência tumoral.

PALAVRAS-CHAVES: Schwannoma | retroperitoneal | tumor benigno

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1713

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abscesso de Músculo psoas por Mycobacterium tuberculosis: Apresentação de caso raro e revisão de literatura?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ FRANCISCO F. LIMA SIMÃO DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), CAMILA CERDEIRO AGUIAR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), DAN EDWY CARNEIRO GUIMARÃES FAJARDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), MAYARA SANAE FUJIMOTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), CELIO CORTINHAS FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), WALLACE HOSTALACIO AVELAR MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), ROSANA SIQUEIRA BROWN (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Abscesso de psoas consiste numa condição clínica caracterizada por coleção de pus no compartimento do músculo iliopsoas. Sua clínica é inespecífica e cursa geralmente com febre, dor em flanco ou região lombar e limitação do movimento do quadril. Em indivíduos imunocompetentes o agente etiológico mais frequente é o Staphylococcus aureus. No entanto, o Brasil possui área endêmica para tuberculose, sendo Mycobacterium tuberculosis um agente comum. Não há dados epidemiológicos de incidência significativos em literatura. RELATO DE CASO Paciente masculino, DN:25/01/1999, apresentando abscesso supraclavicular esquerdo em Março/2016. Acompanhamento inicial através de Clínica da Família. Prescrita Cefalexina por 7 dias, não havendo resolução completa do quadro. Posteriormente realizou-se primeira drenagem ambulatorial do abscesso e prescrição de Amoxicilina-Clavulanato, sem melhora efetiva. Paciente encaminhado ao serviço de Cirurgia Geral da sexta enfermaria do HUGG, permanecendo internado durante 20 dias. Exame físico evidenciou abscessos axilar e supraclavicular esquerdos drenando espontaneamente e área de flutuação em topografia de musculatura reto abdominal à esquerda. Exames de imagem evidenciaram abscessos de psoas bilateralmente. Realizada nova drenagem com coleta de material para cultura em centro cirúrgico, totalizando 700mL em psoas direito e 300mL em psoas esquerdo de secreção purulenta, além de antibioticoterapia empírica com doxiciclina por 14 dias. Análise laboratorial do material descartou crescimento de bactérias e fungos, porém positivou para Mycobacterium tuberculosis. Sorologias para HIV e Hepatites Virais negativas. Apresentava febre, dor lombar pouco específica à direita e perda ponderal. Paciente segue em investigação de imunodeficiência e Mal de Pott. CONCLUSÃO abscesso em músculo psoas é uma comorbidade rara e quando presente é frequentemente associado com imunodeficiências. O relato descrito apresenta uma ocorrência incomum dessa condição clínica, visto que o paciente possuía abscesso no músculo psoas bilateralmente, associado a infecção por Mycobacterium tuberculosis, sem sinais de doença ativa em outro sítio, fato pouco relatado na literatura. Abscesso primário e? mais frequente em pacientes portadores de diabetes mellitus, de HIV ou imunossupressão. Já o secundário dependerá da presença de doença de base, sendo a Doença de Crohn causa mais comum. Outras possíveis causas são Mal de Pott, diverticulite e osteomielite.

PALAVRAS-CHAVES: Abscesso de Músculo Psoas | Mycobacterium tuberculosis | Mal de Pott

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1742

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Dermatofibrossarcoma protuberans: quando a clínica é soberana ao anatomopatológico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA FERNANDA RIBEIRO CURY (FACERES), THALITA LIMA FERREIRA (FACERES), JORGE ALBERTO THOMÉ (MÉDICO PATOLOGISTA), HUGO ISHIZAWA (MÉDICO PATOLOGISTA), FÁBIO MARCONDES PALMA (MÉDICO PATOLOGISTA)

RESUMO: INTRODUÇÃO dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) é uma neoplasia dermatológica maligna rara, de crescimento lento e agressivo, alta taxa de recorrência, mas baixo potencial metastático, com incidência de 0,8 a 4,5 casos por milhão de indivíduos/ano. Representa 1% de todos os tumores de pele. Inicialmente, apresenta-se como lesões nodulares indolentes, aderidas à pele, de coloração violácea ou levemente hiperocrômica, confundidas com dermatofibroma e queloides. A apresentação inicial desse tumor, muitas vezes inespecíficas, é um dos principais motivos de atraso no diagnóstico. O tratamento consiste em cirurgia convencional com amplas margens cirúrgicas ou cirurgia micrográfica de Mohs. RELATO DE CASO Paciente do sexo feminino, 45 anos, apresentou, há 20 anos, nódulo único em região de fossa ilíaca esquerda (FIE), sem antecedentes de trauma local e sem sinais flogísticos. Realizou exérese da lesão com anatomopatológico revelando leiomioma cutâneo solitário. Há 1 ano, apresentou nova lesão nodular castanho-violácea na mesma região. A TC de abdome não evidenciou alterações. Retirou-se cirurgicamente a lesão e o laudo histopatológico foi de dermatofibroma, evoluindo com recidiva local após 5 meses, com nódulos eritematoacastanhados, bem delimitados, formando conglomerados, sem aderência a planos profundos, na região da cicatriz prévia. Não apresentava linfonomegalia palpável. O ultrassom evidenciou granulomas secundários à processo cicatricial progressivo no subcutâneo da FIE. A revisão das lâminas confirmou dermatofibroma ou lesão cicatricial. Apesar deste diagnóstico, realizou-se biópsia excisional da lesão com margens de 0,5 cm pela extensão das lesões e ausência de respaldo histopatológico. O anatomopatológico e imuno-histoquímica (CD34) confirmaram o diagnóstico de DFSP. Paciente encaminhada para oncologista. CONCLUSÃO A ressecção cirúrgica é o principal tratamento para os pacientes com DFSP, com taxas de recorrência de 60% após cirurgia convencional, diminuindo para 20% com margens superiores a 4 cm. A cirurgia micrográfica de Mohs proporciona taxas de curas maiores (1,6% de recidivas). A maioria das recorrências (50-75%) ocorrem 3 anos após a excisão. Recorrências tardias após 10 anos são raras. Utiliza-se radioterapia adjuvante e quimioterapia nos casos de ressecção cirúrgica com margens positivas e doença metastática. Metástases são raras, ocorrendo em cerca de 1% para linfonodos e 4% para órgãos distantes, sendo o pulmão o principal órgão acometido.

PALAVRAS-CHAVES: Dermatofibrossarcoma | Neoplasia cutânea | Cirurgia micrográfica

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1745

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA POR TUBERCULOSE EM PORTADOR DE AIDS COM TRATAMENTO CONSERVADOR: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL DOS SANTOS WINZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), MARCELO COSTA VELHO MENDES DE AZEVEDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), RODRIGO PANNO BASÍLIO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), RAÍSA RAMOS BEZERRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), LUCAS SCARANELLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO), RAISSA JOSÉ DE FRANÇA CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO)

RESUMO: Objetivo: O tratamento cirúrgico de fístulas é amplamente indicado na correção do trajeto evitando, assim, complicações. No entanto, quando há causa infecciosa, os resultados podem não ser os esperados, com maior número de reoperações e agravamento da morbidade. O trabalho tem por objetivo relatar a opção terapêutica da equipe em não abordar diretamente uma fístula traqueoesofágica. Relato de caso: Paciente de trinta e três anos, sexo masculino, HIV/aids recentemente diagnosticado iniciada terapia antirretroviral, encaminhado ao Hospital Universitário Gaffrée e Guinle apresentando hiporexia, perda ponderal e disfagia para líquidos. Endoscopia digestiva alta visualizou úlceras esofágicas e orifício de fístula traqueoesofágica. Estudo histopatológico das lesões resultou em coinfeção por Mycobacterium tuberculosis e citomegalovírus. Iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol, ganciclovir e instalada gastrostomia. Houve melhora clínica e alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial, endoscopia e radiografia com contraste baritado. Sete meses após alta, terminado o esquema tuberculostático, já não havia evidência de trajeto fistuloso. Foi, então, retirada a gastrostomia e o paciente voltou a se alimentar por via oral sem recorrência da fístula. Conclusão: Tratamento conservador sem a abordagem direta do trajeto fistuloso apresenta resultados promissores na resolução de fístulas traqueoesofágicas infecciosas, contribuindo para melhor qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Fistula traqueoesofágica | infecção | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1747

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Modelo de Caixa Preta de Custo Acessível e Fácil Reprodutibilidade Usado na Introdução e Treinamento de Acadêmicos de Medicina na Videocirurgia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL DOS SANTOS WINZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), RAISSA JOSÉ DE FRANÇA CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), LUISA RODRIGUES POLESE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), MAYARA FERNANDA VICTAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), RAÍSA RAMOS BEZERRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), LUCAS SCARANELLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

RESUMO: Objetivos A qualificação técnica é indispensável para formação de um cirurgião. Com a consolidação da videocirurgia, tornou-se imprescindível o exercício contínuo para o desenvolvimento de habilidades táteis e visuais. Visando aproximar acadêmicos de medicina à videocirurgia, aprimorar estas habilidades e reduzir riscos em situações reais o trabalho tem como objetivo produzir uma caixa preta de fácil reprodutibilidade e custo acessível. Métodos A caixa foi construída por membros da Liga Acadêmica de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental (LATEC) em 2016. Utilizou-se madeira compensada com 1cm de espessura em paralelepípedo de 30x25x20cm (CxAxL) baseado em medida de abdome com pneumoperitônio e parte frontal removível deslizante com dois orifícios superiores com 6cm de diâmetro, à 10cm da câmara, cobertos com borrachas para trocateres. Fixou-se webcam Multilaser WC045 na parte superior interna, próximo a abertura anterior, e lâmpada led em parede lateral para iluminação complementar. Utilizou-se software DebutVideo Capture para corrigir inversão da câmara em notebooks. Resultados Os modelos de caixa preta no mercado apresentaram custos inviáveis para acadêmicos (R\$1550,00). Em pesquisa bibliográfica, um modelo confeccionado em acrílico transparente de Batista et al em 2006 demonstrou-se inviável pelo complexo manuseio das placas e custo elevado (R\$840,00). Em 2012, Batista et al atualizou o projeto, reduzindo o custo (R\$335,00). Múltiplas portas de entradas e custo elevado dificultaram a sua reprodução. Em 2016, membros da LATEC construíram uma caixa baseada no modelo de Batista et al de 2006, porém, menor, em paralelepípedo, com madeira compensada, webcam e lâmpada, utilizando notebook para a projeção de imagens, empilhável, fácil locomoção e menor gasto com materiais (R\$90,00). A abertura frontal permitiu melhor acesso à área interna. Utilizou-se a caixa em atividades práticas com acadêmicos de medicina e residentes de cirurgia do HUGG. Conclusões A caixa preta permite o melhor entendimento e treinamento da técnica e de habilidades táteis e visuais bidimensionais de videocirurgias, sendo de fácil reprodutibilidade e de custo acessível para uma liga acadêmica, aproximando estudantes de medicina às técnicas sem expor aos riscos de cenários reais. Bibliografia Batista Danilo Malta, Felzemburgh Victor Araujo, Matos Ediriomar Peixoto. Novo modelo experimental para treinamento em videocirurgia. Acta Cir. Bras. 2012 Out; 27(10): 741-745

PALAVRAS-CHAVES: Caixa preta | Videocirurgia | Cirurgia experimental

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1757

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MORTALIDADE EM CIRURGIA ? ANÁLISE DE 45 ÓBITOS RELACIONADOS A PROCEDIMENTOS OPERATÓRIOS EM UM HOSPITAL GERAL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AIRTON ZOGAIB RODRIGUES (HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS), FELIPE ARAUJO DE SOUZA (HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS), MARCELA QUEIROZ (HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS), MESSIAS ELIAS NETO (HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS), MIRELLA DE FATIMA FUKUDA (HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS), ROBERTO MONTORO NETO (HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS)

RESUMO: Objetivo: Análise de 45 óbitos em doentes, submetidos a procedimentos operatórios em um hospital geral. Método: Estudo retrospectivo de prontuários de 45 pacientes internados em caráter eletivo e ou urgência, submetidos a procedimentos operatórios, no período de janeiro à dezembro de 2016 em um hospital geral de 220 leitos, analisando-se: sexo, faixa etária, local de internação, diagnósticos, comorbidades, especialidades envolvidas, ASA dos pacientes, operações realizadas, se em caráter de urgência ou eletivas, complicações imediatas, média de permanência e prováveis causas de óbito. Em nenhum dos pacientes realizou-se exame necroscópico. Resultados: Realizaram-se 9.222 procedimentos operatórios, 6.287 eletivos e 2.935 de urgência, com 45 óbitos (0,48%) pós-operatórios, sendo 6(0,25%) óbitos em eletivas e 39 (1,32%) em urgências. Dos 45 pacientes analisados, 58% eram mulheres; faixa etária mais usual a de maiores de 50 anos (98%), média de idade de 73 anos; 66% dos doentes foram internados inicialmente na enfermaria com posterior transferência para a UTI; 51% dos diagnósticos como abdome agudo, sendo o mais prevalente o obstrutivo, seguido do vascular, perfurativo e inflamatório; em seguida vieram as vasculopatias arteriais periféricas responsáveis por 18% dos diagnósticos; comorbidades presentes em 98% dos pacientes, como a HAS (43%) e Diabetes (22%) as mais usuais; a especialidade mais envolvida foi a cirurgia geral em 53% dos casos, seguida da cirurgia vascular em 17% das vezes; segundo a classificação do risco anestésico, tivemos a seguinte distribuição: ASA II-22%, ASA III-55% e ASA IV-22%; 86% as operações foram em caráter de urgência; 84% dos pacientes apresentaram complicações imediatas, sendo as clínicas mais frequentes (74%) do que as cirúrgicas (26%); as principais complicações clínicas foram: o choque séptico (50%) e a insuficiência respiratória aguda (14%) e as cirúrgicas: as deiscências de anastomoses intestinais (40%) seguidas do choque séptico (20%); 93% dos pacientes necessitaram tratamento na UTI, com 5 dias de média de permanência; tivemos como causas prováveis de óbito mais prevalentes: o choque séptico em 53%, sendo 83% desses por foco de origem abdominal; a hipertensão intracraniana em 11%; IMOS (8%) e isquemia mesentérica intratável em 8% dos pacientes. Conclusões: A mortalidade pós-operatória apesar de não elevada, ocorreu em pacientes idosos, de alto risco, com comorbidades e internados e operados em caráter de urgência.

PALAVRAS-CHAVES: Mortalidade | Período Pós-Operatório | Estudo Retrospectivo

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1769

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: REVISÃO AVANÇADA SOBRE FIBROSE CÍSTICA E SÍNDROME DE DOWN: Artigo de Revisão

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE WILLIAM VAVRUK (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Objetivo. Fornecer subsídios para melhor compreensão do correto emprego das técnicas emergências advindas do Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões relativas a traumatologia e salvamento de emergência e paciente acometido por fibrose cística. Métodos. Breve sinopse envolvendo revisão de literatura aplicável ao emprego das regras ATLS que sirvam como subsídio e embasamento teórico à realização de salvaguarda de pacientes acometidos em situados de emergência. Discussão: apresentação das técnicas ATLS em seus fundamentos procedentes do Colégio Americano de Cirurgiões. Conclusões. Definitivas: constatamos efetivamente a importância e relevância do correto emprego das técnicas de emergência utilizadas para o salvamento de vítimas potencial e gravemente acometidas em situação emergencial com resultados produtivos e efetivos, beneficentes à salvaguarda e incolumidade física do paciente e ao restabelecimento das condições estáveis de sobrevivência. REVIEW ON OF ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT ? ATLS Objective. Provide grants to better understand the correct use of stemming the American College of Surgeons Committee on Trauma of the traumatology and emergency rescue techniques emergencies. Methods. Brief synopsis involving literature review applicable to the employment of ATLS rules that serve as support and theoretical basis of the implementation of safeguarding patients affected situated in an emergency. Discussion. Presentation of techniques in their ATLS coming foundations of the American College of Surgeons. Conclusions. Final: effectively verified the importance and relevance of the correct use of emergency techniques used to rescue potential victims and seriously injured in an emergency situation with productive and effective, charitable safeguarding and physical safety of the patient results and the restoration of stable conditions for survival.

PALAVRAS-CHAVES: Fibrose cística | Suporte Avançado | Técnicas

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1800

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARCINOMA MUCINOSO: DO DIAGNÓSTICO À CONDUTA CIRÚRGICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), IZABELLA FURTADO DE VASCONCELOS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), RENATA ANTUNES BRUNO DA SILVA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ERIKA FEITOSA QUEIROZ (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MARIANA PONTES BAQUIT (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), PRISCILLA PINHEIRO OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Introdução: Os carcinomas mucinosos primários do ovário são raros, correspondendo a cerca de 3% das neoplasias ovarianas. Em relação à etiologia, 5% a 10% dessas apresenta manifestação com padrão hereditário relacionadas com os genes BRCA1 (mais frequente) e BRCA2, ambos de caráter autossômico dominante, e com os genes MLH1 e MSH2 associados à síndrome de câncer colorretal hereditário não polipóide (HNPCC). Os tumores ovarianos são, na maioria dos casos, oligossintomáticos, até atingir grandes volumes. Os sintomas mais comuns são aumento do volume abdominal e dor, além de queixas urinárias ou intestinais associadas à compressão e sangramento abdominal ou vaginal decorrentes de invasão. Contudo, o tipo histológico mucinoso possui uma apresentação clínica diferente, pois frequentemente se apresentam como tumores de crescimento rápido, atingindo grandes volumes. Este trabalho objetiva relatar caso de carcinoma mucinoso de ovário e sua conduta cirúrgica, bem como revisar o assunto em questão. Foram coletados a história da paciente e foto da peça macroscópica durante a cirurgia, acrescentando-se uma revisão literária sobre o assunto. Todos os aspectos éticos foram respeitados. Relato de Caso: Mulher, 58 anos, casada, G3P2A1, comparece ao ambulatório de ginecologia, encaminhada da Atenção Básica, com queixa de "aumento da barriga em 2 anos". Ao exame físico, apresenta grande volume abdominal, com massa palpável em andar inferior do abdome, indolor a palpação. A tomografia computadorizada do abdome revelou volumosa massa anexial. Foi realizada histerectomia, anexectomia bilateral e congelamento histopatológico durante a cirurgia. Com o resultado do congelamento confirmando carcinoma mucinoso, retirou-se também o apêndice, omento e linfonodos para-aórticos. A biópsia não revelou metástase e a paciente recebeu alta no 4º dia de pós-operatório. Conclusão: Assim, vê-se que houve um atraso na procura por assistência médica, o que resulta em prejuízos para a saúde integral da paciente, já que mais da metade dos casos são diagnosticados nos estágios iniciais. A conduta cirúrgica radical para o caso condiz com as recomendações, reforçando a experiência do médico assistente. Como a fertilidade não constitui fator relevante, o útero e anexos foram excisados. Retirou-se ovário contralateral ao tumor pelo risco de metástase oculta ou carcinoma primitivo presente. Este procedimento está, normalmente, limitado aos estádios Ia, Ib, IIa, IIb e III por envolvimento do omento.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de ovário | Carcinoma mucinoso | Propedêutica

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1847

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Mastite Puerperal e Abscesso Mamário: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VÍVIAN FOUREAUX GOMES ROCHA DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA), PRISCILA DE ALMEIDA CORRÊA CAMPOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA), ROBERTO BARBOZA GAUER (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA), RUBIA BIANCHINI DE FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O leite materno é considerado um dos pilares para a promoção e proteção da saúde das crianças. Ao longo dos anos ocorreram mudanças na prática da amamentação e apesar do incentivo ao aleitamento materno, ainda há prática inadequada da amamentação, correlacionada aos problemas enfrentados durante a lactação. As duas principais intercorrências do período lactacional são a estase do leite e a infecção. Dentre as intercorrências tem-se a mastite puerperal e o abscesso mamário, entre outros. A mastite puerperal ocorre geralmente na 2ª e 3ª semanas após o parto. Caracteriza-se por um processo inflamatório devido à estase intraductal do leite e a liberação de citocinas para o tecido intersticial, que pode ou não cursar com quadro infeccioso. A mama afetada encontra-se dolorosa, edemaciada, hiperemiada e quente. Quando há infecção, há manifestações sistêmicas importantes, como mal-estar, febre alta (acima de 38 °C) e calafrios. Em decorrência de uma mastite não tratada, 5% a 10% dos casos tem-se o abscesso mamário, diagnosticado clinicamente, pelo abscesso propriamente dito ou uma flutuação sensível no tecido mamário, ou pela ultrasonografia, sugerindo melhor local para incisão e aspiração. RELATO DE CASO: Paciente T.R.O., 34 anos, em consulta no Pronto Atendimento do Hospital São Lucas (HSL), em Quatis/RJ em 15/09/2016, apresentando abscesso mamário a direita, drenando no momento da consulta. Relata início do quadro há 5 dias, com mastalgia local, associado a hiperemia e febre (39°C), sendo orientada pelo médico obstetra da Unidade Básica de Saúde a manter aleitamento materno, ordenhando o excesso de leite. Fez uso de compressas quentes para diminuir a dor e o edema. Exames laboratoriais com leucócitos a 17000 sem outras alterações. Permaneceu em internação hospitalar por 8 dias, fazendo uso de analgésicos, Cefazolina 1,0g EV de 8/8horas por 48 horas seguido de Cefalexina 500 mg VO 6/6 por 5 dias, sob os cuidados de equipe cirúrgica, clínica medica e enfermagem. Interrompeu-se a lactação durante este período. Após alta hospitalar, realizou curativo 2 vezes ao dia sob a orientação da equipe cirúrgica. Até a conclusão de trabalho, paciente obteve ampla recuperação do tecido mamário, sem demais intervenções. CONCLUSÃO: A mastite puerperal e abscesso do tecido mamário é um tema recorrente, sendo de extrema importância reconhecer e manejar o tratamento de forma correta, mantendo a saúde da mãe e do recém nascido.

PALAVRAS-CHAVES: amamentação | abscesso | cirurgia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1908

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tuberculose hepato-esplênica isolada ? Uma rara entidade e diagnóstico diferencial de doenças linfoproliferativas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA MACEDO GUEDES CONCEIÇÃO (HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA), RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO (HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA), JOÃO PEDRO ESTIMA DE SOUZA (HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA)

RESUMO: Introdução:A tuberculose (TB) é doença infecciosa que afeta principalmente os pulmões. A maioria das formas extrapulmonares é secundária a TB miliar (ou disseminada) e associada à imunodeficiência. TB hepato-esplênica isolada em paciente imunocompetente é muito rara. Os achados inespecíficos geram confusão diagnóstica, simulando outras patologias.Descrevemos o caso de uma paciente submetida a esplenectomia por suspeita de linfoma, com laudo histopatológico de tuberculose hepato-esplênica isolada.Relato de caso:CPS, 51 anos, feminino, HAS, depressão e etilista. Bypass gástrico prévio por obesidade. Nega passado de TB.Evolução de dois anos de dor abdominal superior e astenia. Submetida a colecistectomia por colelitíase. No intra-operatorio, foram achadas e biopsiadas pequenas lesões hepáticas circunferencias, esbranquiçadas e difusas, cujo resultado foi inespecífico. Investigação posterior evidenciou fígado sem alterações e baço com imagens nodulares hipodensas e hipocontrastantes, de natureza inespecífica, podendo corresponder a processo linfoproliferativo. Encaminhada à hematologia, que indicou esplenectomia, sob suspeita de linfoma.Esplenectomia e nova biópsia hepática com laudo histopatológico de TB hepato-esplênica, além de 6 linfonodos do hilo esplênico acometidos pela doença. Investigação pós-operatória sem acometimento de outros órgãos.A paciente foi encaminhada para infectologia, dando início ao tratamento para TB, com melhora dos sintomas.Discussão:A TB é a doença infecciosa que mais mata no mundo, superando mortes causadas por HIV e malária juntos. Dados da OMS apontam o Brasil como um dos 22 países que concentram 80% da carga mundial de TB, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos. Apesar de ser doença infecciosa crônica multissistêmica, ela afeta majoritariamente os pulmões (85%). O acometimento extrapulmonar, incomum, faz parte da doença disseminada, e associa-se à condições de imunodeficiência, como HIV, doença renal, diabetes e uso de drogas imunossupressoras.A TB hepato-esplênica isolada em paciente imunocompetente é ocorrência rara, que requer alto grau de suspeição. Achados clínicos e radiológicos inespecíficos podem simular lesões linfoproliferativas, metástases ou abscessos, gerando confusão e atraso diagnóstico. O desfecho frequentemente só se dá com resultado histopatológico após intervenção cirúrgica. Porém, diante da alta prevalência da TB no país, sua suspeição em casos como este sempre se faz necessária.

PALAVRAS-CHAVES: Tuberculose hepato-esplênica | Tuberculose extrapulmonar | Imunocompetente

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1924

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Apresentação não habitual de baço acessório

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE CARRON SACCO (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO), GIOVANNA RICCIOPPO DIEGUES (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO), RICARDO ALEXANDRE GARIB (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Apresentamos um caso incomum de baço acessório (BA) em pelve, relativamente grande em tamanho, em uma mulher jovem. Esse tecido ectópico congênito tem uma taxa de incidência que varia entre 10 a 30% dos pacientes encontrados em autópsias. O BA geralmente apresenta um tamanho de 1-2 cm de diâmetro. Neste caso apresentado, a ultrassonografia (USG) de abdome total, ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome total e pelve e as descobertas histopatológicas, sendo o caso de uma mulher apresentando dores em abdômen inferior esquerdo cujo diagnóstico foi de baço acessório localizado na pelve. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, branca, de 29 anos, visitou nossa clínica com queixa de dor abdominal em andar inferior, nos últimos 30 dias. A avaliação laboratorial era normal, incluindo CEA, CA125, CA19.9, valores de AFP. O USG mostrou uma massa sólida em região inferior esquerda de abdômen medindo 6,3x5,5x6,3cm (117g), com um largo cordão vascular. Em imagens da RNM abdômen total e pelve demonstraram um cisto renal, e uma massa sólida em pelve medindo 6,8x6,2x6,5 cm. Para comprovar o diagnóstico, optamos por cirurgia laparoscópica, com ressecção da massa pélvica. O estudo histopatológico confirmou o diagnóstico de BA, medindo 6,2x5,5x5,0cm. A paciente recebeu alta no segundo dia de pós-operatório, totalmente assintomática. Discussão: Um BA geralmente obtém sua vascularização a partir de um ramo da artéria esplênica. Ele é comumente localizado na parte superior do baço, ou seja, no hilo esplênico, ou em seus ligamentos, e um BA localizado em pelve é muito raro. É geralmente encontrado durante investigações radiológicas ou durante cirurgias abertas ou laparoscópicas realizadas por outras razões. Eles são geralmente assintomáticos e tem sido raramente reportados até o presente, e clinicamente como uma massa abdominal, está relacionada a complicações como torção, ruptura espontânea, hemorragia ou formação de cistos. A torção ou isquemia do baço acessório podem levar a um quadro de abdome agudo. O BA no presente caso está localizado na pelve, sendo uma raridade. Uma esplenectomia laparoscópica do BA é indicada para nos casos sintomáticos, sendo este um procedimento com menor tempo cirúrgico e menos traumático. O diagnóstico é feito através de estudo histopatológico. Conclusão: Mesmo que uma condição de massa pélvica como baço acessório seja muito raro e normalmente apresenta-se assintomático, ele deve ser considerado como diagnóstico diferencial de massa pélvica sintomática.

PALAVRAS-CHAVES: Baço acessório | Laparoscopia | Pelve

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1946

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ACELERAÇÃO DA RECUPERAÇÃO TOTAL PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA PARAÍBA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EVELINE DE ABRANTES SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), PATRÍCIA MAIA BARRETO MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), VANESSA MOREIRA SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), FELLIPE EDUARDO DE MEDEIROS NUNES (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), FELYPE ALVES DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), VALESKA MOREIRA SOUSA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS), CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MARCELO GONÇALVES SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)

RESUMO: OBJETIVO: avaliar os resultados parciais da implantação do protocolo de Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória (ACERTO) na clínica cirúrgica do HULW na abreviação do jejum pré-operatório e suas relações com a resposta endócrino-metabólica perioperatória. MÉTODO: estudo quantitativo, transversal, prospectivo e de natureza exploratória, com uma amostra de 33 pacientes submetidos a Colecistectomia Videolaparoscópica, no período de Outubro a Dezembro de 2016 no HULW, divididos em dois grupos: intervenção, submetidos as rotinas do protocolo ACERTO de abreviação do jejum pré-operatório; e controle, submetidos as rotinas do serviço. Foram analisados os níveis de glicemia e da Proteína C Reativa (PCR) no perioperatório. A base estatística R Core Team (2016) foi utilizada para a avaliação dos dados. RESULTADOS: Dos 33 participantes do estudo, 57,6% pacientes foram excluídos do trabalho, 42% com IMC>30. Os demais (42,4%) foram divididos no grupo intervenção (57,1%) e grupo controle (42,9%). Nos pacientes submetidos a abreviação do jejum pré-operatório não foi relatado caso de aspiração de conteúdo gástrico para árvore respiratória durante indução anestésica ou no pós-operatório. A média da glicemia pós-operatória no grupo intervenção foi 109,5mg/dl, a do grupo controle foi 134,2 mg/dl. Com relação à análise da resposta inflamatória perioperatória por meio da PCR, a média pós-operatória do grupo intervenção foi 4,3 mg/dl, sem variação significativa nos valores da PCR pré e pós-operatória. Já a média da PCR pós-operatória do grupo controle foi 10,7 mg/dl e todos os pacientes obtiveram valor da PCR pós-operatória maior que o valor pré-operatório. CONCLUSÕES: a abreviação do jejum pré-operatório, com a oferta de carboidrato via oral, é segura e capaz de diminuir a gliconeogênese e a resposta endócrino-metabólica perioperatória de forma significativa, observada pela redução dos valores da glicemia pós-operatória e da PCR, mesmo em amostras pequenas. BIBLIOGRAFIA: COSTA, H.C.B.A.L., et al. Resultados clínicos antes e após a implantação do protocolo ACERTO. Rev. Col. Bras. Cir. 2012;40(3):174-179.; NASCIMENTO, D.B.D., et al. Ingestão de glutamina e maltodextrina duas horas no pré-operatório imediato melhora a sensibilidade à insulina pós-operatória: estudo aleatório, duplo-cego e controlado. Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 39(6):449-455.

PALAVRAS-CHAVES: ACERTO | PRÉ-OPERATORIO | COLECISTECTOMIA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1957

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Fournier, experiência no serviço de urgência da região Amazônica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA (INSTITUTO VIGOR), VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), JOSÉ EDSON PUERARI BENEVIDES (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL), JOÃO ANTONIO VERONESE LEME (FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), THIAGO PATTA DA SILVA (INSTITUTO VIGOR)

RESUMO: IntroduçãoA gangrena de Fournier (GF) é uma infecção polimicrobiana, causada por bactérias. Possui altos índices de mortalidade, com em início agudo e evolução fulminante para sepse e falência múltipla dos órgãos e o esquema antibiótico de amplo espectro mais desbridamento extenso da lesão mostraram ser o tratamento mais eficiente. A GF é uma infecção polimicrobiana, causada por bactérias, destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo e fáscia superficial, caracterizando, uma fasciíte necrosante que acomete principalmente as regiões perineal, perianal e genital devido à má higienização desta região e/ou pela escassez de acesso a circulação de ar. Tem início agudo e evolução fulminante para sepse e falência múltipla dos órgãos. Pode ser idiopática, ou estar relacionada com fatores de risco como: trauma mecânico, procedimentos cirúrgicos, pacientes imunossuprimidos, infecções urinárias ou perianais, diabetes mellitus, entre outras. Relato de Caso Paciente J.D., masculino, morador de Rolim de Moura-RO, 37 anos, acamado de longa data por lesão medular em L1, pré-diabético e com escaras que evoluíram para fistulas. Deu entrada no pronto socorro com quadro de GF, apresentando alterações no hemograma com hemoglobina de 8,9g/dL, hematócrito 27,3%, e 17.300 leucócitos. O tratamento de escolha foi manejo cirúrgico com antibióticoterapia de amplo espectro. Após incisão paramediana à esquerda foi realizado a sigmoidostomia em alça, o desbridamento radical da lesão (extensa região de necrose em região isquiática bilateral/hemibolsa escrotal à direita até o ísquio direito) até o tecido sadio. Paciente evoluiu bem e 2 meses depois foi realizado reconstrução intestinal. ConclusãoA GF é caracterizada por uma endarterite obliterante, seguido de isquemia e trombose de vasos subcutâneos, causando necrose da pele e tecido celular subcutâneo adjacente, mesmo antes da evidência de eritema, crepitação e formação de bolhas, portanto, seu diagnóstico precoce associado ao tratamento agressivo é essencial para a redução da mortalidade desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Gangrena de Fournier | Fasciíte necrosante | Desbridamento

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1964

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CURSO DE IMERSÃO EM ANATOMIA CIRÚRGICA (CIAC) PARA INTERNOS E RESIDENTES DE CIRURGIA GERAL ? UMA PROPOSTA DE CONSOLIDAÇÃO DO CONHECIMENTO TEÓRICO NO APERFEIÇOAMENTO DA PRÁTICA CIRÚRGICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA OLIVEIRA BAGANO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA (EBMSP)), RINALDO ANTUNES BARROS (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA (EBMSP)), BRUNNO BARRETO BARROS (HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE (HGCA)), UBIRATAN LIRA DE SOUZA (HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE (HGCA)), FERNANDO DE ALENCAR CARVALHO (HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE (HGCA)), LEONARDO TSCHELAKOW BARRETO PEREIRA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA (EBMSP)), LUCAS ETTINGER MENDES (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA (EBMSP)), RODRIGO BRAGA PATO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAUDE PUBLICA (EBMSP))

RESUMO: INTRODUÇÃO: O domínio da anatomia é ferramenta imprescindível no desenvolvimento de técnica precisa pelo cirurgião. Todavia, devido à anatomia estar no ciclo básico em Medicina, muitos de seus conhecimentos são esquecidos associado à falta de tempo para revisá-los frente ao grande volume de conteúdos preparatórios das provas de residência. OBJETIVO: Descrever o CIAC como um modelo de consolidação da anatomia para internos e residentes de Cirurgia Geral, como base para entendimento e aperfeiçoamento de procedimentos e técnicas cirúrgicas. RELATO DE CASO: Em agosto de 2016, foi realizado no Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), em Feira de Santana, Bahia, o I CIAC, idealizado pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa em Anatomia (NEPA) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. O evento teve 3 dias de conferências, nos quais foram apresentados aos residentes de Cirurgia Geral do HGCA e internos do sexto ano da Universidade Estadual de Feira de Santana casos clínicos de trauma intermeados por aulas de anatomia e vídeo-aulas de procedimentos cirúrgicos. O primeiro dia foi marcado por uma simulação de atendimento inicial ao politraumatizado conduzido pelo docente especialista em trauma, na qual foram realizados questionamentos aos participantes. As perguntas serviram de fomento ao raciocínio, brainstorms de conhecimentos adquiridos e feedback corretivo ao final do curso. Nos dias subsequentes, ocorreram as conferências que foram divididas em 6 módulos ? Vias Aéreas I e II, Abordagem do Tronco I e II, Circulação/Exposição e Secreções/Excreções ? referentes aos sistemas respiratório, digestório, circulatório, osteomuscular e gêniturinário. Cada módulo fora iniciado com problematização de casos clínicos, seguida de aulas ministradas pelos monitores do NEPA que enfocavam os referenciais anatômicos para a realização de procedimentos de emergência e modalidades cirúrgicas, além de apresentação da técnica procedimental por vídeo-aulas. Ao término do período, ocorriam debates contextualizados ao caso clínico, com discussão dos conteúdos abordados, confrontando a teoria com a realidade da prática cirúrgica. CONCLUSÃO: O CIAC constitui uma metodologia eficaz para estimular que os participantes se debrucem sobre o conhecimento anatômico, sedimentando com propriedade as bases essenciais para o aperfeiçoamento e domínio de uma técnica de excelência. Não obstante, o curso promove uma educação médica continuada como elo de união entre a graduação e a pós-graduação lato sensu.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia |Anatomia Humana|Educação Médica

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1972

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRANSFORMAÇÃO NODULAR ANGIOMATÓIDE ESCLEROSANTE DO BAÇO (Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen - SANT)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: Nao informado

RESUMO: INTRODUÇÃO SANT é uma lesão vascular da polpa vermelha do baço, benigna, de patogênese a esclarecer. Foi descrita em 2004 por Matel M., em um estudo com 25 pacientes, como uma massa de nódulos vermelho-acastanhados, definidas como lesões vasculares, embutidas em um estroma fibroso denso. Na microscopia, apresentam numerosos glóbulos vermelhos e células inflamatórias dispersas com ausência de necrose. Essas lesões são consideradas raras e são achados, principalmente, incidentais em estudos radiológicos. APRESENTAÇÃO DO CASO Paciente masculino, 32 anos, divorciado, motorista. Hipertenso, relatou tonturas e cefaleia e, por essa razão, consultou. Foram solicitados exames, entre os quais a ecografia que mostrou baço de 16 cm e um nódulo isoecoico de 6,4cm. A tomografia que demonstrou aumento do volume esplênico (1.530 cm³, normal até 480 cm³), e dois nódulos: 7,5x6,7cm e 7,5x6cm. Nos exames laboratoriais: hemograma e plaquetas normais, as alterações de laboratoriais de rotina eram meramente aumento de triglicérides, AST, ALT, GGT. Tanto na ecografia quanto na tomografia percebeu-se esteatose. A hemossedimentação foi 55 (primeira hora) e 100 (segunda hora), HbsAg, anti-HCV, anti-HIV foram negativos. A ressonância magnética sugeriu diagnóstico de SANT, com lesões nos dois nódulos encontrados. Foi optado por uma cirurgia convencional por não se ter certeza de benignidade do processo e pelo aumento do volume esplênico ? característico da doença. Após laparotomia mediana, percebeu-se reação inflamatória peri-esplênica e baço bastante aumentado de volume. Foi realizada esplenectomia sem intercorrências. A recuperação pós-operatória transcorreu sem intercorrências. CONCLUSÃO reconhecimento desta nova patologia ? SANT - é de fundamental importância, visto que entre seus diagnósticos diferenciais estão a transformação nodular da polpa vermelha esplênica em resposta a carcinoma metastático, angioma de célula litoral, hemangioendotelioma, tumor miofibroblástico inflamatório e hamartoma esplênico, que têm tratamentos e prognósticos diversos. A SANT, entretanto, tem se mostrado como um processo benigno e a esplenectomia tem sido curativa em todos os casos relatados. No caso em questão, a esplenectomia foi curativa.

PALAVRAS-CHAVES: SANT | BAÇO | DIA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 1977

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LIPOMA GIGANTE DE DORSO, 15 ANOS DE EVOLUÇÃO E SUAS CONSEQUÊNCIAS SÓCIO-AFETIVAS: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CUNHA E SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES - H.M.F.S.T.), ANTONIO CARLOS RIBEIRO G. IGLESIAS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (HUGG) - UNIRIO), JOSÉ FRANCISCO F. LIMA SIMÃO DE SOUSA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (HUGG) - UNIRIO), KIYOSHI GOKE (HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES - H.M.F.S.T.), MARCUS VINICIUS M.VALADAO DA SILVA (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Os lipomas representam aproximadamente 16% dos tumores mesenquimais e consistem nas neoplasias mais comuns dos tecidos moles. Podem acometer quaisquer local do organismo^{1,2}. Apresentam incidência aproximada de 10% e prevalência de 2,1 por 1.000 indivíduos³. São classificados como subcutâneos ou subfasciais, podendo este ainda ser subdividido em intramusculares e intermusculares. Os intramusculares correspondem até 5% e os intermusculares de 0,3% a 1,9% de todos os lipomas³. Os lipomas gigantes são definidos por medir no mínimo dez centímetros em uma de suas dimensões ou pesar ao menos 1000 gramas¹.**RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 53 anos, branca, origem portuguesa, comerciante, católica, sem história prévia de outras neoplasias, apresentando lesão em dorso direito de crescimento progressivo que no último mês apresentou ulceração central. Procurou o serviço de Cirurgia Geral queixando-se de grande sensação de peso, além de distúrbios emocionais oriundos das questões estéticas que lhe restringiam uso de determinadas roupas e limitavam seu convívio social. Anteriormente, procurou demais serviços de saúde em busca de atendimento, porém sem êxito. Ao exame clínico, observou-se tumoração sólida, pediculada em região dorsal/torácica supra-escapular direita. Realizou-se Ultrassonografia que evidenciou presença de volumosa massa sólida e exofítica, com textura heterogênea, avascular ao Doppler, medindo 21,0 x 17,0 cm, localizada no tecido celular subcutâneo da região dorsal direita, correspondente a lipoma. Planos musculares íntegros. A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico para exérese da lesão. Sob anestesia geral e em decúbito ventral, realizou-se ressecção a partir de uma incisão em elipse. A síntese ocorreu por planos através de pontos com Vicryl 0, e em pele através de pontos de Donatti, com Nylon 4.0. Foi colocado dreno de penrose, o qual foi retirado no primeiro dia de pós-operatório. Alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório. Primeira revisão pós-operatória em 14 dias com retirada de pontos. A paciente evoluiu sem complicações ou intercorrências.**CONCLUSÃO** Através da análise da literatura existente sabe-se que a incidência de lipomas é muito frequente, porém os chamados gigantes são bem mais raros. O diagnóstico é essencialmente clínico, podendo ser utilizado exames de imagem para melhor estudo do caso². A total remoção cirúrgica sob visão direta ainda se mantém como principal tratamento empregado.

PALAVRAS-CHAVES: NEOPLASIAS BENIGNAS | LIPOMA GIGANTE | REMOÇÃO CIRÚRGICA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2027

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LIPOMATOSE RETROPERITONEAL ATÍPICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARTHUR LUIZ NORTE GOMES PEREIRA ARARUNA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ROBERTO MORENO MENDONÇA (INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE NATAL), MARCUS VINICIUS DE MAIA PASSOS (INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE NATAL), ÉLIO JOSÉ SILVEIRA DA SILVA BARRETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), MANUELA GOMES DE AGUIAR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), FLORA VIEIRA ALVES (UNIVERSIDADE POTIGUAR), LARAH REBECA DIÓGENES HOLANDA (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Sarcomas surgem de tecidos conjuntivos esqueléticos e extraesqueléticos. A maioria ocorrem nas extremidades, mas outros locais podem ser afetados, como o retroperitônio acometimento este incomum, constituindo 10-15 % de todos os sarcomas de partes moles. Em adultos, os tipos histológicos mais comuns de sarcomas retroperitoneais são lipossarcomas e leiomiossarcomas. ?Tumor lipomatoso atípico? e ?lipossarcoma bem diferenciado? são utilizados para descrever a mesma entidade. RELATO: MCSJ, 49 anos, sexo masculino, dislipidêmico, queixava-se de dor lombar há 3 anos, de fraca intensidade, associada e aumento do volume abdominal e discreto ganho de peso. Ultrassonografia de abdome evidenciou volumosa imagem ecogênica, sólida, de limites mal definidos, medindo 18,8 x 6,9 x 19,0 cm, anterior a aorta abdominal, ocupando o mesogastro e flanco esquerdo. Realizou tomografia computadorizada e ressonância magnética de abdome que revelaram imagem lipomatosa com pequena calcificação de permeio, de difícil mensuração, envolvendo praticamente todo abdome, notadamente no hipocôndrio/flanco esquerdo, com compressão das estruturas do abdome, principalmente das alças intestinais, desviadas para a direita. A hipótese diagnóstica radiológica foi de lipomatose peritoneal ou lesão tipo lipoma. Paciente foi submetido a laparotomia, sendo ressecada a massa tumoral, medindo 23 x 33 cm. O diagnóstico histopatológico foi de lipossarcoma bem diferenciado, padrão lipoma-like (tumor lipomatoso atípico). CONCLUSÃO: O diagnóstico diferencial para lesões lipomatosas no retroperitônio e pelve deve incluir lipomatose, lipoma, lipossarcoma, lipoblastomatose, hibernoma, teratoma e mielolipoma. Lipossarcoma é um tumor maligno de origem mesenquimal e o tipo mais comum de malignidade retroperitoneal primária. Existem tipos histologicamente diferentes de lipossarcoma e no mesmo tumor pode haver uma mistura de diferentes subtipos histológicos. Dependendo da sua histologia, podem ter diferentes proporções de células malignas e tecido conectivo, o que torna variável sua aparência aos exames de imagem. Os bem diferenciados contêm uma quantidade apreciável de gordura e na TC e RMN eles se assemelham a lipomas, o que pode dificultar o diagnóstico. Lipossarcomas de alto grau podem não demonstrar quantidade apreciável de gordura e se assemelham a outros sarcomas. Massas gordurosas que permanecem estáveis por longo tempo sugerem doença benigna.

PALAVRAS-CHAVES: Lipossarcoma | Lipomatose | Lipoma

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2064

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abscesso esplênico espontâneo: um relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), KAROL SOTELO CORTES (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), LIZANDRA OLIVEIRA ROSADO (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), LUDMILA CASTRO ALVES TEIXEIRA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), YASSER MOURA HAMIDAH (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), DEBORA GOMES VIEIRA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), VITOR VARJAO CHIANG (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), DANIELLA SILVA MENA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O abscesso esplênico é um processo supurativo que envolve o parênquima esplênico ou o espaço subcapsular, apresenta inespecificidade de achados clínicos, resultando em altas taxas de mortalidade. É uma doença rara, ainda com poucos casos publicados na literatura. Na maioria dos pacientes podem ser identificados fatores de risco como imunossupressão, trauma, infecção metastática e uso de drogas injetáveis. Quando o abscesso esplênico desenvolve-se na ausência de fatores de risco, o caso torna-se ainda mais raro e escasso em informações científicas. Tradicionalmente, o tratamento de escolha é a esplenectomia. Entretanto, a drenagem percutânea pode ser uma alternativa útil em casos selecionados, já que evita disfunções imunológicas e está relacionada a menor morbidade. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de abscesso esplênico em que não foram identificadas condições predisponentes que pudessem justificá-lo. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 57 anos, com quadro clínico de dor abdominal em hipocôndrio e flanco esquerdo associada a dor torácica ventilatório-dependente e dispneia, com evolução de 5 dias e febre não aferida com início há 1 dia. Previamente hígido, sem história de traumas, infecções recentes, doenças crônicas ou uso de medicações. Ao exame encontrava-se em regular estado geral, afebril, taquipneico. O abdome era globoso, flácido, doloroso à palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Realizada tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou coleção com gás de permeio, localizada no terço superior do baço, associada a áreas hipoatenuantes de permeio no parênquima esplênico e densificação dos planos adiposos. AngioTC de tórax mostrando consolidações/atelectasias com broncogramas aéreos na língula e no lobo inferior esquerdo, e pequeno derrame pleural bilateral com atelectasia passiva do parênquima. Diagnosticado abscesso esplênico e pneumomia secundária, sendo conduzidos com esplenectomia, antibioticoterapia e vacinação para *Neisseria meningitidis* e *Streptococcus pneumoniae*. **CONCLUSÃO:** O abscesso esplênico é condição rara e ameaçadora à vida. Deve ser suspeitado em pacientes febris com dor em abdome superior esquerdo, na presença ou não de fatores de risco, já que pode ocorrer em pacientes imunocompetentes e sem outra fonte de infecção.

PALAVRAS-CHAVES: Abscesso esplênico | Esplenectomia | Dor abdominal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2071

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAQUEOSTOMIA: VANTAGENS EM RELAÇÃO À INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JADER TAVARES DE MENDONÇA FILHO (FAMENE), ANDRÉ LUIZ SANTOS DE MORAES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MATHEUS OLIVEIRA FERREIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), RURICK CHUMACERO VANDERLEI (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOÃO FELIPE DA LUZ NETO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GUSTAVO JOSÉ CARVALHO DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ISABELLE MARIA DE OLIVEIRA GOMES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LORENNIA DE SOUSA FONTENELE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Objetivo: Expor as vantagens da traqueostomia em relação a intubação orotraqueal. Métodos: Trabalho de abordagem qualitativa, do tipo documental e aspecto descritivo, baseado na análise de artigos obtidos através da base de dados virtuais Scielo, a respeito das vantagens da traqueostomia sobre a intubação orotraqueal em pacientes críticos. Resultados e Discussão: A intubação orotraqueal (IOT) deve ser indicada quando o paciente não tiver necessitando de um suporte de ventilação por um longo período de tempo. Entre as principais vantagens que a traqueostomia possui em relação a IOT, estão: a comodidade para o paciente, a facilidade para a remoção de secreções da árvore brônquica, a maior duração no paciente, maior segurança em possível aspiração ou engasgo e a facilidade quando for necessário a retirada dos aparelhos que garantem a respiração mecânica. Nos casos de emergência, como em edemas de glote, ela pode salvar vidas se feita corretamente e no momento certo. Pode ser usada por um período de tempo indefinido, podendo apresentar complicações imediatas como sangramentos, pneumotórax, além de riscos precoces e tardios. Conclusão: Mesmo que seja a escolha de segurança em casos de intubação prolongada e de outros riscos trazidos pela intubação orotraqueal, a traqueostomia, ainda que relacionada a sua morbidade, garante possibilidades de qualidade de vida para o paciente, principalmente se o tratamento for realizado com o elo entre o cuidado médico e o apoio familiar. Bibliografia: SILVA, Thiago Barbosa da. Traqueostomia em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais públicos do Distrito Federal: prevalência, indicações, tempo para realização do procedimento e técnica. 2014.; CORREIA, Isabel Araújo Marques et al. Impact of early elective tracheotomy in critically ill patients. Brazilian journal of otorhinolaryngology, v. 80, n. 5, p. 428-434, 2014.; IBRAHIM, Soraia Genebra et al. Use of a noninvasive ventilation device following tracheotomy: an alternative to facilitate ICU discharge?. Revista Brasileira de terapia intensiva, v. 24, n. 2, p. 167-172, 2012; ALCALDE, Luís Fernando Azambuja et al. Intubação submento-orotraqueal-Estudo retrospectivo de 02 anos. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, v. 15, n. 4, p. 25-30, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Vantagens|Traqueostomia|Ventilação

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2072

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fibroma recidivado em região dorsal: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), RAISSA NASCIMENTO HAMAOKA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), WESLEY SILVERIO PIMENTA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), RODRIGO KOUZAK MAYER (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), VINICIUS ALVES FONSECA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), DANIELLA SILVA MENA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF)

RESUMO: Introdução: Fibroma é um tumor do tecido conjuntivo benigno, resultante de hiperplasia fibrosa devido trauma ou reação inflamatória. Clinicamente caracteriza-se por ser uma lesão elevada, de coloração normal, com superfície lisa, base sésil ou pediculada, podendo apresentar superfície ulcerada. Histologicamente apresenta número variável de fibroblastos entremeados por fibras colágenas e pequenos vasos sanguíneos. O tratamento consiste na remoção cirúrgica, sendo raras as recidivas. Neste trabalho relatamos um caso confirmado pelo anatomopatológico de fibroma recidivado em dorso. Relato de caso: Paciente sexo masculino, 54 anos, com tumoração extensa em dorso. Relato que há 21 anos retirou cirurgicamente massa de aproximadamente 8.700 gramas, revelando tratar-se de pólipso fibroso cutâneo e, segundo anatomopatológico fibroma mole. Refere que no mesmo local, a tumoração voltou a crescer. Ao exame físico, grande nódulo palpável em dorso, consistência fibroelástica amolecida, medindo aproximadamente 20cm, associado a ardência no local. Nega febre, dispneia ou outros sinais de infecção ativa. A lesão foi submetida a exérese cirúrgica, através de incisão transversa em dorso no local do nódulo, evidenciado grande tumoração de tecido predominantemente gorduroso, infiltrando musculatura local. Feito dissecação da tumoração com retirada de parte da musculatura local acometida, com moderado sangramento. Procedido retirada de fuso de pele local acometida, colocado dreno hemo-vac 4.8 em loja da tumoração e por fim fechamento primário da pele. No pós operatório tardio a ferida operatória apresentava grande quantidade de fibrina e saída de secreção hialina, sem odor característico, com pequenas áreas de necrose no centro, além de leucócitos de 15000. A conduta adotada foi antibioticoterapia com ciprofloxacino associado a clindamicina e desbridamento de áreas de necrose. O laudo anatomopatológico descreveu fibroma de quatro segmentos irregulares, o maior medindo 18,0cm x 12,0cm x 8,0cm, com fuso de pele na superfície medindo 17,0cm x 3,5cm; espécime evidenciando células adiposas maduras, entremeadas por traves fibroconjuntivas, favorecendo o quadro de fibroma intramuscular; sem áreas de necrose, linfoblastos ou aumento da celularidade. Sem outras intercorrências. Conclusão: Fibroma pode ser encontrado em qualquer área da superfície corpórea e mucosa oral, e cujo tratamento padrão é a excisão com margens livres, ainda que ocorra recidiva o tratamento continua o mesmo.

PALAVRAS-CHAVES: Fibroma | Fibroma recidivado | Tumor benigno

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2075

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RESSECÇÃO DE LIPOSSARCOMA RETROPERITONEAL COM RECONSTRUÇÃO URETERAL ESQUERDA COM APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE JULIO FARIAS DE ARRUDA (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), VICTOR MELO DINIZ (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), CAMILA MARIA NASCIMENTO FIRME (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), ADNEA CANDIDO GALDINO SIQUEIRA (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), RENATA CORDEIRO DE ARAUJO (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), GUILHERME DA CONTI OLIVEIRA SOUSA (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO)

RESUMO: INTRUDUÇÃO:Tumores retroperitoneais são raros, representando cerca de 12 a 15% de todos os tipos de sarcomas de partes moles (SPM). Frequentemente é assintomático ou diagnosticado em exames de imagens de rotina, sendo um achado incidental. Outras vezes pode apresentar sintomas inespecíficos como dor ou desconforto abdominal, lombalgia ou quadro de obstrução intestinal. A cirurgia para ressecção do tumor continua a ser o pilar do tratamento para os SPM. Na maioria dos casos, uma ou mais estruturas precisam ser ressecadas juntamente com o tumor para obter a ressecção completa.RELATO DE CASO:Paciente sexo feminino, 52 anos, procurou o SPA (Serviço de Pronto Atendimento) com história de alteração do hábito intestinal, sendo internada em janeiro/2016 com história de semi-obstrução há 15 dias, e surgimento de uma massa palpável e endurecida em abdome inferior e pelve. Realizou TC de abdome, que evidenciou lesão sugestiva de teratoma/dermóide ovariano ou lesão blastomatosa retroperitoneal de linhagem lipomatosa. Abordada pela ginecologia em abril/2016, que diante de achado de tumoração peritoneal, encaminhou a paciente para a cirurgia geral. Realizada LE + ressecção de massa retroperitoneal de aproximadamente 1,4kg no dia 03/05/16. Acompanhada com oncologia que solicitou exames de controle, evidenciando nova lesão em flanco E, considerando nova abordagem. Paciente reabordada em 04/10/16, sendo ressecada nova lesão de característica semelhante a anterior, sendo realizado reconstrução ureteral com apêndice cecal após ressecção de seguimento de ureter comprometido pelo tumor (implante de cateter duplo J).DISCUSSÃO:Devido as anatomias complexas e grandes volumes dos SPM, a completa ressecção com margens microscópicas negativas (R0) dificilmente é atingida, sendo a recorrência local comum. Estudos analisam o impacto da associação de quimioterapia e radioterapia ao tratamento cirúrgico. No entanto, ainda não é assegurada a eficácia de tais métodos necessitando, portanto, de mais evidências clínicas e estudos para associação de terapias. O fator limitante durante a abordagem cirúrgica é dificuldade de acesso a região retroperitoneal. As estruturas retroperitoneais, dentre elas o sistema urinário, quando lesadas ou seccionadas na cirurgia trazem mais comorbidades ao doente. A reconstrução ureteral com segmentos de íleo e apêndice cecal, pode ser confeccionada e tem bons resultados.

PALAVRAS-CHAVES: LIPOSSARCOMA|RECONSTRUCAO URETERAL|TUMORES RETROPERITONEAIS

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2085

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lipoma gigante em região de dorso - Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), RAISSA NASCIMENTO HAMAOKA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), WESLEY SILVERIO PIMENTA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), RODRIGO KOUZAK MAYER (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), GABRIEL BROM ANDRADE (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), DIMITRI CARVALHO HOMAR (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), DANIELLA SILVA MENA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF)

RESUMO: Introdução: Lipomas gigantes são neoplasias benignas do tecido adiposo, geralmente produzem deformidades estéticas e compressão tecidual de estruturas adjacente. A incidência é maior em mulheres, localizam-se preferencialmente na região do tronco, membros superiores e região cervical. Costumam ser indolores, assintomáticos, crescimento lento e progressivo. O crescimento do lipoma é incomum, pois seu tamanho costuma limitar-se a 2cm de diâmetro, não ultrapassando uma área de 10cm². No presente trabalho é relatado um caso de lipoma gigante localizado na região de dorso torácico, enfatizando sua evolução e a conduta diante do caso. Relato de caso: Mulher de 48 anos, refere aparecimento há cerca de doze anos de nódulo em região dorsal mediana, com crescimento progressivo, lento, indolor, sem prurido e sinais flogísticos. Nega doenças prévias, câncer na família, cirurgias anteriores, tabagismo, alergias ou uso de medicamentos. Ao exame físico grande massa em região dorsal, medindo aproximadamente 20 cm, de consistência fibroelástica. Exames laboratoriais normais. A tomografia computadorizada de tórax demonstrou grande lipoma dorsal medindo cerca de 20,8cm (cranio-caudal) x 9,2cm (antero-posterior) e 23,1 cm (látero-lateral), sem anomalias em seu interior, sem septações grosseiras em seu interior, nem tampouco impregnações anômalas por meio do contraste venoso e mantendo planos de clivagem com todas as estruturas adjacentes. Paciente foi encaminhada para cirurgia, sendo realizado incisão elíptica vertical no centro da lesão em dorso, com dissecação por planos, isolando tecido adiposo da aponeurose profunda e por fim a retirada completa da tumoração de tecido adiposo com fuso de pele. O excesso de pele decorrente da "expansão tumoral" foi ressecado, e a incisão foi fechada sem tensão, nos planos subdérmico e intradérmico. A paciente não apresentou complicações durante e após o procedimento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório. Foi observada melhora estética e funcional importante trinta dias após o procedimento cirúrgico. Conclusão: O diagnóstico e tratamento cirúrgico adequados desses tumores restituem ao paciente melhora estética e funcional.

PALAVRAS-CHAVES: Lipoma | Lipoma gigante | Tumor benigno

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2091

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Eritrocitose associada a leiomioma gigante de ligamento largo: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS AUGUSTO PINTOR DE ARRUDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), RAMIRO COLLEONI NETO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), GUSTAVO R. A. FOCCHI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), DIEGO ADAO FANTI SILVA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), DAVID CARLOS SHINGUEOKA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), GASPAR DE JESUS LOPES FILHO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), WAGNER JOSÉ GONÇALVES (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), MILTON SCALABRINI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Em 1953 Thomson e Marson descreveram a Síndrome Eritrocitária Miomatosa, uma associação entre: eritrocitose, mioma uterino e a restauração dos níveis normais hematológicos pós-histerectomia. A síndrome é considerada bastante rara ? pouco mais de 50 casos relatados desde sua descrição ? levando a baixos investimentos em seu esclarecimento e a um desconhecimento de sua existência mesmo entre especialistas. Ressalta-se que a eritrocitose é uma desordem hematológica cuja principal complicação é o aumento do risco de eventos trombogênicos, cujas causas podem ser primárias ou secundárias, podendo essas serem causadas por uma produção autônoma de eritropoietina. A hipótese, nesse caso, se fortaleceu após estudos mostrarem a presença da eritropoietina e seu receptor no citoplasma das células de mioma gigantes uterinos. Leiomiomas do ligamento largo foram pouquíssimos relatados na vigência dessa síndrome, sendo esse caso mais uma importante contribuição. RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, branca, 42 anos, solteira, 1G-1P-0A, encaminhada com lombalgia há 3 meses e irradiação para abdome inferior tipo cólica associado a aumento de volume abdominal e amenorreia. Ao exame físico verificou-se massa volumosa em hipogástrio, endurecida e dolorosa. TC de abdome revelou uma massa heterogênea sólido-cística na fossa ilíaca direita originada na região pélvica, deslocando o útero posteriormente e lateralmente, medindo 26x25x16 cm e com volume estimado em 5076 ml. Os exames pré-operatórios apresentavam como única anormalidade uma policitemia detectada há um mês com pico de Hb 20,2 e Ht 60,0. Realizou-se sangria pré-operatória até atingir resultados de normalidade. Foi submetida à laparotomia que identificou volumoso tumor na topografia do ligamento largo à direita. Foi realizada a ressecção completa da massa com histerectomia total e ooforectomia à direita. Realizados exames pós-operatórios verificou-se queda nos níveis de hemoglobina da paciente e reestabelecimento dos níveis de normalidade, recebendo alta no 7o PO. O exame anatomopatológico da peça operatória diagnosticou, baseado nos achados morfológicos e no exame imunohistoquímico, leiomioma de dimensões volumosas (22 cm) com focos de celularidade aumentada. CONCLUSÃO: O caso atende aos três critérios diagnósticos da Síndrome Eritrocitária Miomatosa, destacando-se a raridade da sua associação com leiomioma do ligamento largo.

PALAVRAS-CHAVES: Massa Pélvica | Eritrocitose | Leiomioma

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2093

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS FATORES RELACIONADOS À SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS EM UM HOSPITAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), FELIPE PEÇANHA VENTO (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), ANA JULIA DE JESUS CANDEA (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), NAYARA FALCÃO RODRIGUES (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), DANILO DE ANDRADE LIMA (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), YURI NÓBREGA ROCHA (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), MANOEL AIRTON LAVOR FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Determinar a taxa de suspensão de cirurgias eletivas em um hospital de média complexidade, definindo os fatores específicos relacionados a tal evento. Método: Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e de caráter descritivo desenvolvido em um hospital secundário da rede pública de saúde. Foram incluídos 5662 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos, programados no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Resultados: Na ocasião, foram agendadas 7391 cirurgias, sendo 1729 urgências (23,39%) e 5662 cirurgias eletivas (76,61%). Do total de cirurgias eletivas, foram suspensas 780, resultando em uma taxa de suspensão global de 13,78%. As principais causas de suspensão estavam relacionadas ao paciente (42,82%), tais como condição clínicas desfavoráveis (22,30%) e preparo pré-operatório inadequado (16,53%); e à alocação de recursos humanos (38,59%), destacando o tempo cirúrgico excedido (22,44%) e a prioridade para cirurgias de urgência (11,67%). Conclusão: Infere-se deste estudo que há uma frequência equivalente de fatores evitáveis e não evitáveis no que se relaciona às causas de suspensão cirúrgica no serviço analisado. Todavia, medidas gerenciais de impacto sobre os fatores preventivos de suspensão são necessárias a fim de diminuir essa taxa de perdas.

PALAVRAS-CHAVES: Centros Cirúrgicos Hospitalares|Procedimentos Cirúrgicos Eletivos|Cirurgia/Organização & Administração

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2094

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS FATORES RELACIONADOS À SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS EM UM HOSPITAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), FELIPE PEÇANHA VENTO (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), ANA JULIA DE JESUS CANDEA (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), NAYARA FALCÃO RODRIGUES (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), DANILO DE ANDRADE LIMA (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), YURI NÓBREGA ROCHA (HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA), MANOEL AIRTON LAVOR FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Determinar a taxa de suspensão de cirurgias eletivas em um hospital de média complexidade, definindo os fatores específicos relacionados a tal evento. Método: Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e de caráter descritivo desenvolvido em um hospital secundário da rede pública de saúde. Foram incluídos 5662 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos, programados no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Resultados: Na ocasião, foram agendadas 7391 cirurgias, sendo 1729 urgências (23,39%) e 5662 cirurgias eletivas (76,61%). Do total de cirurgias eletivas, foram suspensas 780, resultando em uma taxa de suspensão global de 13,78%. As principais causas de suspensão estavam relacionadas ao paciente (42,82%), tais como condição clínicas desfavoráveis (22,30%) e preparo pré-operatório inadequado (16,53%); e à alocação de recursos humanos (38,59%), destacando o tempo cirúrgico excedido (22,44%) e a prioridade para cirurgias de urgência (11,67%). Conclusão: Infere-se deste estudo que há uma frequência equivalente de fatores evitáveis e não evitáveis no que se relaciona às causas de suspensão cirúrgica no serviço analisado. Todavia, medidas gerenciais de impacto sobre os fatores preventivos de suspensão são necessárias a fim de diminuir essa taxa de perdas.

PALAVRAS-CHAVES: Centros Cirúrgicos Hospitalares|Procedimentos Cirúrgicos Eletivos|Cirurgia/Organização & Administração

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2104

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Infarto omental extenso, tratamento conservador?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARTHUR KONISHI ALVES (ACADÊMICO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), KARINHELA TATIEGENE JUNGES AMARAL (PRECEPTORA DA CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA), LUIZA BRUM BORGES (RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), CAROLINE FERREIRA ARAUJO (RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA), THAIS VICENTINE XAVIER (ACADÊMICA DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), FERNANDO PACHECO DOS SANTOS FERREIRA DA SILVA (ACADÊMICO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS)

RESUMO: Introdução: O infarto omental é uma causa pouco usual de abdômen agudo, com predomínio do sexo masculino 3:2. Se apresenta com dor abdominal aguda no lado direito, febre baixa, e ausência de outros sintomas gastrointestinais, isso leva, muitas vezes, a um diagnóstico intraoperatório. O diagnóstico diferencial deve ser feito com apendicite, diverticulite, apendagite e colecistite. A maior disponibilidade e uso de exames de imagem no cenário de abdômen agudo podem evitar a laparotomia. A ultrassonografia(US) abdominal tem baixa sensibilidade, a tomografia computadorizada(TC) é o padrão-ouro para o diagnóstico mostrando massa heterogênea e hiperatenuante. Essa patologia tem um curso auto-limitado; conseqüentemente o tratamento conservador, com hidratação apropriada, antibiótico intravenoso e anti-inflamatórios, é o recomendado. Ocorre uma gradual resolução da lesão, com sucesso em 78% dos casos, possivelmente as custas de maior tempo de internação e maior uso de analgesia com opióides, se comparado a ressecção laparoscópica precoce. A intervenção cirúrgica é necessária quando se tem achados radiológicos inconclusivos ou há deterioração das condições clínicas. Relato do caso: C.E.R.M., masculino, 27 anos, sem patologias prévias. Procurou o Pronto Socorro por dor em hipocôndrio direito há 5 dias com piora progressiva. Relatou aumento da dor após as refeições, negou febre, náuseas, vômitos ou alterações intestinais. Ao exame físico apresentava-se com dor a palpação em hipocôndrio direito, sem quaisquer outros achados. Na admissão, o único exame laboratorial alterado foi PCR, a primeira hipótese foi de colecistite. Para confirmação e diagnóstico diferencial foi solicitada TC de abdômen, que demonstrou amplo infarto do grande omento. Optou-se por tentar o tratamento conservador, com hidratação, analgésico, antiinflamatório e antibioticoterapia com Ciprofloxacino e Metronidazol. O paciente apresentou pronta resposta ao tratamento apesar da grande quantidade de omento envolvido, recebendo alta no 3º dia, após melhora da dor abdominal e normalização da PCR. Seguiu acompanhamento ambulatorial e, 6 meses depois permanece assintomático. Conclusão: O tratamento conservador comprovou ser eficaz e seguro, desde que haja um diagnóstico radiológico preciso, evitando-se uma intervenção cirúrgica desnecessária na maioria desses paciente. Também apresentou um curto tempo de internação, sem os gastos de uma cirurgia, se equiparando aos resultados de uma intervenção precoce.

PALAVRAS-CHAVES: Infarto Omental|Tratamento Conservador|Abdômen Agudo

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2105

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DE CÉLULAS DA GRANULOSA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARTUR SERRA NETO (HUUFMA), ADRIANA CARNEIRO CORRÊA NASCIMENTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), MICHELLY SAMPAIO BONATES DURANS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), ROCLIDES CASTRO DE LIMA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), MARIA SILVANE DE FÁTIMA VIANA RANGEL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), ENIO HENRIQUE CAVALCANTE ALMEIDA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO)

RESUMO: Introdução: Tumores de células da granulosa são tumores malignos raros que se originam das células do estroma do cordão sexual, são incomuns, representando apenas 2% a 8% de todos os tumores malignos ovarianos e compreendendo 70% dos tumores estromais. Há duas formas distintas, adulto e juvenil, sendo a primeira mais comum. Geralmente acomete a idade reprodutiva e pós-menopausa. A sintomatologia engloba sangramento uterino anormal e desconforto abdominal associado a massa pélvica. O tratamento padrão-ouro é cirúrgico com ou sem quimioterapia adjuvante, a depender do estadiamento. Considera-se taxa de recorrência alta a longo prazo. Relato de caso: M.P.C., 63a, F, negra, lavradora. Queixa de dor e abaulamento em região inguinal direita há aproximadamente 2 anos, de caráter intermitente, progressivo, com piora aos esforços. Nega sintomas consuptivos. Hipertensa. Cesariana há 30 anos. Histerectomia vaginal há 18 anos. Colpoperineoplastia há 8 meses. Antecedente familiar de câncer ovariano (irmã). Exame físico abdominal evidenciou massa pélvica palpável, imóvel e indolor. Região inguinal com hérnia inguinal direita redutível e dolorosa à palpação. Deu entrada no serviço de cirurgia do HUUFMA no mês de janeiro de 2017. Tomografia de abdome total evidenciou volumosa formação expansiva sólida em topografia pélvica, heterogênea, com áreas de degeneração cística, margens bem definidas, contornos lobulados, medindo 11x13,5x13,4 cm, com nítido plano de clivagem. Em seguida, exames de rastreamento com tomografia de tórax, colonoscopia e CA 125 negativos. Foi realizado laparotomia exploradora no dia 13/01/2017 com ressecção tumoral e pesquisa de linfonodo íliaco-obturatório. Procedimento sem intercorrências. Resultado de histopatológico compatível com tumor de células da granulosa tipo adulto sólido e difuso, medindo 18x14x10 cm e pesando 1311 gramas. Alta hospitalar no quinto dia pós-operatório. Conclusão: Os tumores de células da granulosa são neoplasias estromais raras caracterizadas por longa história natural da doença, comumente sem sintomatologia expressiva, diagnóstico tardio e tendência a recorrência após tratamento inicial. O diagnóstico é confirmado por exame histopatológico e o tratamento de escolha é cirúrgico. Após estadiamento, define-se a necessidade de quimioterapia adjuvante, sendo primordial manter vigilância seriada para detecção de recorrência tumoral. Portanto, é um tumor incomum e indolente.

PALAVRAS-CHAVES: tumor|ovary|granulosa cell

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2132

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES CIRÚRGICOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JADER TAVARES DE MENDONÇA FILHO (FAMENE), ANDRÉ LUIZ SANTOS DE MORAES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MATHEUS OLIVEIRA FERREIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), RURICK CHUMACERO VANDERLEI (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MARIA CLARA PIRES D'OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), RAVENA ALVES MARTINS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), SÉPHORA VERÔNICA ALVES SÁTIRO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), CARLA SUNALLY MACÊDO ALVES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Objetivo: Afirmar a importância da identificação dos fatores de risco para desenvolvimento de Tromboembolismo venoso (TEV) em pacientes operatórios. Métodos: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo documental e aspecto descritivo, baseada no estudo de artigos datados de 2013 a 2015 obtidos através de literatura em saúde impressa. Resultados e Discussão: O tromboembolismo venoso, especificamente a trombose venosa profunda e a embolia pulmonar, é uma importante causa de morbimortalidade para pacientes submetidos a processos operatórios, sobretudo cirurgias abdominais e cirurgias ortopédicas de grande porte. Nesse sentido, as diretrizes do American College of Chest Physicians (ACCP) recomendam que cada hospital ponha em prática estratégias para identificar o risco de TEV em pacientes clínicos e cirúrgicos a fim de evitar a morbidade e a mortalidade causadas por essa importante condição clínica. Alguns dos fatores de risco relacionados ao TEV são: idade avançada; imobilidade ou mobilidade reduzida; história prévia pessoal ou familiar de trombose venosa profunda; obesidade; traumatismos graves; e grandes cirurgias abdominais e ortopédicas, especialmente as reparadoras de fraturas de quadril, fêmur e joelho. Além disso, os cirurgiões devem estar atentos aos pacientes que estão sob anticoagulação profilática, por exemplo através do uso de Enoxaparina, uma vez que não é comum que esses desenvolvam sangramento significativo. Conclusão: O TEV é uma complicação importante relacionada a procedimentos cirúrgicos, sendo necessário uma maior atenção por parte dos profissionais médicos à identificação dos fatores de risco para desenvolvimento dessa condição, além da adoção correta de tromboprolifaxia farmacológica com anticoagulantes, para garantia de uma maior sobrevida a esses pacientes. Bibliografia: OKUHARA, Alberto et al . Incidência de trombose venosa profunda e qualidade da profilaxia para tromboembolismo venoso. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 02-06, 2014. AKPINAR, Evrim Eylem et al. A tromboprolifaxia evita o tromboembolismo venoso após cirurgia ortopédica de grande porte?. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 39, n. 3, p. 280-286, 2013. FIGUEIREDO, Sérgio et al. Artroplastia total do joelho Tempo total de internamento, complicações e reinternamentos a 30 dias. Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, v. 21, n. 2, p. 191-199, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Tromboembolismo|Cirurgia|Profilaxia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2134

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IMPACTO DA TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS EM CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO EM UM HOSPITAL UNIVERSITARIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARTUR SERRA NETO (HUUFMA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), TÁRCIA HELINY NOJOZA MENDONÇA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), KARLA MILLANA CARDOSO RODRIGUES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), MICHELLY SAMPAIO BONATES DURANS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), ADRIANA CARNEIRO CORRÊA NASCIMENTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), MARIA SILVANE DE FÁTIMA VIANA RANGEL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO)

RESUMO: Introdução: Cerca de 20 a 40% dos pacientes hospitalizados são diagnosticados com algum grau de anemia. Durante muito tempo, a decisão de transfundir ou não durante o período perioperatório foi fundamentada principalmente na hematimetria. As evidências atuais mostram um consumo excessivo de sangue alogênico, diminuição das doações e bancos de sangue com estoques reduzidos. Objetivo: Determinar a taxa de transfusão de concentrado de hemácias, o tempo de internação hospitalar, taxa de mortalidade e número de unidades de concentrado de hemácias transfundidas em pacientes submetidos a cirurgias do aparelho digestivo no Hospital Universitário Presidente Dutra. Métodos: Estudo quantitativo, retrospectivo, realizado com dados secundários investigados de prontuários de pacientes submetidos a cirurgias do aparelho digestivo no Hospital Universitário Presidente Dutra, com 18 anos de idade ou mais, no período de janeiro de 2015 a julho de 2016. Para análise estatística, utilizou-se o programa Minitab versão 14. Resultados: Dos 34 pacientes analisados, 13 receberam transfusão de concentrado de hemácias, representando um total de 38,24%. Um total de 66 unidades de concentrado de hemácias foi utilizado, cuja média foi de 1,94, com desvio padrão de 5,10. A taxa de mortalidade da amostra coletada foi de 11,76%. Considerando o grupo que recebeu transfusão de concentrados de hemácias, a taxa de mortalidade foi de 30,77%. Analisando o tempo de internação hospitalar, observa-se que os pacientes que não receberam transfusão de concentrados de hemácias ficaram hospitalizados por menos tempo em relação ao grupo dos pacientes que receberam transfusão de concentrado de hemácias. Conclusão: Observou-se maior tempo de internação hospitalar do grupo de pacientes que recebeu transfusão de concentrados de hemácias em relação ao grupo dos pacientes que não recebeu transfusão de concentrado de hemácias.

PALAVRAS-CHAVES: tranfusão de hemácias | aparelho digestivo | cirurgia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2136

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise Sobre a Profilaxia da Doença de Raiva Humana Em Um Hospital da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RHANIÉLLEN SILVA FERREIRA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), KARLA DE SOUSA CORREIA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), BRUNO MOREIRA OTTANI (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), BRUNO MARQUES CHAVES (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), OSVALDO DE ALCÂNTARA BRAGA AIDAR (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA)

RESUMO: A raiva é uma zoonose infecciosa viral, transmitida pela inoculação do agente infeccioso presente na saliva/secreções de mamíferos infectados. Considerando o atual cenário da saúde pública do Brasil e sendo essa uma prevenção de financiamento público, o presente estudo objetiva analisar atendimentos prestados no Hospital Regional de Taguatinga(HRT)/DF no período de janeiro/2014 a dezembro/2015. Trata-se de estudo do tipo transversal retrospectivo descritivo analítico, sem intuito de testar hipóteses. Foram analisados os dados notificados ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação pela Vigilância Epidemiológica do HRT no período informado, referente aos casos que realizaram primeiro atendimento no HRT. Foram excluídos casos notificados pela unidade, mas que o atendimento foi executado noutro estabelecimento de saúde. Foram considerados 746 atendimentos para 2014 e 1007 em 2015. Maior demanda de atendimento é para caninos, seguido pelos felinos e quirópteros. Houve casos de execução de profilaxia para acidentes envolvendo roedores. Foram 206 vacinas antirrábicas prescritas a mais em 2014 e, em 2015, 230 unidades vacinais. Quando avalia-se o quesito soro antirrábico, chega-se a valores de 52 prescrições equivocadas em 2014 e 64 prescrições com erro em 2015. Calcula-se um prejuízo de R\$ 13.664,24 pelas vacinas a mais e de R\$ 7.234,11 pelos soros excedentes. O estudo possui como fator limitante o mal preenchimento da ficha de notificação. Há custos além dos descritos, como empenho da equipe de Vigilância Epidemiológica para localizar o paciente. O estudo não objetivou criticar os profissionais que trabalham naquela unidade e sim sensibilizá-los para maior atenção à profilaxia indicada.

PALAVRAS-CHAVES: raiva | vacinas | vigilância

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2144

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Médico residente: qualidade de vida e aspectos psicológicos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), ANA LUISA BETTEGA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), GEOVANNA LABRES DE SOUZA (PUC PR), BRENO LOPES PORTO (UFPR), MARCIO CANEVARI FILHO (UFPR)

RESUMO: Objetivo: a residência médica é um período de grande crescimento profissional para médicos, mas requer grande dedicação e renúncia de atividade de lazer diário e/ou tempo livre. Essa realidade acarreta significativa perda de qualidade de vida, aumentando o estresse dos residentes. Esse estudo foi realizado para avaliar a percepção de qualidade de vida entre residentes do primeiro ano de residência, comparado com residentes em outros anos. Métodos: um estudo analítico transversal comparativo foi realizado no período de fevereiro a abril de 2016, submetendo médicos residentes a questionários voluntários de preenchimento online. O questionário validado de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), com 26 perguntas, foi usado: as duas primeiras perguntas sobre qualidade de vida geral e as outras 24 sobre quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Os residentes foram então divididos em 2 grupos: 1) primeiro ano de residência (R1) e 2) outros anos de residência (não-R1). As análises foram realizadas com porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste de t-Student. Variáveis discretas foram analisadas pelo teste de qui-quadrado. Resultados: 97 residentes responderam o questionário, 49,5% deles estavam no primeiro ano de residência e 50,5% estavam em outros anos de residência. Em geral, a qualidade de vida foi regular: entre 3-3.9 (de 5) em todos os domínios. Apesar da semelhante qualidade de vida geral regular, quando comparado o domínio psicológico, residentes do primeiro ano tiveram pior qualidade de vida (3.53) que residentes de outros anos (3.38) pConclusão: apesar da qualidade de vida geral dentre os residentes ser regular, no domínio psicológico foi perceptível que residentes do primeiro ano tiveram pior qualidade de vida que residentes em outros anos. A razão para isso pode ser atribuída ao medo de cometer erros, cansaço, falta de orientação pelos chefes, estar constantemente sob pressão, plantões noturnos, controle excessivo por supervisores, falta de tempo para lidar com necessidades pessoais, familiares e outras relações sociais afetivas.

PALAVRAS-CHAVES: residência | psicológico | qualidade de vida

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2145

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estresse na carreira médica: diferenças entre os gêneros

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), MARINA NARDELLI GOES (UP), PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES (PUC-PR), EDUARDO LOPES MARTINS FILHO (UFPR), BRUNA ARCOVERDE ABBOTT (UFPR)

RESUMO: Objetivo: nós realizamos esse estudo para avaliar a evolução do nível de estresse entre médicas em comparação com médicos em diferentes fases da vida: estudantes de ensino médio, estudantes de medicina, internos, residentes e médicos pós-residência. O estudo foi realizado porque médicos são tidos como mais estressados que a população geral, devido a responsabilidade no trabalho, a dificuldade para ser aprovado em uma faculdade de medicina e devido às dificuldades enfrentadas enquanto estudante de medicina. Métodos: Um estudo comparativo descritivo transversal foi realizado. Durante o período de fevereiro a abril de 2016, estudantes de ensino médio, estudantes de medicina, internos, residentes e médicos pós-residência foram submetidos a um questionário voluntário de preenchimento online. Foi usado um questionário validado que consiste em perguntas relacionadas ao nível de estresse nos 30 dias que antecederam a aplicação, permitindo a formulação de uma escala de estresse percebido, com valor a ser comparado com o grupo controle, que era do mesmo gênero (controle A: amostra de estadunidenses e controle B: amostra de professores do sul do Brasil). A análise de dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste de t-Student e variáveis discretas com o teste de qui-quadrado. Resultado: 819 pessoas em diferentes estágios da carreira médica (do ensino médio a médicos pós-residência) responderam o questionário. 45.2% eram homens e 54.7% mulheres. O nível de estresse entre mulheres foi maior em relação aos homens (23.15 versus 18.15), em todos os diferentes estágios da carreira médica. Apesar disso, foi observado que todos os participantes do estudo têm um maior nível de estresse em comparação com o grupo controle A (20.88 versus 13.06), o qual teve uma amostra de 2332 pessoas. Conclusão: mulheres, em todos os estágios da carreira médica, tiveram um maior nível de estresse em comparação a homens. Ambos tiveram maior nível de estresse em relação à população estadunidense.

PALAVRAS-CHAVES: estresse | estágios cirúrgicos | estudantes de medicina

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2152

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Qualidade de vida entre estudantes de medicina

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO (UP), ANA LUISA BETTEGA (UFPR), GEOVANNA LABRES DE SOUZA (PUC-PR), BRENO LOPES PORTO (UFPR)

RESUMO: Objetivo: O ambiente acadêmico requer dedicação dos alunos e com o passar dos anos, é sabido que as exigências e responsabilidades tendem a aumentar sobre os estudantes de medicina. O objetivo deste estudo foi de avaliar a percepção sobre qualidade de vida entre estudantes de medicina do 1º e 2º ano, quando comparados ao 3º e 4º ano do curso de medicina. Métodos: Estudo transversal e analítico, realizado no período compreendido entre fevereiro e abril de 2016. Estudantes de medicina do 1º ao 4º ano de 4 faculdades em Curitiba responderam, voluntariamente, a questionário estruturado da OMS (Organização Mundial da Saúde), o qual continha 26 questões: as duas primeiras relacionadas à qualidade de vida de maneira geral e as outras 24 acerca de quatro domínios (físico, psicológico, relacionamento social e meio ambiente). Para análise estatística, os estudantes foram divididos em 2 grupos: 1) 1º e 2º ano e 2) 3º e 4º ano e as variáveis qualitativas submetidas ao Teste t de Student e teste Qui-Quadrado. Resultados: 291 estudantes responderam ao questionário, sendo 116 masculinos (39,86%), 175 femininos (60,14%) e média de idade de $22,3 \pm 2,27$ anos. A qualidade de vida nos dois grupos analisada foi regular: entre 3 a 3,9 (de um total de 5 pontos), a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde (perguntas 1 e 2) mantiveram-se classificadas em "necessita melhorar?": entre 1 a 2,9 pontos nos dois grupos analisados. Não houve diferença significativamente estatística em qualquer um dos domínios entre os dois grupos estudados. 43,9% referiram aproveitar mais ou menos a vida enquanto apenas 3,2% alegaram ter energia completamente suficiente para o dia-a-dia. Conclusão: A qualidade de vida dos estudantes de medicina do 1º ao 4º ano foi considerada como "regular". Não houve diferença estatisticamente significativa entre estudantes do 1º e 2º anos, quando comparados a estudantes do 3º e 4º anos.

PALAVRAS-CHAVES: qualidade de vida | estudantes de medicina | vida acadêmica

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2154

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estresse entre os médicos especialistas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), MARCIO CANEVARI FILHO (UFPR), MARINA NARDELLI GOES (UP), PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES (PUC-PR), EDUARDO LOPES MARTINS FILHO (UFPR)

RESUMO: Objetivo: A vida em medicina requer total dedicação dos profissionais, e abandono da liberdade pessoal durante a vida. Historicamente, cirurgiões são mais vulneráveis que os clínicos, e o desgaste físico é, algumas vezes, a causa de recém-formados não escolherem a cirurgia como especialidade. Nós conduzimos esse estudo para medir a percepção de qualidade de vida entre preceptores de especialidades cirúrgicas comparados com aqueles de especialidades não cirúrgicas. Métodos: Um estudo transversal foi conduzido durante o período de fevereiro até abril de 2016. Preceptores foram submetidos a questionário voluntário, de preenchimento online. Um questionário validado pela Organização Mundial de Saúde sobre qualidade de vida, que consistia em 26 perguntas foi usado: as duas primeiras eram sobre qualidade de vida geral, e as outras 24 cobrindo quadro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). Os médicos preceptores foram divididos em 2 grupos: 1) Especialidades cirúrgicas (Cir) e 2) Especialidades não-cirúrgicas (Cli). Foi realizada análise de dados com porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analisadas com o teste t Student e variáveis discretas com o teste qui-quadrado. Resultados: 88 médicos responderam o questionário, 40 de especialidades cirúrgicas e 48 de especialidades clínicas. A idade média foi de 46.9 anos de idade e 89,8% finalizaram a residência há mais de 5 anos antes do estudo. A qualidade de vida global foi regular: entre 3 ? 3.9 (do total de 5) em todos os domínios. 73.8% estavam satisfeitos com eles mesmos, no entanto, 59.1% dos médicos reportaram que as vezes tinham sentimentos ruins como mal humor, ansiedade ou depressão. Além disso, a média global do nível de estresse era muito maior que a média do controle A (12.6) sem significância estatística ($p = 0.9792$), mas inferior a média do controle B (17.2) com significância estatística (p Conclusão: A qualidade de vida global dos médicos brasileiros foi regular. O nível de estresse foi superior do que a da população americana, mas inferior que a dos professores do sul do Brasil.

PALAVRAS-CHAVES: estresse|preceptores|residência

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2156

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR PÉLVICO GIGANTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FERNANDA VEIGA GONÇALVES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), GABRIELA TRINDADE GÓES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), MARCOS DE SOUZA LOPES FREIRE FILHO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), BRUNO DOURADO KOVACS MACHADO COSTA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Leiomiomas são tumores benignos provenientes de músculo liso uterino. Embora sua patogênese permaneça obscura, eles são o tumor mais comum do trato reprodutivo feminino, ocorrendo em cerca de metade das mulheres com mais de 35 anos. Os leiomiomas uterinos gigantes são muito raros e representam um grande diagnóstico e desafio terapêutico. RELATO DE CASO: Paciente N.S.C, 48 anos, feminino, negra, procedente de Icoaraci ? Pará, encaminhada de unidade básica de saúde para hospital de referência em oncologia devido suspeita de tumor de ovário, volumoso, ocupando toda a pelve e grande parte da cavidade abdominal. Paciente avaliada pela equipe de oncocirurgia com relato de que por um ano esteve em investigação de miomatose uterina e, durante exame de imagem, verificou-se massa abdomino-pélvica volumosa e de crescimento rápido. Ao exame, paciente em regular estado geral consciente e orientada, que negou perda ponderal importante no período de um (01) ano. Relatava ter apetite preservado, porém com constipação intestinal. Foi submetida à laparotomia exploradora, sendo identificado tumor pélvico gigante, medindo 21 cm x 15 cm e pesando 11,3kg. Foi realizada histerectomia total e omentectomia (grande omento) devido nodulações esbranquiçadas em peritônio semelhantes à carcinomatose peritoneal, além de linfadenectomia intercavo-aórtico. Foi solicitado durante o intra operatório o exame de patologia por congelação, primeiramente da peça que envolvia o tumor e o útero e, posteriormente de implante peritoneal, ambas com ausência de malignidade e com característica histológica de leiomiomatose uterina na peça cirúrgica e de lesão nodular fusocelular em implante peritoneal. Paciente encaminhada a leito de unidade de terapia intensiva após procedimento cirúrgico. CONCLUSÃO: O leiomioma uterino é um dos tipos mais frequentes de tumores em mulheres é diagnosticado em 20-40% das mulheres em idade reprodutiva. Até a idade de 50 anos, aproximadamente 70% das mulheres brancas e menos de 80% das mulheres negras terão tido pelo menos um leiomioma. A frequência de surgimento de leiomioma uterino em mulheres negras é significativamente maior do que em mulheres brancas. O leiomioma uterino pode experimentar um rápido crescimento, atingindo dimensões impressionantes. Miomas de 11 kg ou mais são bastante raros.

PALAVRAS-CHAVES: LEIOMIOMA|NEOPLASIAS PÉLVICAS|ONCOLOGIA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2168

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Contribuição do internato para o estresse entre estudantes de medicina

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), THAIS TAKAMURA (UFPR), CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO (UP), ANA LUISA BETTEGA (UFPR), GEOVANNA LABRES DE SOUZA (PUC-PR)

RESUMO: Objetivo: Os últimos dois anos da graduação de medicina, conhecido como internato, implica em uma rotina estressante. Esse período de aprendizado requer uma grande dedicação, que é o motivo da qualidade de vida desses estudantes acabar comprometida. Nós conduzimos esse estudo para avaliar a percepção da qualidade de vida entre os estudantes de medicina durante seus estágios em especialidades cirúrgicas, em comparação com aqueles em especialidades clínicas. Métodos: Um estudo transversal foi conduzido durante o período de Fevereiro a Abril de 2016. Estudantes de medicina cursando o internato responderam voluntariamente a um questionário online. Foi utilizado o questionário validado pela World Health Organization (WHO) sobre qualidade de vida, que consiste em 26 questões. As duas primeiras tratam de qualidade de vida em geral e as outras 24 cobrem quatro domínios (físico, psicológico, relações interpessoais, ambiente). Os estudantes foram divididos em dois grupos: 1) Especialidades cirúrgicas (Cir) e 2) Especialidades não cirúrgicas (Cli). A análise dos dados foi realizado com percentuais estatísticos. Variáveis contínuas foram analisadas com o Teste T-Student e variáveis discretas com o teste Qui-quadrado. Resultados: 177 internos responderam o questionário, 117 em especialidades cirúrgicas e 60 em especialidades clínicas. A média de idade foi de 24,5 anos, 47,4% homens e 52,5% mulheres. Quando comparou-se gêneros, os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em todas as especialidades. Entretanto, para as especialidades, a qualidade de vida no domínio de ambiente apresentou uma diferença significativa (p<0,05). Conclusão: Nosso estudo sugere que o gênero não é relevante para avaliar a qualidade de vida entre os internos. Entretanto, o estudo aponta que a qualidade de vida no domínio de ambiente é melhor avaliada pelo grupo de internos no estágio clínico, quando comparado ao cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: estresse | internato | estudantes de medicina

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2179

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Impacto do curso de medicina na qualidade de vida dos estudantes

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), EDUARDO LOPES MARTINS FILHO (UFPR), BRUNA ARCOVERDE ABBOTT (UFPR), JEAN RAITZ NOVAIS (UFPR), JESSICA ROMANELLI AMORIM DE SOUZA (UFPR)

RESUMO: Objetivo: A rotina cirúrgica de excessivas horas de trabalho gera um estresse contínuo entre os profissionais da saúde. Inúmeros mitos associam a especialidade cirúrgica com condições de vida precárias dos médicos, residentes e internos. Esse estudo avaliou o nível de estresse entre estudantes de medicina em estágios da cirúrgica comparado com o mesmo em estágios da clínica. Métodos: Estudo descritivo transversal e comparativo. Durante o período de fevereiro a abril de 2016, estudantes de medicina dos últimos 2 anos do curso responderam a um questionário online. Foi utilizado questionário validado relacionando o nível de estresse dos participantes nos 30 dias anteriores à participação, o que permitiu a formulação de uma escala de estresse que foi comparada com a população controle da mesma faixa etária (grupo controle A: população americana e grupo controle B: população de professores do Sul do Brasil). Os dados analisados foram descritos em porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analisadas pelo teste de t de Student e variáveis discretas pelo teste Qui-Quadrado. Resultados: 285 estudantes responderam ao questionário, sendo a maioria do quarto ano de medicina (39,6%), da mesma instituição (53,3%) e mulheres (60,7%). O nível de estresse dos estudantes mostrou que a maioria (35,1%) estavam aborrecidos com algo que aconteceu inesperadamente nas últimas semanas e muitos destes sentiam-se incapazes de controlar coisas importantes em suas vidas. Analisando a qualidade de vida dos estudantes de medicina no geral, a qualidade de vida apresentou-se como ?regular? (entre 3 e 3,9), enquanto que o nível de estresse foi superior quando comparado às populações dos grupos A e B, ambos com significância estatística ($p= 0,00001668$ e $p= 0,0001686$ respectivamente). Conclusão: Estudantes de medicina têm uma qualidade de vida regular e alto nível de estresse comparado às populações A e B.

PALAVRAS-CHAVES: curso de medicina | qualidade de vida | estresse

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2189

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Níveis de estresse em estudantes em preparação para entrar no curso de medicina

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), GEOVANNA LABRES DE SOUZA (PUC-PR), BRENO LOPES PORTO (UFPR), MARCIO CANEVARI FILHO (UFPR), MARINA NARDELLI GOES (UP)

RESUMO: Objetivo: O último ano do ensino médio representa o último momento antes de começar a universidade, quando os alunos refletem sobre suas perspectivas de vida e precisam escolher a carreira mais adequada para as suas vidas. Desta forma, este estudo foi realizado para avaliar o nível de estresse entre os graduandos do ensino médio que pretendem ser aprovado em um curso de Medicina, quando comparado com as pessoas em geral em sua idade. Métodos: Um estudo comparativo descritivo transversal. Durante o período de fevereiro a abril de 2016, alunos do ensino médio foram submetidos a um questionário de forma voluntária, com preenchimento online. Foi utilizado um questionário validado constituído de questões relacionadas ao nível de estresse ao qual eles estavam submetidos durante os 30 dias que precederam sua aplicação, permitindo a formulação de uma escala de estresse, com valor a ser comparado com a população de controle na mesma faixa etária (controle A: população americana e controle B: população de professores no Sul do Brasil). A análise dos dados foi realizada com percentuais estatísticos simples. As variáveis ??contínuas foram analisadas com o ?Student t test? e as variáveis ??discretas com o ?chi-square test?. Resultados: 166 alunos responderam o questionário, estando a maioria cursando o segundo ano de cursinho (30,7%) sendo a maioria da mesma instituição (75,3%) e do sexo feminino (68,7%). Ao se avaliar o nível de estresse destes estudantes verificou-se que grande parte deles (39,8%) ficou com muita frequência aborrecido com algo que aconteceu inesperadamente sendo que a maior parte deles (34,9%) se sentiu incapaz, com muita frequência, de controlar coisas importantes de sua vida. Analisando-se a qualidade de vida dos pré-vestibulandos verificou-se uma qualidade global regular (entre 3 e 3,9), enquanto o nível de estresse se apresentou mais elevado do que a população controle, porém sem significância estatística ($p=0,15$). Conclusão: Pré-vestibulandos apresentam uma qualidade de vida global regular e um nível de estresse elevado em relação a população controle.

PALAVRAS-CHAVES: estresse | medicina | estudantes de medicina

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2190

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Níveis de estresse entre estudantes do internato

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES (PUC-PR), EDUARDO LOPES MARTINS FILHO (UFPR), BRUNA ARCOVERDE ABBOTT (UFPR), JEAN RAITZ NOVAIS (UFPR)

RESUMO: Objetivo: Os dois últimos anos de graduação em medicina, conhecido como internato, é um período de crescimento profissional, mas implica em uma rotina extenuante muitas vezes acompanhada por renúncia do lazer diário. Este período de aprendizagem requer muita dedicação, razão pela qual a qualidade de vida desses estudantes acaba sendo prejudicada. Desta forma, este estudo foi realizado para avaliar a percepção da qualidade de vida entre os estudantes de medicina durante o seu estágio em especialidades cirúrgicas, em comparação com os de especialidades não cirúrgicas. Métodos: Estudo transversal realizado durante o período de fevereiro a abril de 2016. Estudantes de Medicina em período de internato foram submetidos a um questionário voluntário, com o preenchimento online. Um questionário validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a qualidade de vida, constituído por 26 questões foi usado: as duas primeiras sobre a qualidade de vida geral, e as outras 24 abrangeram quatro domínios (psicológico, relações sociais e físicas e ambiente). Os alunos foram divididos em 2 grupos: 1) especialidades cirúrgicas (CIR) e 2) especialidades não cirúrgicas (CLI). A análise dos dados foi realizada com estatísticas percentuais simples. As variáveis contínuas foram analisadas com o Student t test e as variáveis discretas com o chi-square test. Resultados: 177 alunos responderam o questionário, estando a maioria passando pela especialidade médica de cirurgia geral (19,22%) e clínica médica (19,22%) sendo mais da metade da mesma instituição (56,5%) e do sexo feminino (52,5%). Ao se avaliar o nível de estresse destes estudantes verificou-se que grande parte deles (33,3%) ficou com muita frequência aborrecido com algo que aconteceu inesperadamente sendo que uma pequena parcela deles (28,2%) quase nunca se sentiu incapaz de controlar coisas importantes de sua vida. Analisando-se a qualidade de vida dos doutorandos verificou-se uma qualidade global regular (entre 3 e 3,9), enquanto o nível de estresse se apresentou mais elevado do que a população controle, com significância estatística ($p=0,00028$). Conclusão: Doutorandos apresentam uma qualidade de vida global regular e um nível de estresse elevado em relação a população controle.

PALAVRAS-CHAVES: internato | estudantes de medicina | estresse

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2194

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Níveis de estresse entre os médicos residentes

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), JESSICA ROMANELLI AMORIM DE SOUZA (UFPR), LUIS FERNANDO SPAGNUOLO BRUNELLO (UFPR), THAIS TAKAMURA (UFPR), CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO (UFPR)

RESUMO: Objetivo: A residência é um período de grande crescimento profissional para os médicos, mas envolve muita dedicação e renúncia do lazer diário. Em particular residência médica em cirurgia, onde na maioria dos casos os limites de carga de trabalho são violados em todo o país. Esta realidade leva a perdas significativas na qualidade de vida e pode aumentar o nível de estresse dos residentes. Desta forma, este estudo foi realizado para avaliar o nível de estresse entre os residentes de especialidades cirúrgicas, quando comparado com o mesmo em especialidades não cirúrgicas. Métodos: Um estudo comparativo descritivo transversal. Durante o período de fevereiro a abril de 2016, médicos residentes foram submetidos a um questionário de forma voluntária, com o preenchimento online. Foi utilizado um questionário validado constituído por questões relacionadas ao nível de estresse ao qual eles foram submetidos durante os 30 dias que precederam sua aplicação, permitindo a formulação de uma escala de estresse, com valor a ser comparado com a população controle, considerando a mesma faixa etária (controle A: população americana e controle B: população de professores no Sul do Brasil). Residentes foram então divididos em 2 grupos: 1) especialidades cirúrgicas (CIR) e 2) não-cirúrgico (CLI). A análise dos dados foi realizada com percentuais estatísticos simples. As variáveis ??contínuas foram analisadas com o ?Student t test? e as variáveis ??discretas com o ?chi-square test?. Resultados: 97 médicos residentes responderam o questionário, estando a maioria no primeiro ano de residência (49,5%) sendo a cirurgia geral a especialidade com maior número de residentes entrevistados (21,6%). A instituição com maior representatividade representou 33,3% dos residentes, sendo a maioria do sexo masculino (60,8%). Ao se avaliar o nível de estresse destes residentes verificou-se que grande parte deles (40,2%) ficou com muita frequência aborrecido com algo que aconteceu inesperadamente sendo que uma parcela deles (36,1%) às vezes se sentiu incapaz de controlar coisas importantes de sua vida. Analisando-se a qualidade de vida dos doutorandos verificou-se uma qualidade global regular (entre 3 e 3,9), enquanto o nível de estresse se apresentou mais elevado do que a população controle, com significância estatística ($p=0,0033$). Conclusão: Residentes apresentam uma qualidade de vida global regular e um nível de estresse elevado em relação a população controle.

PALAVRAS-CHAVES: estresse | residência | residentes

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2200

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise comparativa da qualidade de vida entre médicos recém formados e estudantes de medicina

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), ANA LUISA BETTEGA (UFPR), GEOVANNA LABRES DE SOUZA (PUC-PR), BRENO LOPES PORTO (UFPR), MARCIO CANEVARI FILHO (UFPR)

RESUMO: Objetivo: A residência é um período de grande crescimento para o médico recém formado, com início das longas jornadas de trabalho excessivas, e uma mudança radical no estilo de vida do recém graduado. Dessa forma realizamos esse estudo como uma forma de comparar a qualidade de vida dessa fase com outros períodos da formação médica, o estágio pré-vestibulando, pré- internato e doutorandos. Métodos: Um estudo transversal foi realizado durante o período de fevereiro a abril de 2016, residentes, pré-vestibulandos de medicina, doutorandos e estudantes de medicina pré-internato e foram submetidos a um questionário voluntário , com o enchimento online. Um questionário validado da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a qualidade de vida, consistiu de 26 questões foi usado: os dois primeiros na qualidade de vida geral , e os outros 24 que abrange quatro domínios, psicológico, relações sociais físicas e ambiente). A análise dos dados foi realizada com percentuais estatísticos simples . As variáveis ??contínuas foram analisadas com o teste t de Student e as variáveis ??discretas com o teste do qui -quadrado. Resultados: 819 responderam os questionários entre residentes, pré-vestibulando, pré-internato e doutorandos. Quando comparamos a qualidade de vida dos residentes com os demais períodos da formação médica, ela se manteve regular em todos os domínios: físico, psicológico, relações sociais, meio ambientes, ficando todos entre 3 ? 3,9 (de 5). Conclusão: Quando comparamos a qualidade de vida dos residentes, médicos recém-formados, com os estudantes em formação médica ela se mantém constante. Dessa forma, concluímos que apesar a graduação não há melhora em nenhum dos domínios.

PALAVRAS-CHAVES: qualidade de vida | médicos | estudantes de medicina

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2220

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Percepção dos médicos sobre a folga pós-plantão

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), THAIS TAKAMURA (UFPR), CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO (UP), ANA LUISA BETTEGA (UFPR), GEOVANNA LABRES DE SOUZA (PUC-PR)

RESUMO: Folga pós-plantão: descanso e recuperação? Objetivo: A prática médica é frequentemente associada com stress. O estudo foi feito para avaliar se a possibilidade de ter folga após plantão noturno ou não altera o nível de stress entre os doutorandos, residentes e médicos. Métodos: Um estudo descritivo e comparativo cross-sectional. Durante o período de Fevereiro até Abril de 2011, doutorandos, residentes e médicos foram submetidos a um questionário voluntário, de preenchimento online. Foi utilizado um questionário validado que consistia em perguntas relacionadas ao nível de stress que eles relatam nos últimos 30 dias, permitindo a formulação de uma escala de stress, com validade para ser comparada com a população controle da mesma faixa etária (controle A: população americana e controle B: população de professores no sul do Brasil). Eles também foram questionados se eles tem folga pós-plantão noturno ou não. Análise dos dados foi feita com porcentagens estatísticas simples. As variáveis contínuas foram analisadas com o test T de student e as variáveis discretas com o teste do qui-quadrado. Resultados: Responderam ao questionário 177 doutorandos, 97 residentes e 88 médicos. Em relação aos doutorandos, 55,9% possuem folga pós-plantão noturno e 97,7% consideram que ter essa folga melhora sua qualidade de vida. Sobre os residentes, 42,3% possuem folga pós-plantão noturno e 95,9% consideram que isso melhora sua qualidade de vida; o que significa um maior nível de stress do que a população controle A, com significância estatística ($p=0,0033$). 53,4% dos médicos têm folga pós-plantão noturno e 96,6% relaciona isso com melhora na qualidade de vida; 73,8% deles estão satisfeitos consigo e 59,1% relataram que algumas vezes eles sentiram mau humor, ansiedade ou depressão, então o nível de stress foi de 15,9, mas ainda assim menor do que a população controle B (17.2) com significância estatística (p). Conclusão: Apesar de a maioria deles considerar que ter folga pós-plantão melhora a qualidade de vida, não houve significância estatística entre os níveis de stress e ter ou não esse período de descanso.

PALAVRAS-CHAVES: pós plantão | descanso | médicos

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2270

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Dificuldades e repercussões da implantação do checklist cirúrgico em hospitais brasileiros: A visão das equipes cirúrgicas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE ARAÚJO LACERDA (PUC-GOIÁS), MATHEUS KARIA ARAÚJO (PUC-GOIÁS), TRISTÃO MAURÍCIO DE AQUINO FILHO (PUC-GOIÁS), LUCAS CRISTOVAM PINA (PUC-GOIÁS), BÁRBARA ALVES CAMPOS FERREIRA (PUC-GOIÁS)

RESUMO: Objetivos: O estudo objetiva avaliar as dificuldades, metodologias e efeitos da implementação do checklist cirúrgico (CC) em centros hospitalares brasileiros. Metodologia: Os artigos foram pesquisados nas bases de dados Google Acadêmico e PubMed. Usando as palavras chave ?checklist?, ?cirúrgico? e ?implementação?, foram encontrados 1080 artigos, sendo que 1073 foram excluídos, por apresentarem divergências com os objetivos deste trabalho, tanto de tema quanto de data de publicação. Foram selecionados artigos em inglês e português. Resultados: Estudos realizados em vários centros do estado de São Paulo demonstraram que 80% dos membros da equipe cirúrgica referem que o CC oferece aumento da segurança para o paciente e para a equipe cirúrgica. Faz-se necessário o empenho de toda a equipe na elaboração e implantação de um programa de cirurgia segura para que a adesão a ele seja satisfatória. Funcionários do centro cirúrgico consideram como favoráveis para aplicação do Timeout a colaboração de toda a equipe e o conhecimento/treinamento dela acerca do CC, e desfavoráveis, a não colaboração da equipe e um timeout longo/repetitivo. Uma revisão de literatura mostra que o uso do CC trás um incremento de 44% na comunicação entre profissionais do bloco cirúrgico. Outro, trás a baixa credibilidade do CC diante dos médicos que frequentemente o ridicularizam. Os autores relatam, ainda, que há uma percepção negativa dos profissionais de centro cirúrgico acerca do CC, que acreditam que esse diverge a atenção do foco principal: o paciente. Foi apresentada uma proposta para aumento da credibilidade do CC: apresentação de resultados e uso deles para a motivação da equipe. Já um estudo realizado em Natal (RN) evidenciou que cirurgias mais longas determinam maior número de passos críticos, o que poderia justificar maior preocupação da equipe em aderir ao CC. Em um hospital universitário de Londrina (PR), verificou-se que os itens menos preenchidos foram: identificação do paciente/cirurgia, pré-operatório e saída do paciente. Estudos evidenciam que provocar percepções individuais entre os membros da equipe cirúrgica sobre a importância de cada item do CC influencia diretamente na sua implementação. Conclusão: Entende-se por esse trabalho que o CC implica na maior segurança para o paciente e melhor desempenho da equipe cirúrgica. Uma vez detectadas as maiores dificuldades de adesão a ele, podemos buscar alternativas que facilitem sua aceitação e adesão nos hospitais brasileiros.

PALAVRAS-CHAVES: checklist|cirúrgico|implantação

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2295

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adrenalectomia Bilateral na Síndrome de Cushing por Hiperplasia Nodular de Adrenais: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: STELLA D'ÁVILA DE SOUZA RAMOS (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), PAULA CAROLINA DE OLIVEIRA ANDRADE (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), CARINA OLIVEIRA FREIRE MATIAS (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), ANA CAROLINE LEMOS ROSÁRIO DE AZEVEDO (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Hiperplasia Nodular Primária (HNP) de suprarrenais não dependente de ACTH é causa rara da Síndrome de Cushing (SC), sendo responsável apenas por pequena porcentagem dos casos. Sua ocorrência se deve à expressão aberrante de um ou mais receptores de proteínas, o que leva à proliferação anormal de células, resultando na formação de nódulos e descontrole na regulação da síntese de esteróides. A ocorrência da HNP pode ser esporádica ou apresentar caráter familiar. Em casos familiares é comum que todos os indivíduos afetados expressem anormalidades nos mesmos receptores, bem como eventos genéticos adicionais relativos à regulação do ciclo celular que corroboram com a formação de nódulos. Nesses casos, por tratar-se de doença não dependente do ACTH, pacientes apresentam má resposta ao tratamento farmacológico, sendo indicada a adrenalectomia das glândulas afetadas. RELATO DE CASO Paciente do sexo feminino, 31 anos, referida ao serviço de cirurgia geral em 2016 após diagnóstico de Síndrome de Cushing e presença de múltiplos nódulos bilaterais nas glândulas suprarrenais. Apresentava, há 07 anos, transtorno depressivo grave refratário (uso de fármacos e eletrochoquetoterapia prévios), ganho de 20 kg, fáscties cushingóide e estrias violáceas em abdome, sem outras comorbidades. História familiar positiva para Síndrome de Cushing, tendo a mãe da paciente sido submetida à adrenalectomia bilateral devido ao mesmo diagnóstico. Exames laboratoriais confirmaram hipercortisolemia independente de ACTH (13,9 ug/dL após estímulo com dexametasona; ACTH 1,0 pg/mL), sem alterações significativas em outros parâmetros. Tomografia computadorizada (TC) de abdome em maio de 2016 revelou múltiplas formações nodulares de limites bem definidos em ambas as adrenais, que tiveram sua forma relativamente preservada, mas apresentaram aumento de volume. Foi realizada adrenalectomia bilateral em dois tempos devido a condições psicológicas da paciente, sendo a glândula direita ressecada outubro de 2016 e a esquerda, em março de 2017. Ambas foram realizadas via laparoscopia, sem intercorrências. CONCLUSÃO É importante reconhecer as raras ocasiões em que a adrenalectomia é recomendada na Síndrome de Cushing, como no caso apresentado. A adrenalectomia, principalmente quando realizada por laparoscopia, é um tratamento pouco invasivo, definitivo, seguro e eficaz para SC refratária ou recorrente.

PALAVRAS-CHAVES: cushing|adrenalectomia|hipercortisolismo

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2297

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE SÍNDROME HETEROTÁXICA POLIESPLÊNICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), FERNANDO BARATELLA DE ASSIS (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), ROBERTO LATTUF ZANAGA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), MARILIA IAIA NAHAS JUNQUEIRA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUCIANO CRUANES GULLO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUANA ARRUDA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Síndrome heterotáxica ou situs ambíguo é definida como uma patologia na qual há um arranjo anormal de órgãos torácicos e/ou abdominais em relação ao eixo direita ? esquerda do paciente. Seu diagnóstico normalmente é incidental, quando se realiza exame de imagem como tomografia computadorizada ou ressonância magnética, ou mesmo durante algum procedimento cirúrgico. RELATO DE CASO: S.R.C., sexo feminino, 58 anos, procedente da cidade de Campinas-SP, em acompanhamento ambulatorial no serviço de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi por colelitíase sintomática, diagnosticada em Ultrassonografia de Abdome Total realizada em 02/06/16, no qual demonstrava uma vesícula biliar contendo múltiplos cálculos no seu interior, não descrevendo outras alterações abdominais. Indicado e realização de colecistectomia convencional por incisão de Kocher. No intraoperatório foi visualizada a grande curvatura de estômago do lado direito, não foi visualizada a vesícula biliar em local anatômico padrão. Ampliada a incisão medialmente e, com bastante dificuldade, localizou-se lobo hepático com fundo de vesícula biliar próximo a linha média da paciente. Devido às anomalias anatômicas evidenciadas, houve grande dificuldade técnica na realização da colecistectomia. Paciente evoluiu bem com tempo de internação de 3 dias. No retorno ambulatorial no 7 dia de pós-operatório, queixando-se de intensa dor abdominal em região de hipocôndrio direito, referindo um episódio febril não aferido em domicílio. Sem sinais de peritonite. Solicitado uma Tomografia Computadorizada de Abdome Total com contraste endovenoso, que confirmou a síndrome heterotáxica poliesplênica. Apresentou ainda coleção sub-hepática sugestivo de bilioma. No 9 dia de pós-operatório, optado por realizar laparotomia exploradora por incisão prévia. Realizado aspiração de 500 ml de secreção biliar e evidenciado lesão puntiforme de via biliar. Optado por tratamento conservador com resolução total do quadro. CONCLUSÃO: Pacientes com síndrome heterotáxica poliesplênica apresentam um espectro variado de anomalias anatômicas torácicas e/ou abdominais. Embora a síndrome heterotáxica seja uma patologia rara no meio médico, é de extrema importância o seu devido reconhecimento pelo cirurgião, para uma programação cirúrgica adequada quando necessário, evitando assim lesões inadvertidas.

PALAVRAS-CHAVES: HETEROTAXIA | MALFORMAÇÕES ABDOMINAIS | POLIESPLENISMO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2299

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Esplenectomia Total em Baço com Grande Lesão Cística: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULA CAROLINA DE OLIVEIRA ANDRADE (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), CARINA OLIVEIRA FREIRE MATIAS (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), STELLA D'ÁVILA DE SOUZA RAMOS (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), ANA CAROLINE LEMOS ROSÁRIO DE AZEVEDO (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), GUSTAVO LARANJO AVELAR (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), JULIANO FELIX CASTRO (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Lesões císticas esplênicas são doenças raras, geralmente assintomáticas. Seu diagnóstico é, muitas vezes, realizado de forma incidental através de exames de imagem ou na investigação de dor, aumento do volume abdominal e esplenomegalia. Várias patologias abdominais podem estar associadas aos cistos esplênicos, muitas destas com baixa incidência, como: trauma, equinococose, hemangiomas, linfangiomas, doença renal policística e cistos metastáticos. RELATO DE CASO Paciente G.S.G., 17 anos, jogador de rugby, previamente hígido, deu entrada no Pronto Atendimento com quadro de dor em hipocôndrio esquerdo e fossa ilíaca esquerda associada a picos febris, além de hiporexia, náuseas e vômitos por 03 dias. Referia episódios esporádicos dessa dor há aproximadamente 02 anos, com piora há três meses, em especial quando viajava para cidades de elevadas altitudes. Exames à admissão evidenciaram leucocitose (GL 19.500/mm³, 9% de bastonetes) e proteína C reativa (PCR) elevada (74,8 mg/L). Propedêutica inicial descartou origem infecciosa, sendo realizado ultrassonografia (USG) abdominal que evidenciou esplenomegalia e alterações sugestivas de coleções subcapsulares, a maior delas medindo 18x12x14 cm (volume de 1.572cm³). À tomografia computadorizada (TC) de abdome foram evidenciados: 1) lesão cística esplênica encapsulada, com pouco tecido esplênico remanescente, que rechaçava estômago e pâncreas; 2) ruptura esplênica em dois tempos com presença de infarto na metade inferior do órgão, próximo ao pedículo. O paciente foi submetido à esplenectomia total. Foi identificado volumoso cisto esplênico, realizada a ligadura prévia da artéria esplênica e aspirados aproximadamente 5 litros de secreção hemática e aspecto achocolatado antes da ressecção do órgão. O paciente apresentou boa evolução e recebeu alta no 5º dia de pós-operatório. CONCLUSÃO Opções de tratamento conservador, como a aspiração percutânea ou esclerose, não resultam em bom controle a longo prazo nesse tipo de cisto, sendo a esplenectomia total o método de escolha para tratamento de cistos esplênicos de maior volume.

PALAVRAS-CHAVES: esplenectomia | cisto esplenico | trauma esplenico

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2305

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Esplenectomia no tratamento de linfoma da zona marginal esplênico - Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SIMONY DE SOUSA PEREIRA MAIOLINI (HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA), RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO (HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA), FLAVIO TAVARES ROTHFUCHS (HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA), LUCAS PERELLO (HOSPITAL FERDERAL DA LAGOA)

RESUMO: Introdução:O linfoma MALT é o mais prevalente, cerca de 5% das neoplasias linfoides. Tanto o linfoma esplênico quanto o nodal são condições raras, porém mais diagnosticadas devido ao avanço das ferramentas diagnósticas.A incidência do linfoma esplênico é maior nos indivíduos acima de 65 anos e não há prevalência de sexo. Envolve baço e linfonodos hilares esplênicos. A infiltração da medula óssea ocorre na totalidade dos casos. A doença tem caráter indolente com bom prognóstico para a maioria dos casos.Relato de caso:Paciente de 73 anos deu entrada no Hospital Federal da Lagoa em março de 2015 através da Hematologia. Encaminhado a Cirurgia com exames laboratoriais com:plaquetopenia, linfocitose e esplenomegalia. Tomografia Computadorizada (TC) de abdome comlinfonodomegaliasretroperitoniais. Esplenomegalia homogênea (22,5x 18x 12 cm)Realizada biopsia de linfonodo cervicais e biopsia de medula óssea.Imunohistoquímica dos linfonodos: linfoma/ leucemia de pequenas células B. Biopsia de medula óssea: CD20+, CD10-, CD5-, BCL 2+, quadro morfológico associado a imunofenótipo de linfoma esplênico ou linfoma marginal extranodal (MALT). Encaminhado a Cirurgia Geral para esplenectomia. Em uso de prednisona, sem repercussão no quadro. Paciente assintomático, com esplenomegalia, com baço palpável a 8 cm do rebordo costal esquerdo e até a crista ilíaca esquerda.Procedimento com boa evolução pós-operatória recebendo alta no terceiro dia. Com seguimento conjunto pela Cirurgia e Hematologia.Histopatológico: baço congesto, medindo 26x21x8 cm e 1980g. Presença de 3 linfonodos sem critérios de malignidade.Imunohistoquímica:Linfoma de pequenas células B em baço e linfonodos. Perfil de padrão de infiltração observado na biopsia de medula óssea (H15-5040) favorece linfoma B da zona marginal esplênica. Positividade para CD20 (forte) e IgD Ki-67 com padrão de positividade em alvo. Encaminhado a Oncologia para quimioterapia adjuvante buscando uma resposta completa ao linfoma esplênico e segue em acompanhamento.Conclusão:A esplenectomia é uma opção em casos sem comprovação do envolvimento sanguíneo ou da medula, ou o número de células tumorais em um material for pequeno para firmar um diagnóstico, ou houver uma esplenomegalia associado acitopenia, o que ocorria no caso. A esplenectomia melhora o performance status do paciente com linfoma e corrige citopenias. Pode ser secundário a eliminação do hiperesplenismo ou resultado da diminuição da infiltração da medula óssea.

PALAVRAS-CHAVES: esplenectomia | linfoma | zona marginal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2311

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO NA OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR MIGRAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCUS FLAVIO CARVALHO E CARVALHO (UFJF/GV)

RESUMO: Objetivo: relatar o caso de um paciente com obstrução de íleo-terminal por migração de prótese de balão intragástrico, assim como seu tratamento clínico/cirúrgico. Método: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográficos dos métodos diagnósticos e terapêuticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Considerações finais: o caso relatado e as publicações levantadas mostram que o uso do balão intragástrico na terapia de redução de peso, apesar de apresentar riscos menores que as alternativas cirúrgicas, não estão isentas de complicações principalmente quando não consideradas as orientações e contra-indicações dos fabricantes. Quando precocemente identificado um caso de obstrução gastrointestinal, a terapêutica laparoscópica mostrou-se muito eficaz para tratamento e o retorno precoce do paciente às suas atividades normais.

PALAVRAS-CHAVES: obstrução | migração | balão intra-gástrico

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2316

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LINFANGIOMA CÍSTICO RETROPERITONEAL: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMILA FERNANDES DA CUNHA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), FERNANDO FREIRE LISBOA (PROFESSOR DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA UFRN), MARIA MARINA LEONARDO ALVES COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE), LARISSA QUEIROZ DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ISADORA VELÚCIA DIAS DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MARCELO AUGUSTO FIRMINO DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ZÊMIA MARIA CÂMARA COSTA FERREIRA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), GIRLANNE DE OLIVEIRA DANTAS (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Linfangioma cístico (LC) é um tumor benigno incomum, sendo mais encontrado em crianças e raramente em adultos. Ele se origina de uma malformação congênita dos vasos linfáticos devido a uma obstrução desses vasos e traz como consequência uma linfangiectasia local. O LC localiza-se preferencialmente nas superfícies do corpo, possuindo uma incidência desconhecida. Contudo, sabe-se que a forma retroperitoneal representa menos de 1% de todos os LC abdominais. Geralmente é assintomático, apresentando-se como um achado incidental. Porém, quando os sintomas estão presentes, as manifestações mais comuns do LC são dores abdominais, distensão abdominal, assimetria abdominal nos casos de grande tumoração, febre, fadiga, perda de peso e hematúria, com a possibilidade de apresentar massa palpável e ser confundido com outros cistos oriundos do fígado, rim ou pâncreas. Como opção de tratamento para o LC cístico a ressecção cirúrgica completa ainda é o de escolha para a cura e ela pode ser feita por laparoscopia ou laparotomia. **RELATO DE CASO:** CFC, 22 anos e do sexo feminino. Em Agosto de 2013 realizou ultrassonografia abdominal após crise de nefrolitíase que revelou imagem cística com septos em seu interior, localizada entre o rim esquerdo e baço medindo 11,1x9,3 cm. Em julho de 2016, realizou nova tomografia abdominal para acompanhamento, revelando volumosa formação hipodensa multiloculada se estendendo desde o retroperitônio para a cavidade peritoneal no hemiabdomo esquerdo, sem realce evidente ao meio de contraste, medindo cerca de 14,3x8,6 cm nos seus maiores eixos. Logo em seguida, foi solicitado uma Ressonância Magnética que evidenciou imagem com contornos lobulados medindo 16x12,3x10,6 cm nos seus maiores diâmetros, provocando compressões extrínsecas sobre o estômago, baço, pâncreas, alças intestinais delgadas, cólon e rim esquerdo. Como tratamento, realizou-se laparotomia mediana trans-umbilical com a visualização e excisão de lesão cística. Paciente está, até data atual, evoluindo sem intercorrências e sem evidência de recidivas. **CONCLUSÃO:** A descrição do caso de LC retroperitoneal reforça a indicação da excisão cirúrgica completa como tratamento de escolha para minimizar recidivas. Porém, deve-se ter cautela quanto às estruturas vizinhas e cirurgias extensas. No presente relato, procedeu-se a ressecção cirúrgica completa, sem intercorrências. O diagnóstico definitivo foi dado pelo anatomopatológico que evidenciou tratar-se de linfangioma cavernoso.

PALAVRAS-CHAVES: Linfangioma | Cístico | Retroperitoneal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2340

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LINFANGIOMA ABDOMINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURO BOLDRINI NASCIMBEM (UNIMED AMERICANA), ANA LETICIA LUCHIARI FERRARI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO Linfangioma cístico abdominal é uma malformação benigna do sistema linfático, de etiologia não totalmente conhecida. Tem rara ocorrência, sendo que 9% dos casos ocorre em região abdominal. A faixa etária predominante é em crianças e raramente observa-se em adultos. O tratamento é cirúrgico. RELATO DE CASO Paciente do sexo masculino, 27 anos, apresentou queixa de dor abdominal intermitente em região periumbilical irradiando para fossa ilíaca esquerda há 4 anos. O exame físico revelou massa palpável e dolorosa em flanco e fossa ilíaca esquerda. US de abdome, observou lesão cística em hemiabdomine esquerdo, de septações finas. TC de abdome mostrou imagem em flanco esquerdo medindo 5x7x19 cm e formações císticas menores junto ao cólon ascendente e fundo de saco. RM mostrou achados que corroboram com US e TC. Realizada biópsia percutânea sugestiva de linfangioma. Realizado laparotomia mediana com achado de cistos espalhados no cólon direito, massa coalescente entre omento e cólon esquerdo, formando área de herniação interna e cistos coalescentes em fundo de saco. Realizada ressecção das lesões, sem ressecção visceral. Exame anatomopatológico descreve estroma fibroconjuntivo frouxo e bem vascularizado, sem atipias, com diagnóstico de linfangioma. Paciente evolui bem no pós operatório, sem intercorrências, tendo alta no 3o PO. DISCUSSÃO Linfangiomas abdominais são malformações congênitas e benignas, provavelmente originados da embriogênese. Tem outras possibilidades etiológicas: hemorragia, obstrução/inflamação crônica ou trauma. A incidência é rara, predomina em crianças até 5 anos e o diagnóstico é precoce, diferente do nosso paciente que apresentou sintomas com 23 anos. Existem diversas classificações para linfangiomas abdominais, sendo o nosso caso: cistos multicêntricos, multiloculados e cavernosos. A manifestação clínica é variável, podendo ser assintomática ou apresentar dor abdominal e massa palpável. Complicações incluem hemorragias por ruptura traumática ou obstrução intestinal por hérnia interna ou aderências. Exames complementares para o diagnóstico consistem em US, RM e TC abdominais. Pode ser feito punção/biópsia para anatomopatológico. Tem como diagnósticos diferenciais: pseudocistos, cistos dermoides, linfoceles, mesoteliomas, lipomas, lipossarcomas. Tratamento consiste na ressecção cirúrgica radical das lesões, que costuma ser curativo e sem complicações.

PALAVRAS-CHAVES: Linfangioma abdominal | Linfangioma cístico | cistos cavernosos

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2361

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: hematoma espontâneo de músculo reto abdominal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCIO RAVEL SILVA ANDRADE COSTA (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO), HISASHI AOYAGI (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO), FERNANDA DENISE ALVES DIAS (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO), HANA RAYSSA MATTOS DE LOSSIO E SEIBLITZ (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO), GUSTAVO DELL`ANTONIA (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO), JOSE MACHADO NETO (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO), JOAO MANOEL BRANDÃO CAMILO (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO), DANIEL SAMPAIO MENDES (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO)

RESUMO: PACIENTE DE 53 ANOS, SEXO FEMININO, NATURAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, DEU ENTRADA PELO PRONTO SOCORRO QUEIXANDO-SE DE DOR ABDOMINAL E MANCHA AVERMELHADA NA REGIÃO DO FLANCO ESQUERDO. NEGAVA HISTORIA DE TRAUMA, PORÉM, REFERIA HISTORIA DE TOSSE HÁ UMA SEMANA, COM PIORA NOS ÚLTIMOS DOIS DIAS. ANTECEDENTES CLÍNICOS: DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. FORAM realizados EXAMES DE IMAGEM: ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME, CUJO LAUDO NÃO MOSTROU COLEÇÃO DE NA PAREDE ABDOMINAL; TOMOGRAFIA DE ADBOME, na qual FOI POSSÍVEL VISUALIZAR ACÚMULO DE LÍQUIDO NO PLANO MUSCULAR, NAS REGIÕES ANTERIOR ESQUERDA E FLACO ESQUERDO. EXAMES DE LABORATÓRIO MOSTRARAM LEUCOCITOSE DE 17300 COM 7% DE BASTONETES, SUGERINDO PROCESSO INFECCIOSO RECENTE. O hematoma dos músculos retos abdominais é uma coleção aguda ou crônica de sangue no músculo reto abdominal ou entre este e a sua bainha aponeurótica. É ainda considerado uma entidade rara, com acometimento de cerca de 1/10.000 de todas as urgências. a irrigação sanguínea dos músculos retos abdominais é importante para a compreensão do caso. A artéria epigástrica superior segue a direção primitiva da artéria torácica interna, descendo através das inserções costal e esternal do diafragma, penetra na bainha do músculo reto abdominal, a princípio dorsal ao músculo. Depois, perfura-o e o irriga, anastomosando-se com a artéria epigástrica inferior, ramo da artéria ilíaca externa. ALGUNS RAMOS PERFURAM a lâmina anterior da bainha do músculo reto e irrigam os outros músculos do ABDOME. A localização mais frequente do hematoma ocorre ao nível da linha semicircular de Douglas, onde a artéria epigástrica inferior penetra na bainha do reto abdominal. o fator predisponente mais frequentemente citado é o uso da terapia anticoagulante profilática. No entanto, qualquer contratatura muscular mais intensa ou abrupta, como a desencadeada por tosse persistente, esforço físico, ou mesmo um trauma, podem provocar solução de continuidade nos vasos epigástricos com conseqüente sangramento para dentro do músculo ou entre este e a sua bainha aponeurótica. A PACIENTE foi tratada com repouso, analgesia, antiinflamatórios e cobertura antibiótica. recebeu alta após 7 dias de tratamento, com melhora do quadro, comprovada através de novo exame tomográfico, que mostrou diminuição do volume da coleção líquida.

PALAVRAS-CHAVES: HEMATOMA | ESPONTÂNEO | RETO-ABDOMINAL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2385

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Leiomioma Colônico Extraluminal ? Uma causa rara de massa Abdominal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO DOS SANTOS PEREZ (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), FELIPE HADDAD LOVATO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), RAMIRO COLLEONI NETO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), DAVID CARLOS SHINGUEOKA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), GASPAR DE JESUS LOPES FILHO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), RICARDO ARTIGIANI NETO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MILTON SCALABRINI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

RESUMO: Leiomioma é uma neoplasia cuja principal característica é diferenciação em músculo liso que pode ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal. São mais frequentemente encontrados no estômago e duodeno proximal em apenas 3% dos casos se apresentam no cólon. De acordo com uma série de 88 casos de Miettinen et al são mais frequentes em homens em uma razão 2,4:1 com idade mediana de 62 ao diagnóstico. Classicamente se apresentam com quadro de dor e massa abdominal, muitas vezes são também achados de exame de imagem. São neoplasias naturalmente benignas e com bom prognóstico geralmente após ressecção cirúrgica. Apresentamos um caso de uma paciente de 43 anos assintomática que veio encaminhada ao nosso serviço para investigação de massa abdominal palpável em fossa ilíaca direita há 5 anos. Foi realizada uma ultrassonografia em que foi observado massa expansiva intraperitoneal localizada no mesogastro, heterogênea de contornos regulares e limites precisos, com vascularização predominantemente central medindo 12,9x9,5x5,8cm além de uma tomografia computadorizada de abdome que mostrou volumosa formação expansiva, com densidade de partes moles, contornos lobulados, localizada no flanco direito/mesogastro, medindo 14x7cm nos maiores eixos com íntimo contato com o músculo reto abdominal anterior à direita, sem plano de clivagem definido. Paciente estava em bom estado geral sem outras queixas e foi realizada laparotomia com hemicolectomia direita com ressecção em bloco de massa pediculada de 15cm localizada na parede externa do cólon direito que foi removida. No anátomo-patológico foi descrito uma massa de 750g medindo 13,8cm no seu maior eixo e superfície externa revestida por serosa lisa, brilhante e translúcida, revelando vasos tortuosos de calibres variados. Aos cortes a lesão era brancacenta e fasciculada, com consistência firme elástica e testes de imunohistoquímica compatíveis com leiomioma. Leiomiomas são neoplasias mais frequentes no trato genital feminino e raramente são vistos nessa localização. A maioria deles é assintomática e tem ótimo prognóstico, sendo a recidiva é um evento raro. Constituem um importante diagnóstico diferencial de massa abdominal junto com outras neoplasias como GIST e Schwannoma gastrointestinal. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica. Nosso caso traz um leiomioma com apresentação clássica mas de tamanho e localização raros com resolução cirúrgica e boa evolução.

PALAVRAS-CHAVES: Leiomioma | Trato digestivo | Massa pélvica

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2414

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Solução para tratamento de Fasciíte necrotizante em Hospital com poucos recursos: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE (HRG), GABRIEL BROM ANDRADE (HRG), ANNA CLARA BARROS REGATIERI (FACIPLAC), EUDES CARVALHO ASSIS FILHO (FACIPLAC), FERNANDA CRISTINA SOUSA SILVA (FACIPLAC), LUZIA ANGELINA DE SOUZA (FACIPLAC)

RESUMO: Introdução:é incomum,elevada gravidade, progressão rápida e letalidade 45% na presença de F.R.Ampla área de necrose e celulite das fâscias superficial e profunda e do subcutâneo, podendo atingir a musculatura e o peritônio. A infecção dissemina-se para a fâscia profunda; A maioria , trata-se de infecção polimicrobiana.Evolução rápida para toxemia e extrema prostração. Preconiza-se a exploração cirúrgica emergencial. Concomitante ao tratamento cirúrgico, a antibioticoterapia coadjuvantes. Após a cirurgia, iniciará um complexo processo de cicatrização; podendo ser influenciado por diversos fatores que se subdividem em sistêmicos e locais. O estudo descreve um paciente com lesão traumática, após acidente motociclístico, e em seguimento para resolução da ferida após o desbridamento cirúrgico..Relato de caso: W.S.S, 39 anos, masculino, vítima de acidente procurou o HRG após 12 dias do trauma com dor e saída contínua de secreção fétida pela ferida.Quadro febril taquicardia e hipotensao, extensa área de necrose em coxa direita e glúteo direito, bem como grande área de flutuação.Leucograma 25.800 desvio à esquerda. Imediatamente foi submetido à drenagem de 1600mL de secreção purulenta. Antibioticoterapia rigorosa com meropenem e vancomicina e utilizou-se esponja estéril de degermação, além de sucções intermitentes e cobertura com várias proteções, entre aquacel e alginato. Evoluiu com melhora significativa do quadro clínico, da ferida operatória e normalização do leucograma enquanto aguarda cirurgia reconstrutora.Conclusão. É rapidamente progressiva que determina extensa necrose tecidual local, quadro séptico grave, responsável pela elevada mortalidade, resulta em alta morbidade pela perda tecidual. A terapêutica mais utilizada é a cobertura da ferida com gaze úmida. Recentemente,o uso do curativo a vácuo para períneo e membros inferiores. Estudos sugerem que o curativo a vácuo acelera e potencializa a cicatrização da ferida, visto que, favorece a remoção de exsudato e a estabilização do meio. Com custo aproximadamente sete vezes maior, estando indisponível no serviço público de saúde. No estudo foram utilizados sucções intermitentes dos locais secretivos, limpeza rigorosa com esponja estéril de degermação e colocação de curativo de aquacel que é super absorvente, mantendo o desbridamento autolítico;alginato de cálcio, que auxilia no desbridamento e têm alta capacidade de absorção e induz a hemostasia. Por meio desta conseguiu-se alcançar um resultado favorável.

PALAVRAS-CHAVES: cicatrização |ferida |fasciite necrotizante

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2433

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABORDAGEM DA APENDICITE AGUDA NO IDOSO: A SUSPEITA DE OBSTRUÇÃO TUMORAL NORTEIA O TRATAMENTO OPERATÓRIO?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA MUNIZ FERREIRA (UNIFOA), SARAH STERPHANE FERNANDES (UNIFOA), ROBERTO MARCELLUS DE BARROS SENA (UNIFOA E HOSPITAL VITA VOLTA REDONDA), MANOEL SIQUEIRA NETO (HOSPITAL VITA VOLTA REDONDA), MARINA DE OLIVEIRA NUNES IBRAHIM (LABORATÓRIO PASTEUR), CARLOS ROCHA MAIA (HOSPITAL VITA VOLTA REDONDA), HELOISA MAGDA RESENDE (HOSPITAL VITA VOLTA REDONDA)

RESUMO: Introdução: A apendicite aguda (AA) é a emergência cirúrgica mais comum no nosso meio. Resulta de obstrução, infecção e trauma do apêndice vermiforme e é responsável por cerca de 2% das admissões hospitalares. Sabe-se que 2,75% dos casos de AA ocorrem em pacientes com mais de 60 anos, e que nesses pacientes é comum o tumor se manifestar como AA devido a obstrução maligna da luz apendicular. Dentre os tumores de apêndice é possível destacar três principais classificações: Carcinoide, Adenocarcinoma e adenocarcinoide. O tratamento é cirúrgico, podendo ser realizada apendicectomia ou procedimento ampliado de acordo com a histologia do espécime ou mesmo conforme inventário cirúrgico. Relato do Caso: O presente trabalho apresenta um caso de paciente de 69 anos com queixa de dor abdominal recorrente no quadrante inferior direito há meses. Evoluiu com quadro de AA confirmado pela TC que evidenciou sinais de aumento global do apêndice, inflamação periapendicular e obstrução por tecido de partes moles. Suspeitou-se de etiologia tumoral; realizada exploração da cavidade por meio da laparoscopia e a paciente foi submetida a hemicolectomia direita oncológica. O estudo anátomo-patológico concluiu como adenocarcinoma moderadamente diferenciado; a paciente evoluiu em bom estado geral e com acompanhamento oncológico, com dosagens seriadas de marcadores tumorais. Conclusão: A partir da análise de critérios como: tamanho, extensão do tumor no mesoapêndice, localização na base do apêndice, invasão linfática subserosa e idade do paciente, a cirurgia deixa de ter o escopo local e a ressecção ampliada passa a ser imperiosa, inclusive com ressecção de mesocólon. Analisando a literatura atual, concluímos que a apendicite aguda pode ser secundária a obstrução tumoral, principalmente nos idosos, a despeito de sua baixa prevalência; faz-se mister a atenção do cirurgião quanto aos critérios de invasividade/malignidade durante o inventário operatório, pois estes norteiam a tática cirúrgica e determinam a evolução do ponto de vista oncológico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: apendicite aguda | tumor de apêndice | idoso

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2450

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Câncer de mama em mulheres jovens no estado do Tocantins: análise do perfil epidemiológico do período de 2000 a 2015

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VERISSA MARTINS TEIXEIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - ITPAC), PAULA SILVA SOUZA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - ITPAC), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - ITPAC), NADER NAZIR SULEIMAN (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - ITPAC), REINALDO MAGALHÃES FERNANDES (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS)

RESUMO: Objetivo: Descrever as características clínicas e epidemiológicas do câncer de mama em mulheres jovens atendidas no estado do Tocantins. Método: Estudo de dados secundários de câncer de mama em mulheres com idade menor ou igual a 39 anos atendidas nos hospitais de referência no estado do Tocantins nos anos de 2000 a 2015. As informações foram obtidas a partir de dados disponíveis no portal digital do módulo integrador dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC). Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ITPAC sob protocolo nº 1.717.120. Resultados: Durante o período estudado foram diagnosticados 284 casos de mulheres jovens com câncer de mama cadastrados nos Registros Hospitalares de Câncer do estado do Tocantins (Hospital Regional de Araguaína e Hospital Geral de Palmas). A faixa etária com maior prevalência foi de 35 a 39 anos, com 150 casos (52,8%), seguida da faixa de 30 a 34 anos, com 85 (29%) dos casos. Mulheres com idade de 30 anos ou mais corresponderam a 82,7% da amostra. Em relação à raça/cor, 68,6% das mulheres eram pardas; 21% brancas e 7,3% pretas. Quanto ao estado civil, 55% eram casadas. No que se refere à escolaridade, a maioria (32%) eram mulheres com nível médio; baixa escolaridade (nenhuma, ensino fundamental incompleto e completo) representou 44%. A associação com história familiar de câncer esteve presente em 48% dos casos. O consumo de bebida alcoólica foi encontrado em 21% dos casos e tabagismo em 12%. Quanto ao lado acometido, em 51% dos casos a mama acometida foi a direita. O tipo histológico mais frequentemente encontrado foi o carcinoma ductal infiltrante, com 85% dos casos. O estadiamento inicial (TNM graus 0 a 2B) correspondeu a 38% dos casos; tumores com estadiamento avançado (graus 3A a 4) contabilizaram 58%. Conclusões: O câncer de mama em mulheres jovens no Tocantins foi mais frequentemente diagnosticado em estágio avançado, na faixa etária entre 30 e 39 anos, na raça/cor parda e com nível baixo nível de escolaridade. Acredita-se que estas informações poderão ajudar a compreender melhor a realidade do câncer de mama nesta região e ofertar à população um serviço de saúde mais satisfatório e mais direcionado para o perfil da população acometida ou com maior risco de acometimento.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de mama|jovens|Tocantins

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2456

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CASO CLÍNICO - 1º tratamento com Quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) em Blumenau-SC

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ADRIANA DE SOUSA ROS (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), LUIZA HELENA CRISPIM DA SILVA (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), AMANDA BLANSKI DE CASTRO (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), PATRÍCIA DA COSTA CÂMARA (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), MARCOS PIAZZETTA BUENO (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), VITOR HOLMO FIGUEIRA (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU)

RESUMO: INTRODUÇÃO = Nas últimas décadas novas abordagens terapêuticas à carcinomatose peritoneal surgiram sendo que a cirurgia citorrredutora associada a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) se tornaram o tratamento com maior probabilidade de alcançar sobrevida prolongada. O caso clínico da paciente que recebeu o tratamento HIPEC tinha como doença de base um adenocarcinoma moderadamente diferenciado do tipo endometrióide, infiltrando extrinsecamente órgãos adjacentes. OBJETIVOS = Descrever o primeiro caso clínico que utilizou HIPEC como tratamento em Blumenau ? SCCASO CLÍNICO = Paciente feminina 57 anos, obesa mórbida e hipertensa. Em 2014 iniciou quadro de dor abdominal em baixo ventre sendo diagnosticada com câncer de ovário esquerdo do tipo carcinoma pouco diferenciado. Realizou exérese de tumor de ovário esquerdo e seis sessões de quimioterapia com Carbo + Taxol. Em 2015 foi novamente explorada cirurgicamente com exérese de tumoração anexial direita e grande omento, possuía aderências múltiplas entre bexiga e reto. Em setembro de 2016 foi encaminhada pelo oncologista ao serviço de cirurgia oncológica da Clínica VIDAR devido a adenocarcinoma tubular evidenciado em biópsia realizada via colonoscópica. Apresentava Ca 125 30,8 e TC de tórax e abdome com a presença de SED e colelitíase. Em outubro de 2016 foi realizada por via laparoscópica retosigmoidectomia, linfadenectomia retroperitoneal, cistectomia parcial e enterectomia devido a infiltração de bexiga e íleo distal. Os resultados histopatológicos da peça cirúrgica foram: adenocarcinoma moderadamente diferenciado endometrióide de 65cm infiltrando extrinsecamente o cólon, delgado e parede vesical. Linfonodos 0-30. No pós operatório evoluiu sem intercorrências. Devido a extensa disseminação tumoral em 12/01/2017 realizou peritoniectomia pélvica, histerectomia ampliada (incluindo anexos esquerdo), linfadenectomia retroperitoneal, linfadenectomia pélvica, colectomia direita, cistectomia parcial, omentectomia, quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. No pós operatório foi internada 3 dias em Unidade de Terapia Intensiva sem intercorrências. CONCLUSÃO = No passado, a carcinomatose era considerada terminal, a maioria dos oncologistas considerava apenas o tratamento paliativo, no entanto, estudos mais recentes descrevem opções de tratamento curativo para pacientes com carcinomatose peritoneal.

PALAVRAS-CHAVES: HIPEC|Carcinomatose Peritoneal|Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2475

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: HÉRNIA DE LITTRÉ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE MARTINS DEVAI (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), CAROLINA BARROS DA ROCHA (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), CRISTHIAN JAILLITA MENESES (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), HANA RAYSSA MATTOS DE LOSSIO E SEIBLITZ (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), LUCIO RAVEL SILVA ANDRADE COSTA (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), JOÃO CARLOS FALONE NUNES (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), CAMILA ABELHA BINATTO (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO), HISASHI AOYAGI (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINO CARICCHIO)

RESUMO: RELATO DE CASO: HÉRNIA DE LITTRÉ
Palavras-chaves: hérnia de Littré, divertículo de Meckel
Resumo
Introdução: A hérnia de Littré, é caracterizada pela presença do divertículo de Meckel no interior do saco herniário. Foi descrita primeiramente, pelo cirurgião francês Alexis Littré em 1700. 1. O divertículo é um remanescente do ducto onfalomesentérico, que no embrião estabelece uma comunicação entre o saco vitelínico e a luz intestinal. 2 Vem a ser a anomalia congênita mais frequente do trato gastrointestinal. É mais prevalente no sexo masculino, na proporção de 3:2, apresentando incidência na seguinte proporção: 50% em região inguinal, 20% em região femoral, 20% em região umbilical, e 10% nas demais regiões. 2 Apresenta mucosa ectópica em mais de 30% dos casos. 1-5
Relato de caso: Paciente do sexo feminino (M.E), 60 anos, admitida no Pronto Socorro do Hospital Municipal Carmino Caricchio-Tatuapé- São Paulo SP, com quadro clínico de abdômen agudo obstrutivo, associado a perda ponderal de 15kg em 3 meses. Realizado passagem de Sonda Nasogástrica, apresenta melhora episódica do quadro obstrutivo, com retorno do quadro após retirada da mesma. Em decorrência da refratariedade ao tratamento clínico, indicou-se Laparotomia Exploradora. Durante o ato operatório, identificou-se hérnia tipo Nyhus III C, sendo identificado segmento de íleo com divertículo de Meckel encarcerado, com base estreita e dilatação à montante. Realizado enterectomia a 140 cm do ângulo de Treitz, com anastomose termino-terminal em 2 planos e reparo da hérnia femoral pela técnica de Mc Vay. A paciente, evolui com atelectasia no pós operatório imediato, com melhora do quadro após fisioterapia respiratória contínua. Sem demais intercorrências. Apresenta biópsia compatível com divertículo de Meckel, associado à fibrose. Conclusão: Na hérnia de Littré, o divertículo pode se apresentar, encarcerado, estrangulado, com fistulas entero-cutâneas e obstrução. Sinais de obstrução intestinal podem ocorrer tardiamente. Entre os principais destacamos, vômitos e dor abdominal. Podendo não haver sinal específico de envolvimento intestinal. 2;4;5. O diagnóstico pré-operatório da hérnia de Littré com US ou TC é extremamente raro e é normalmente um achado peroperatório. 3;4

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA DE LITTRÉ | HÉRNIA FEMORAL | DIVERTÍCULO DE MECKEL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2477

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Equipamento cirúrgico para aplicação de microcapsulas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO SOUBIHIA DE FARIA (NÃO ESPECIFICA), THIAGO REIS ZANON (NÃO ESPECIFICA), PAULO ROBSON DE FARIA (NÃO ESPECIFICA), WLADIMIR OLIVEIRA FIGUEIREDO (NÃO ESPECIFICA), ELZA EUGÊNIA BRAGANTE SOUBIHIA (NÃO ESPECIFICA)

RESUMO: OBJETIVO:Desenvolver um instrumento cirúrgico manual e simples, para o depósito de microcápsulas.METODO:Inicialmente foi realizado o estudo das dificuldades na utilização dos equipamentos de infusão manual presentes em centros cirúrgicos, como por exemplo; a demora na recarga (que pode sedimentar microcápsulas), a facilidade de queda, a necessidade de mão auxiliar para aspiração e a imprecisão na aplicação (quando não infundido) a céu aberto.Pesquisadas as patentes no Patentscope (WIPO), onde não foi encontrado projeto similar ao idealizado.Projetados os desenhos industriais e em perspectiva a fim de sanar os problemas em questão.Realizados testes de materiais, e escolhidos o ácido polilático (PLLA) e o acrilonitrila-butadieno-estireno (ABS), para as primeiras prototipagem do equipamento.RESULTADO:Desenho base e ato inventivo bem caracterizado; registrada Pat. Req. ?EQUIPAMENTO CIRÚRGICO DE DIVULSÃO, APLICAÇÃO, ASPIRAÇÃO E COLETA?(BR2020170025140).Em desenvolvimento os modelos computacionais para teste de tamanho, forma, ergonomia, volume estrutural, vazão do canal.Iniciados os testes de prototipagem.Bibliografia:Pedro Soubihia de Faria. Equipamento cirúrgico de divulsão, aplicação, aspiração e coleta. BR Pat. Req. 202017002514-0 07 fev. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: Prototipagem Cirurgica|Equipamento médico|microcapsulas

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2504

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Antissepsia, Paramentação, Instrumentação e Visita ao Centro Cirúrgico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS SCARANELLO (UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), TÁBATA PAOLA MALTA DE ARAÚJO (UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), CLARA HELENA BELIZÁRIO RAPOSO (UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), CAMILA MARTINS FERNANDES PEREIRA (UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA (UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ROSSANO KEPLER ALVIM FIORELLI (UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

RESUMO: OBJETIVOS Relatar a experiência da LATEC em ensinar aos alunos da graduação médica a técnica de antissepsia, paramentação e instrumentação cirúrgica, mostrar os instrumentos básicos usados em cirurgia e apresentar o centro cirúrgico (CC), tendo em vista a importância desses conhecimentos no âmbito da graduação, na qual o aluno passa por práticas dentro do CC, e, dessa forma, entra em contato com pacientes da unidade, devendo ter responsabilidade no tocante à contaminação, transmissão de infecções, além de estar apto a auxiliar os procedimentos quando requisitado. MÉTODO Recebemos 25 alunos em três dias, divididos em dois grupos de oito e um de nove. Cada grupo tinha dois monitores capacitados. A capacitação dos monitores ocorreu dentro da Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO, onde os próprios alunos de períodos mais avançados ensinaram os monitores como fazer a lavagem das mãos e a preparação do campo cirúrgico. Foram apresentados os instrumentos básicos usados em cirurgia, uma vez que nem todos os monitores tinham passado pela disciplina de técnica operatória e cirurgia experimental. A oficina iniciou dentro do CC do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), hospital escola da UNIRIO, com orientações gerais sobre a visita. Os envolvidos trocaram suas roupas pelos pijamas cirúrgicos e foram orientados sobre a colocação de touca, máscara e propé. Em seguida, fez-se uma visita guiada às salas para conhecer a estrutura e equipamentos usados em procedimentos cirúrgicos. Os participantes realizaram sua própria paramentação cirúrgica com instruções sobre antissepsia, lavagem de mãos, instrumentação, colocação do capote e luva estéril. Além disso, foram orientados de como se portar dentro do ambiente cirúrgico. Foram avaliados então, os conhecimentos prévios dos alunos participantes, através das perguntas por estes feitas aos monitores, além de um questionário oral sobre o número de vezes em que os participantes haviam estado em um CC. RESULTADOS Dos vinte e cinco alunos 32% (oito alunos) não conheciam as técnicas ministradas e dois nunca haviam entrado no CC, representando 8% do total. A atividade teórico-prática proporcionou conhecimento aos alunos que não possuíam vivência de centro cirúrgico, diminuindo a insegurança ao entrar em campo. CONCLUSÕES Os participantes tornaram-se aptos a frequentar, seguir as normas de segurança e as regras de comportamento recomendadas. Portanto, podem contribuir com o bom funcionamento do serviço hospitalar.

PALAVRAS-CHAVES: ensino | paramentação | centro cirúrgico

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2509

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CLASSIFICAÇÃO DE COMPLICAÇÕES OPERATÓRIAS(CLAVIEN DINDO, 2004) PARA USO EM CIRURGIAS DE URGÊNCIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), THAIS REALI DE JESUS SIQUEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ANTONIO SCROCCO DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Objetivo:validação da classificação de complicações cirúrgicas de Clavien Dindo para sua utilização em procedimentos de urgência. Materiais e Método: estudo prospectivo realizado no período de outubro de 2015 a maio de 2017 em hospital secundário público. Foram incluídos pacientes submetidos a cirurgias de urgência sob anestesia geral ou regional, operados pela equipe de cirurgia geral.Os dados analisados foram idade, gênero,risco anestésico-cirúrgico (ASA), tempo cirúrgico, complicações pós-operatórias, mortalidade e tempo de permanência hospitalar (TPH). Os procedimentos cirúrgicos foram categorizados de acordo com a complexidade em A:procedimentos sem abertura da cavidade abdominal ou torácica (CAT) , B:Procedimento com abertura deCAT e C: cirurgia hepática, esôfago, pâncreas, colon, estômago, baço, reto e retroperitônio e as complicações conforme a classificação de Clavien-Dindo (CD), que correlaciona a gravidade da ocorrência com a terapia necessária (grau I a IV) ou óbito (grau V) . Os resultados foram submetidos à análise estatística. Resultados: foram operados 326 pacientes. A média de idade foi de 44 ±21 anos e 43% era do sexo feminino. Todas as cirurgias foram definidas como contaminadas ou infectadas.Os procedimentos foram distribuídos quanto a complexidade A 37% (120/326), B 33% (108/326) e C 30% (98/326). O escore ASA 1 e 2 representou 80% e somente 20% de ASA 3 e 4. A média de tempo de cirurgia foi de 2,2 horas (0,3 -7,5 h) e o tempo médio de internação foi de 7,2 dias (variando de 0,8 à 108 dias). Ocorreram complicações em 96 pacientes (29,4%). Distribuídos na classificação CD, 3,4%(11/326) foram grau I, 10,4%(39/326) grau II, 8,3% (27/326) grau III, 3,7%(12/326) grau IV e 3,4% (11/326) grau V. O TPH foi progressivo nas graduações CD (p Conclusões: a CD é aplicável em cirurgias de urgência apresentando correlação entre os graus de complicação e o TPH. Bibliografia:1. EelkeB, EelcoJV, MariskaACet al. Variable impact of complications in general surgery: a prospective cohort study. Can J Surg2012 ; 55:163-1702.MoreiraLF, PessoaMCM, MattanaDSet al. Adaptação cultural e teste da escala de complicações cirúrgicas de Clavien-Dindo traduzida para o Português do Brasil. Rev. Col. Bras. Cir. vol.43 no.3 Rio de Janeiro May./June 2016.

PALAVRAS-CHAVES: Complicações Intraoperatórias |Laparotomia |Urgência

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2510

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: UTILIZAÇÃO DA MATRIZ NINE BOX NA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO MÉDICO DE EQUIPE CIRÚRGICA DE URGÊNCIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), THAIS REALI DE JESUS SIQUEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: OBJETIVO: demonstrar a aplicabilidade da matriz nine box na avaliação do desempenho de equipes cirúrgicas de urgência. MATERIAIS E MÉTODO: Matriz Nine Box utiliza duas dimensões (adaptadas para eficiência e eficácia do cirurgião) com 3 graduações cada e o cruzamento destas resulta em 9 conceitos de desempenho, agrupados em 3 categorias: VERDE- cirurgiões eficientes e eficazes: profissional alvo, em crescimento e de alto impacto; AMARELO- cirurgiões com eficiência OU eficácia limitada: profissional de confiança, diversificação limitada e enigma; VERMELHO- cirurgiões de eficiência e eficácia limitada: quarentena A, quarentena B e profissional de risco. Foram avaliados os cirurgiões que realizam plantões semanais. A eficácia foi determinada após uma avaliação 360º com os seguintes itens: taxas de produtividade cirúrgica, taxa de complicações operatórias, complexidade das cirurgias realizadas e avaliações subjetivas (realizadas pelo cirurgião par, residentes de cirurgia geral, gestor, instituição e uma auto avaliação). Para graduação da eficiência: grau 1- apenas residência em cirurgia geral, grau 2- residência e experiência maior que 5 anos em cirurgia geral e grau 3- título de subespecialidade cirúrgica. Após finalizar a avaliação, aloca-se o cirurgião na planilha NINE BOX de classificação de desempenho para definição das ações a serem tomadas. RESULTADOS: na primeira avaliação em 2015, identificou-se 2 profissionais alvo, 1 profissional de confiança, 12 profissionais em crescimento e 2 em quarentena. Em 2016, a nova avaliação demonstrou 2 profissionais alvo, 1 profissional de alto impacto, 1 profissional de confiança, 9 profissionais em crescimento, 3 enigmas e 1 em quarentena. Em relação a evolução do ciclo 2015-2016, 4 cirurgiões progrediram, 4 regrediram e 9 permaneceram estáveis no conceito. Com esses resultados propôs-se a disponibilização para o mercado de 2 profissionais que regrediram e outro que se manteve em quarentena. CONCLUSÃO A matriz nine box é uma ferramenta gerencial efetiva para a gestão de equipes médicas, permitindo o crescimento e a melhoria contínua. Bibliografia: Neeshu M. 360 Degrees Performance Appraisal: IRACST- International Journal of Research in Management & Technology (IJRMT), Vol.6, No.1, Jan-Feb 2016

PALAVRAS-CHAVES: Administração de Recursos Humanos | Gerenciamento da Prática Profissional | Avaliação de Desempenho Profissional

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2523

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL NO SERVIÇO DE CIRURGIA DE URGÊNCIA EM HOSPITAL SECUNDÁRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), LUCAS CARTAFINA BARBOSA DE SOUSA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), AMANDA DA CUNHA BORGES (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Objetivo: implantar um novo modelo assistencial (Método HDS) e avaliar as repercussões no atendimento do paciente cirúrgico de urgência. Método: estudo retrospectivo realizado em hospital público, nível secundário, no 1º trimestre de 2015 e 4º trimestre de 2016. Foram incluídos os pacientes operados por sepse de foco abdominal e maiores de 14 anos. O estudo compreendeu 2 períodos: fase I (pré-HDS)? os plantonistas agiam de maneira autônoma, e fase II (método HDS implantado)? um cirurgião sênior discutia os casos com os plantonistas, definia conduta, programava a sequência cirúrgica e fiscalizava a execução. Os resultados foram submetidos à estatística. Resultados: foram avaliados 65 pacientes na fase I e 105 na fase II. Os grupos eram semelhantes, pois não apresentaram diferenças significantes na média de porte cirúrgico-CBHPM ($7.5 \pm 0,5$ na fase I e $7,9 \pm 0,9$ na fase II) e no tempo cirúrgico médio (2,8 horas). A taxa de pacientes que retornaram ao pronto socorro para definição cirúrgica caiu de 13% para 4% ($p=0,028$). O intervalo médio entre admissão hospitalar e início da cirurgia foi reduzido de $18h \pm 11,7h$ para $14h \pm 12,5h$ ($p=0,007$). Na fase I, 44,6% das cirurgias eram realizadas no período in hours (dias úteis das 7h às 19h) e na fase II subiu para 60% ($p=0,05$). A taxa de pacientes com risco anestésico-cirúrgico ASA I e II subiu de 52% para 83% ($p=0,001$). A taxa de colecistectomia laparoscópica de urgência era de 8,3% na fase I e alcançou 96% na fase II (p Conclusões: o Método HDS determinou a redução de pacientes que retornam ao hospital para definição cirúrgica e do intervalo entre a admissão hospitalar e o início da cirurgia. Além disso, aumentou os índices de pacientes com baixo risco anestésico-cirúrgico, de colecistectomias laparoscópicas de urgência, de pacientes com internação inferior a 48 horas e de pacientes operados no período in hours. Bibliografia: 1. Pritchard N, Newbold R, Robinson K et al Effect of the acute general surgical unit: a regional perspective, ANZ Journal of Surgery, 2016, n/a. 2. Shakerian BN, Thomson A, Gorelik I et al. Outcomes in emergency general surgery following the introduction of a consultant-led unit, British Journal of Surgery, 2015, 102, 13, 1726

PALAVRAS-CHAVES: Serviços Médicos de Emergência | Gestão da Qualidade | Cirurgia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2546

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adrenalectomia videolaparoscópica de leiomiossarcoma primário de adrenal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAMELA NUNES ALECRIM DE SOUZA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM), ROGÉRIO DARDENGO GLÓRIA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM)

RESUMO: Introdução: O leiomiossarcoma da glândula adrenal é uma neoplasia maligna extremamente rara e de etiologia desconhecida. Sabe-se apenas que seu crescimento ocorre a partir de estruturas que contenham músculo liso e que sua origem provém da veia central da adrenal ou de suas tributárias. Inicialmente pode apresentar-se assintomático ou com sintomas inespecíficos. Relato: Paciente feminina, 58 anos, branca, em seguimento há 4 anos de tumor de adrenal esquerda, apresentou, em 1 ano (TC em 07/14 e 07/15), aumento importante no volume e mudança no aspecto homogêneo para irregular e heterogêneo, com captação errática de contraste, sem linfonomegalia ou sinais de invasão de estruturas adjacentes. Diante dos resultados, em 20/07/15, a paciente foi submetida a adrenalectomia videolaparoscópica com linfadenectomia retroperitoneal, sem intercorrências. A peça foi submetida a análise histopatológica, medindo 6,9 x 6,1 x 2,8, revelando padrão morfológico observado no leiomiossarcoma, apresentando margens cirúrgicas comprometidas pela neoplasia. Dois meses após a cirurgia, foi submetida ao resgate cirúrgico com esplenectomia, nefrectomia esquerda, pancreatectomia caudal e linfadenectomia paraortica. Recebeu alta após 7 dias de internação hospitalar com importante melhora clínica. Conclusão: Paciente segue em acompanhamento ambulatorial há 1 ano, livre de doença. Apesar da raridade desta neoplasia, a adrenalectomia é o tratamento de escolha, não sendo necessários radioterapia ou quimioterapia em doenças não metastáticas.

PALAVRAS-CHAVES: leiomiossarcoma de adrenal | adrenalectomia videolaparoscópica | leiomiossarcoma não secretor

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2553

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PANICULITE MESENTÉRICA: ACHADO INCIDENTAL EM HERNIORRAFIA INGUINAL ELETIVA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), SAMANTHA CAVALCANTE DE BRITO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), FABIO SOUZA GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), AMANDA DA CUNHA BORGES (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Introdução: paniculite mesentérica é uma doença inflamatória rara que acomete principalmente o tecido adiposo do mesentério do intestino delgado e cólon. Os casos podem variar desde assintomáticos a graves, quando há presença de dores abdominais persistentes. O diagnóstico é realizado pelos exames de imagem, como tomografia computadorizada e a confirmação por biópsia. Neste trabalho é apresentado um relato de caso de paniculite mesentérica em um paciente submetido à herniorrafia inguinal eletiva. Relato de Caso: paciente gênero masculino, 63 anos, admitido para herniorrafia inguinal eletiva. Portador de hipertensão e hiperplasia prostática benigna, fazendo uso de anti-hipertensivo e doxazosina. No exame físico, apresentava bom estado geral, anictérico, afebril, normotenso, normocorado e hidratado. O abdome apresentava-se plano, flácido, indolor e hérnia inguinal esquerda redutível. A triagem nutricional foi realizada e o paciente encontrava-se eutrófico. O ato cirúrgico foi iniciado por uma inguinotomia. Após abertura do saco herniário (Nyhus IIIa) ocorreu extravasamento de secreção de aspecto seropurulento. Realizada laparotomia mediana, observado cerca de 100 ml de secreção leitosa em região hipogástrica, a qual não foi aspirada e desprezada. A raiz do mesentério encontrava-se espessada. Realizada biópsia do mesentério de cerca de 1 cm. Os exames laboratoriais do paciente não apresentaram alterações. Na tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve, foi observado espessamento de todo o mesentério, ectasia dos vasos mesentéricos, sinal do anel de gordura, a presença de uma pseudocápsula e aumento da densidade do tecido adiposo. O paciente teve alta no 2º dia pós operatório, em bom estado de saúde e assintomático. Foi receitado apenas analgésicos. No retorno ambulatorial após duas semanas o paciente encontrava-se assintomático sendo retirados os pontos. O exame anatomopatológico, constatou que os tecidos conjuntivo e adiposo apresentavam fibrose, contudo sem sinais de malignidade. Realizada imunohistoquímica que indicou um processo inflamatório crônico em tecido adiposo sem imunexpressão de antígenos epiteliais e com macrófagos abundantes correspondendo a uma provável paniculite mesentérica. Conclusão: a paniculite mesentérica é um processo inflamatório benigno que impõe desafio diagnóstico, devendo ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes com sintomas abdominais e espessamento de raiz de mesentério.

PALAVRAS-CHAVES: Paniculite Peritoneal | Ascite quilosa | Herniorrafia Inguinal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2559

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INFILTRAÇÃO INCISIONAL DE CLORIDRATO DE ROPIVACAÍNA 0,75% PARA A REDUÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA ELETIVA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCIANA ANDRADE DE GODOY (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA), SARA VENOSO COSTA (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA), ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA)

RESUMO: Objetivo: Avaliar a analgesia proporcionada pela infiltração de cloridrato de ropivacaína na ferida operatória em pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Método: Ensaio clínico randomizado com pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Os participantes receberam o mesmo esquema de analgesia. O grupo intervenção recebeu também infiltração subcutânea de 10ml de cloridrato de ropivacaína a 0,75% nas incisões logo após o fechamento da ferida. Receberam alta em 24 horas e, após 48 horas de pós-operatório, foram entrevistados por meio de contato telefônico, utilizando-se questionário com perguntas fechadas. Os resultados foram submetidos à análise estatística. Resultados: Cem pacientes participaram do estudo, sendo 47 do grupo controle e 53 do grupo intervenção. No grupo controle, 53,2% dos pacientes queixaram-se de dor e no intervenção, 45,2%. A nota média de dor (0-10) foi de 2,2 no grupo controle e de 1,9 no da intervenção. A média de doses de dipirona sódica foi igual em ambos os grupos (1,8), porém a de cloridrato de tramadol foi de 0,7 no grupo controle e de 0,3 no da intervenção. Houve redução significativa na ocorrência de dor umbilical nos pacientes do grupo intervenção (pConclusão: Houve diminuição na dor em região umbilical nos pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica no grupo de pacientes que recebeu infiltração incisional de cloridrato de ropivacaína 0,75%. Não houve diferença no consumo de analgésicos domiciliares, na presença de dor no período pós-operatório e realização de atividades de vida diária. Bibliografia: 1.Blichfeldt-Eckhardt MR, Ording H, Andersen C, Licht PB, Toft P. Early visceral pain predicts chronic pain after laparoscopic cholecystectomy. Pain. 2014;155(11):2400-7. 2.Moreira L, Truppel YM, Kozovits FGP, Santos VA, Atet V. Analgesia no pós-cirúrgico: panorama do controle da dor. Revista Dor. 2013;14:106-10. enfermeiros de um hospital geral. Texto & Contexto - Enfermagem. 2010;19:283-90.

PALAVRAS-CHAVES: LAPAROSCOPIA | ROPIVACAÍNA | DOR

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2563

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abscesso perinefrético com fístula para tórax: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BHEATRIZ RESOLEM SILVA SANCHES (UNINGÁ), NATHAN UEHARA LIRA (HOSPITAL MEMORIAL -UNINGÁ), MARCO AURÉLIO ORNELLAS (UNINGÁ), ADORÍSIO BONADIMAN (UNINGÁ)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Um abscesso perinefrético é uma coleção purulenta ao redor dos rins. É raro em comparação a outras infecções do trato genitourinário, porém pode ter morbimortalidade significativa. Seu curso clínico insidioso e sintomas inespecíficos podem dificultar seu diagnóstico em primeiro momento. **CASO:** N.D.S., 45 anos, feminino, admitida em enfermaria com dor retroesternal, dispneia e cefaleia, tosse seca, dorsalgia e febre. Internamento há 3 semanas por pielonefrite. Ao exame físico, apresentava-se dispneica, com estertores crepitantes bilateralmente e murmúrios vesiculares ausentes em hemitórax direito à ausculta pulmonar. USG compatível com pielonefrite aguda à direita, além de esplenomegalia homogênea. Evoluiu com piora da dispneia, saturação de O₂ de 89%, febre e rebaixamento de nível de consciência. Foi transferida para UTI. Análise de líquido pleural revela exsudato. RX de tórax apresentando derrame pleural importante à direita. Realizado drenagem de tórax à direita, mantendo débito diário de aproximadamente 800ml. TC de abdome total com alterações do rim direito e dos espaços perinefréticos e paranefréticos adjacentes, sugestivos de pielonefrite com abscessos perinefréticos. Realizado toracotomia aberta com drenagem de empiema, decorticação pulmonar e limpeza de cavidade torácica e dreno de tórax, evidenciando presença de fistula drenando produto de abscesso perinefrético. Administrado metronidazol 500 mg por 5 dias, cefepime 1g EV 8/8h e clindamicina 600mg EV 6/6h por 10 dias. No 8º pós-operatório (PO), foi retirado dreno de tórax anterior, paciente permanecia estável com melhora clínica e dreno com débito zero. Paciente recebeu alta da UTI para enfermaria no 13º PO, evoluindo com melhora clínica, recebendo alta hospitalar no 21º PO, com programação de retorno em 15 dias ao ambulatório. **CONCLUSÃO:** Devemos considerar o diagnóstico de abscesso perinefrético em pacientes com dor em flanco unilateral associada a febre e sem resposta ao tratamento para pielonefrite aguda. A tomografia computadorizada é padrão-ouro para diagnóstico. O tratamento dos abscessos perinefréticos é a drenagem. Antibioticoterapia é adjuvante no controle da sepse e prevenção da disseminação da infecção. A demora no diagnóstico e a presença de comorbidades levam a uma taxa de mortalidade de até 22%. Sendo assim, o diagnóstico imediato e o uso de antibioticoterapia apropriada em conjunto com a drenagem permitem um bom resultado clínico na abordagem de abscessos perinefréticos.

PALAVRAS-CHAVES: abscesso perinefrético | pielonefrite | fístula

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2590

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESPLENECTOMIA TOTAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA EM CASO DE ESPLENOMEGALIA ? UM RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO DE ABREU TRAUZYNSKI (HOSPITAL SANTA ISABEL), RAFAEL DIAS DA CUNHA (HOSPITAL SANTA ISABEL - BLUMENAU - SC), EDUARDO JOSÉ CECCHIN (UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), BRIAN SILVESTRE (HOSPITAL SANTA ISABEL), ANDREW MAYKON MASSUTTI (HOSPITAL SANTA ISABEL), FRANCISCO FALCHETTI (HOSPITAL SANTA ISABEL), JULIA DUARTE SCHUMACHER (UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), JULIANA VARGAS (UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU)

RESUMO: Introdução: Desde a primeira esplenectomia laparoscópica descrita em 1991 por Delaitre, percebeu-se as claras vantagens da cirurgia laparoscópica sobre a aberta. Embora a técnica seja mais comumente realizada em casos de baço de tamanho normal, a realização em casos de esplenomegalia volumosa vem sendo realizada com sucesso em serviços de referência. Descrição do caso: Paciente feminina, 42 anos, com dor abdominal e em investigação com hematologista de anemia e plaquetopenia a esclarecer. Tomografia computadorizada de abdome com esplenomegalia volumosa, com baço medindo 19,8 cm no maior eixo longitudinal, de aspecto homogêneo associada a ectasia das veias porta esplênicas e da junção esplenomesentérica. Foi internada para ser submetida a cirurgia de esplenectomia total por videolaparoscopia. A cirurgia foi realizada com posicionamento de 4 trocateres (subxifóide, hipocôndrio D, flanco D e umbilical). Para retirada da peça foi usado cicatriz prévia de Pfannestiel e deixado dreno suctor em leito esplênico. Procedimento foi realizado sem intercorrências. O anatomopatológico da peça cirúrgica foi de linfoma não hodgkin de pequenas e grandes células, nodular. Paciente recebeu alta hospitalar no segundo dia de PO. Discussão: A ressecção laparoscópica é o método de escolha para cirurgia de esplenectomia. Apresenta vários dificultadores como por exemplo, espaço de trabalho limitado, aderências de cirurgias prévias e principalmente as inerentes ao tamanho do órgão. A esplenomegalia é definida quando o baço possui comprimento craniocaudal superior a 17 cm, ou peso superior a 600 g e deve ser contra indicação parcial para o método laparoscópico em serviços de baixo volume. Com a transposição de curva de aprendizagem pode ser método efetivo e seguro com melhor recuperação pós operatória e retorno precoce á atividades laborais.

PALAVRAS-CHAVES: Esplenomegalia | Videolaparoscopia | Esplenectomia total

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2619

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL PELO NRS 2002 E SUA RELAÇÃO COM COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS ABDOMINAIS DE GRANDE PORTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO EDER PORTARI FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), RAISSA JOSÉ DE FRANÇA CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ANA BEATRIZ MACHADO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), MARIA GABRIELA FERREIRA DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

RESUMO: Objetivos: Correlacionar a gravidade da desnutrição com as complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a cirurgias abdominais de grande porte no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. A desnutrição está relacionada a maior morbimortalidade em pacientes hospitalares, sendo a identificação precoce e tratamento da mesma essenciais para garantir menor custo, além de qualidade de vida para o paciente, através da minimização de complicações e menor tempo de internação hospitalar. Nesse contexto, o Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) destaca-se como uma importante ferramenta de fácil aplicabilidade, que deve ser avaliada quanto ao resultado preditivo em pacientes submetidos a cirurgias abdominais de grande porte. Métodos: Foi aplicado o questionário NRS 2002 nos pacientes das enfermarias cirúrgicas do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, que seriam submetidos a cirurgias abdominais de grande porte, no momento da admissão hospitalar. Após a realização do procedimento cirúrgico, o paciente foi monitorado nos 60 dias subsequentes quanto ao aparecimento de complicações pós-operatórias (infecciosas ou não), tempo de internação hospitalar e mortalidade. Resultados: Participaram do estudo 106 pacientes, sendo 56,60% do sexo feminino e 43,40% do sexo masculino. Encontrou-se 88,67% do total de pacientes sob risco nutricional segundo o NRS 2002 (NRS \geq 3). Observou-se que este grupo apresentou maior morbimortalidade, já que 90,32% das complicações infecciosas e 91,66% das complicações não infecciosas e 100% dos óbitos ocorreram nestes pacientes. Da mesma maneira, o tempo de internação hospitalar foi superior no grupo sob risco nutricional (NRS \geq 3). Conclusão: O NRS 2002 mostrou-se eficaz não apenas na predição do tempo de hospitalização, como também de complicações pós-operatórias e de mortalidade. Bibliografia: 1. van der Kroft G, Janssen-Heijnen MLG, van Berlo CLH, Konsten JLM. Evaluation of nutritional status as an independent predictor of post-operative complications and morbidity after gastro-intestinal surgery. Clin Nutr ESPEN. 2015;10(4):129-33. 2. Mendes J, Alves P, Amaral TF. Comparison of nutritional status assessment parameters in predicting length of hospital stay in cancer patients. Clin Nutr. 2014;33(3):466-70. 3. Wang S-L, Zhuang C-L, Huang D-D, Pang W-Y, Lou N, Chen F-F, et al. Sarcopenia Adversely Impacts Postoperative Clinical Outcomes Following Gastrectomy in Patients with Gastric Cancer: A Prospective Study. Ann Surg Oncol. 2015;23:556-64.

PALAVRAS-CHAVES: NRS 2002 | desnutrição | complicações pós-operatórias

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2656

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), MAFIRA PEREIRA SAFT (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: OBJETIVO: O objetivo deste estudo é relatar as características epidemiológicas dos pacientes acometidos com carcinoma de células de Merkel, as características clínicas da neoplasia, os fatores para o estadiamento da doença e a melhor terapêutica. MÉTODO: Estudo descritivo e bibliográfico que teve a coleta de dados baseada em Artigos Científicos indexados nas fontes de Pesquisa online: Pubmed, LILACS e Scielo. Sendo os termos chaves utilizados na busca: Carcinoma de células de Merkel, carcinoma neuroendócrino. RESULTADOS: O Carcinoma de células de Merkel (CCM) é um câncer neuroendócrino de pele raro, agressivo. Ocorre principal-mente em áreas expostas ao sol e em pacientes idosos, maioria dos acometidos é de origem caucasiana, e há discreto predomínio no sexo masculino. Inicialmente atua como uma lesão nodular, menor que 2 cm, aderida, de rápido crescimento e com coloração vermelho-azulada. Radiação ultravioleta e imunossupressão podem ser consideradas fatores de risco para essa neoplasia. É mais encontrada em cabeça e o pescoço, seguidos por tronco e membros. A disseminação linfonodal é precoce e frequente, com aproximadamente 20% dos casos apresentando linfonodos positivos. Quando desenvolve doença sistêmica os sítios mais comuns são o fígado, pulmão, ossos e o cérebro. A elaboração diagnóstica inicial deve incluir uma radiografia de tórax para excluir um tumor pulmonar primário, que é diagnóstico diferencial da CCM, e TC de tórax e abdome que ajudam a identificar as metástases a distância em pacientes com doença mais avançada. O CCM é passível de tratamento com cirurgia associada ou não a terapia adjuvante com radio e quimioterapia, sendo feito de acordo com o estadiamento clínico. Nos casos de tumor primário local sem metástase para os linfonodos regionais, recomenda-se excisão com margens amplas de 1-3 cm para evitar recorrência tumoral. Quando há invasão de cadeia linfática regional, indica-se também a excisão radical da cadeia ganglionar seguida de radioterapia. Em casos onde há metástases à distância, está indicada a quimioterapia. Contudo, esta estratégia nem sempre é possível, principal-mente quando ocorre na região da cabeça e pescoço. Nenhum tratamento tem mostrado eficácia quando já há metástase e sobrevida média desses pacientes é de 10 meses. CONCLUSÃO: Daí a importância de colocar essa patologia como um diagnóstico diferencial em casos semelhantes. Para que com diagnóstico precoce haja maior chance de sobrevida nesses doentes.

PALAVRAS-CHAVES: CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL | DIAGNÓSTICO | TRATAMENTO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2666

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DECISÕES TERAPÊUTICAS NO SARCOMA DE EWING: REVISÃO DE LITERATURA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), MAFIRA PEREIRA SAFT (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), BRUNA MARTINS NEIVA BRINGEL (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: OBJETIVO: O objetivo desta revisão é descrever a terapêutica para o Sarcoma de Ewing, realizando uma abordagem atual e integrada dos dados disponíveis na literatura. MÉTODO: Estudo descritivo e bibliográfico com coleta de dados baseada em artigos científicos indexados nas fontes de pesquisa online: Pubmed, LILACS e Scielo. Palavras chaves utilizadas na busca: ?Sarcoma?. ?Ewing?. ?Tratamento?. RESULTADOS: O sarcoma de Ewing (SE) é uma neoplasia óssea de comportamento biológico bastante agressivo, que acomete principalmente indivíduos abaixo dos 30 anos e apresenta predomínio em pacientes do sexo masculino. Ocorre mais frequentemente nos ossos longos, podendo estar presente na pelve, coluna e costelas. Admite-se que seja causado por uma anormalidade cromossômica, mais comumente entre os cromossomos 11 e 22. O tratamento do SE baseia-se numa abordagem multidisciplinar, acoplando quimioterapias intensivas neoadjuvantes e adjuvantes com cirurgia e/ ou radioterapia para o controle do sítio primário e possível doença metastática. Vários fatores influenciam a escolha do tratamento local (por exemplo, idade do paciente, local, tamanho e extensão local do tumor). A radiosensibilidade do SE é considerável, no entanto a radioterapia como única modalidade tem uma alta incidência de recorrência local. A cirurgia foi gradualmente introduzida como tratamento local. O desenvolvimento de técnicas cirúrgicas de substituição óssea, incluindo endopróteses, aloenxertos e auto-enxertos vascularizados tem ajudado. No entanto, efeitos tardios também são observados com a cirurgia (por exemplo, infecção endoprótica, dificuldades de cicatrização óssea, fraturas). Atualmente, a ressecção do tumor é realizada sempre que uma ressecção marginal ou ampla parece possível, pois a ressecção cirúrgica parece ser superior à radioterapia definitiva para controle local. Amputações raramente são indicadas em pacientes para os quais a radioterapia provavelmente resultaria em fracos resultados funcionais devido ao local ou idade do tumor. Hoje, a radioterapia definitiva só é recomendada para lesões inoperáveis. A radioterapia pós-operatória é universalmente recomendada em casos de ressecção cirúrgica incompleta. CONCLUSÕES: Portanto, dado que o tratamento é adaptado ao paciente e às características do tumor (idade, local, tamanho, extensão, estruturas radiosensíveis circundantes), a individualidade é inevitável na tomada de decisão do possível tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: SARCOMA | EWING | TRATAMENTO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2671

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lipodistrofia Mesentérica determinando abdome agudo obstrutivo ? Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), NATHAN LEÃO PEIXOTO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), VANESSA MACHADO RIOS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), RAFAEL NAZARIO BRINGHENTI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), LUCAS SPADARI MAGGIONI (HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS), DANIEL WEISS VILHORDO (HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS)

RESUMO: Introdução: A lipodistrofia mesentérica (LM) é uma enfermidade pseudotumoral do mesentério que compreende diversos graus de fibrose, inflamação crônica e necrose gordurosa. Apesar da etiologia desconhecida, são fatores indicados como prováveis desencadeantes: infecção, trauma, cirurgia, isquemia mesentérica, alterações autoimunes. Predomina em homens caucasianos entre 40 e 60 anos, podendo manifestar sintomas sistêmicos e gastrointestinais, como dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia, perda ponderal, febre, massas palpáveis (50% dos pacientes). O diagnóstico diferencial inclui linfoma, carcinomatose peritoneal, tumores carcinoides, edema e fibromatose mesentérica. Sugere-se não tratar pacientes assintomáticos. Para aqueles sem sintomas obstrutivos, indica-se o uso de tamoxifeno associado a prednisona. Aconselha-se a abordagem cirúrgica para os pacientes que apresentarem sintomas obstrutivos refratários ao tratamento conservador. A doença apresenta um curso autolimitado, com desfecho favorável em 80% dos casos. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 70 anos, encaminhado à emergência do Hospital São Lucas da PUCRS por vômitos de estase, distensão abdominal e diarreia há 3 dias. Negava febre ou elementos patológicos nas fezes. Radiografia de abdome agudo demonstrando obstrução de intestino delgado, confirmado pela tomografia computadorizada de abdome. O paciente foi encaminhado, no mesmo dia, para cirurgia de urgência. A laparotomia exploradora evidenciou obstrução e distensão de alças de delgado com rotação de segmento de jejuno terminal, onde estavam localizados, em meio aos folhetos mesentéricos, inúmeros nódulos sólidos, alguns de 8-10cm de diâmetro, mal delimitados, de aspecto amarelado e fosco. Realizou-se biópsia excisional de duas das massas, de 3,4x2,5x1,3cm e 3,5x2,4x1,7cm. O laudo anatomopatológico indicou LM. O paciente apresentou íleo adinâmico nos primeiros dias do pós-operatório, com melhora gradual. Recebeu alta 8 dias após a internação, em bom estado geral. Conclusão: O mesentério, enquanto órgão, pode ser sede de doenças específicas. A LM é uma condição rara, com poucos relatos na literatura. Devido a sua apresentação clínica pouco específica, o diagnóstico é estabelecido através da avaliação histológica em pacientes com achados sugestivos nos exames radiológicos. O tratamento da LM não é padronizado, devendo ser individualizado de acordo com a condição de cada paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Lipodistrofia Mesentérica | Mesentério | Abdome Agudo Obstrutivo

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2688

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NEOPLASIA DE CÉLULAS DE MERKEL, SEM SITIO DE LESÃO PRIMÁRIA DEFINIDO: UM RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), MAFIRA PEREIRA SAFT (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A neoplasia de células de Merkel é rara, de origem neuroendócrina agressiva e pouco compreendida. Ocorre com maior frequência em áreas expostas ao sol, e, principalmente, em pacientes de origem caucasiana, acima dos 65 anos e do sexo masculino. Essa neoplasia tem um crescimento acelerado, com alta propensão de metástase regional e a distância. Seu tratamento desta neoplasia envolve a excisão da lesão com margem ampla, radio e quimioterapia adjuvante. CASO CLÍNICO: RJP, sexo feminino, 70 anos, de origem parda, lavradora, e procedente de Santana do Araguaia- PA dá entrada na unidade hospitalar relatando que a aproximadamente um ano observou o surgimento de uma lesão de aspecto nodular em região inguinal direita, pouco doloroso, com ausência de alterações de coloração e de temperatura cutânea. Nos seis meses seguintes, houve aumento progressivo do nódulo associado a também aumento da dor. Somente após isso que a paciente procurou um serviço de atenção primária a saúde. O profissional médico solicitou uma tomografia de quadril que evidenciou nódulo heterogêneo, com captação de contraste em região inguinal direita sugestiva de linfonodomegalia. Foi realizado biopsia (a qual não confirmou o diagnóstico) e imuno-histoquímica do local da lesão, que evidenciou o diagnóstico de carcinoma metastático de células de Merkel. Apenas após quatro meses conseguiu atendimento na unidade hospitalar, sendo que durante esse período paciente referiu aumento de diâmetro do nódulo de aproximadamente 5cm. Na admissão apresentava nódulo em região inguinal direita, endurecido, fixo, doloroso a palpação, de aproximadamente 10 cm de diâmetro, sem alterações cutâneas, sem tumoração ulcerada como seria característica da doença. Foi realizado estadiamento da doença no entanto o sitio primário não foi evidenciado. Paciente foi submetida a excisão do tumor com margens amplas e linfadenectomia regional, onde foi colocado um dreno portovac no local. Após a cirurgia paciente evoluiu bem, sem queixas álgicas a partir do quarto dia de pós operatório (DPO) e foi de alta no 5º DPO com dreno funcionante. CONCLUSÃO: Trata-se de um câncer metastático de Células de Merkel, no qual não foi encontrado o sitio primário, a paciente não corresponde ao padrão de aparecimento da doença. É uma doença de rápido crescimento e alto índice de morbimortalidade, principalmente se o tumor for maior que 2cm que a doença costuma ter prognóstico ruim e baixa sobrevida.

PALAVRAS-CHAVES: CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL | RELATO DE CASO | CIRÚRGICO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2690

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IATROGENIA POR PASSAGEM DE SONDA NASO-ENTÉRICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODOLFO LEMOS SOARES SOARES (UFV), ALINE SAYURI LOPES FUKINO (UFV), RICARDO ANTONIO DELLA LUCIA (UFV), LUCIANNE THAIS ALVES NOGUEIRA (UFV), DANIEL MATEUS CABRAL PINTO (UFV), BRUNO CEZAR PASSOS SANTANA (UFV), LAÍS RODRIGUES MAFFIA (UFV)

RESUMO: INTRODUÇÃO manejo do paciente hospitalizado abrange intervenções necessárias para manter a homeostase corporal. Um procedimento comum é a prescrição de sonda naso-enteral (SNE) que tem como objetivo oferecer aporte calórico-proteico adequado. Apesar de possuir uma técnica de fácil execução e alta taxa de sucesso, a passagem da SNE não é isenta de complicações, sendo a iatrogenia frequente motivo preocupação entre os médicos. Este relato de caso visa descrever a evolução de um paciente internado que culminou em um desfecho sombrio devido iatrogenia. RELATO DE CASO Paciente 83 anos, admitida na emergência com queixa de mal-estar geral, hiporexia, constipação intestinal há seis dias e oligúria há quatro dias, associado a episódios de vômitos alimentares (frequência ignorada). Portadora de hipertensão arterial sistêmica e doença de Alzheimer. O exame físico sem alterações, exceto por redução do murmúrio vesicular em ambas bases pulmonares. O médico iniciou a propedêutica com internação na enfermaria de clínica médica e prescreveu hidratação venosa, Buscopam composto[®]. Os resultados dos exames de imagem descreveram moderado derrame pleural bilateral e ascite leve, e os exames laboratoriais se encontram na tabela 1. A paciente estava, em um primeiro momento, estável, porém cursou com piora do quadro clínico após passagem de SNE e início de dieta, e foi levada para o centro de tratamento intensivo (CTI). Apresentava Glasgow 6, hipoxemia e pneumotórax à esquerda, verificado pela radiografia de tórax, devido à SNE mal posicionada. Prontamente retiraram e repassaram a SNE, e realizaram intubação orotraqueal. Evoluiu com hipercalemia, sendo instituídas medidas clínicas para normalização dos níveis de potássio e programação de hemodiálise. Solicitaram parecer da cirurgia para drenagem do hemitórax esquerdo. Durante o procedimento de drenagem torácica em selo d'água houve saída imediata de moderada quantidade de ar e dieta enteral. CONCLUSÃO repercussão que uma situação iatrogênica está intimamente relacionada a qualidade da relação médico-paciente que já foi estabelecida. No caso descrito houve desfecho desfavorável com o óbito da paciente o que demonstra profunda importância do tema. Podemos observar que a interdisciplinaridade e a busca da prática da integral no ambiente hospitalar, são fatores atenuantes ao número de situações iatrogênicas.

PALAVRAS-CHAVES: Iatrogenia | Sonda naso-entérica | Pneumotórax

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2697

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÍLEO ADINÂMICO, MAL NECESSÁRIO OU EVITÁVEL? REVISÃO DA LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), LEONARDO EMILIO DA SILVA (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), LARA SILVA PAIXÃO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), GABRIEL ALVES CARRIÃO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), RAFAEL BEZE SOUZA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), RAFAEL INACIO GUIMARAES (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS)

RESUMO: Íleo adinâmico ocasionado pela cessação transitória da coordenação da motilidade intestinal, após atos cirúrgicos, acarretando prejuízo a tolerância de dieta oral e alteração do trânsito intestinal. Definido com presença de distensão abdominal em pacientes com náuseas e ausência de flatos por 03 dias de pós operatório sem obstrução mecânica intestinal. Aumenta em média 72 horas de internação, com incidência elevada, próximo de 15,3% em cirurgias de colón, por exemplo e em média 15-18% no geral. Acarreta impacto na morbidade e nos custos da saúde. Influenciado por variáveis cirúrgicas, cirurgias abdominais prévias, uso de analgésicos opióides, idade, variáveis cirúrgicas (perda sanguínea, tempo de cirurgia. Devido esses resultados faz-se necessário prevenção. Desde a educação do paciente, tomando-se como modelo os protocolo ERAS. Tempo de jejum reduzido pré operatório, início precoce de dieta em pós operatório, táticas cirúrgicas, como laparoscopia, uso de estratégias multimodais para dor, deambulação precoce. Iyer et al J Manag Care Pharm 2009. Delaney CP et al. Am J Surg;191:315-319, 2006. Gervaz P et al. Int J Coloectal Dis 2006. Artinyan A, et al. World J Surg 2008. Svatek RS et al. Urology 2010. Kronberg U. et al Ann Surg 2011. Resnick J et al. Am J Gastroenterol;92:751-762, 1997. Senagore AJ. Am J Health-Syst Pharm; 64(suppl 13):S3-S7, 2007. Van Bree et al. Neurogastroenterol Motil. Aug, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: ÍLEO ADINÂMICO | ABDOME AGUDO | OBSTRUÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2702

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ASSOCIAÇÃO ENTRE COLANGIOCARCINOMA E RETOCOLITE ULCERATIVA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELLA AQUINO GOUVEIA CAGLIARI (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), MARCELO GONÇALVES SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), RODRIGO NOBREGA BANDEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), FELIPE RAMALHO DE MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), OTACILIO FRANCISCO PARAGUAY FIGUEIREDO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), CIBELE OHANY NOGUEIRA LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ANA BEATRIZ PARAGUAY FIGUEIREDO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A retocolite ulcerativa (RCU) é doença inflamatória intestinal (DII), crônica e de caráter auto imune, que não possui etiologia bem definida. É doença da mucosa, que acomete habitualmente o reto e estende-se aproximadamente até atingir parte do cólon ou sua totalidade. Existe uma grande prevalência de manifestações extra intestinais em portadores de DII, dentre elas estão as hepatobiliares. Na literatura, é descrita a associação entre RCU e colangite esclerosante primária numa taxa que varia de 2,4 a 7,5%, sendo a mesma fator de risco para o desenvolvimento de colangiocarcinoma.**RELATO DE CASO:** O relato de caso descreve um paciente do sexo masculino, de 24 anos, portador de RCU que se manteve com controle dos sintomas durante 11 anos, quando apresentou sintomas de obstrução de via biliar e presença de tumoração em exames de imagem com confirmação de colangiocarcinoma, manifestação extraintestinal rara em nosso meio, e tem como objetivo correlacionar o manejo terapêutico nele aplicado com a literatura. O paciente iniciou então um ciclo de quimioterapia com cisplatina e gencitabina. Evoluiu com icterícia súbita por obstrução tumoral, no qual foi necessária desobstrução da via biliar por punção de via biliar transtumoral, com normatização dos níveis de bilirrubina. Foi então realizado segundo ciclo de quimioterapia com 5-fluorouracilo, leucovorina e oxaliplatina, no qual o paciente evoluiu anictérico, porém apresentando hiporexia e intensa perda de peso.**CONCLUSÃO:** Conforme bem descrito na literatura, o colangiocarcinoma geralmente se encontra em estágio avançado no momento do diagnóstico. A ressecção do tumor, que se fosse possível, representaria a maior chance de cura da patologia, não foi realizada durante a laparotomia exploradora devido ao encontro de focos metastáticos na cavidade abdominal. O seguimento do tratamento foi feito drogas citostáticas de primeira linha como a cisplatina e a gencitabina, onde estudos referem boa resposta em mais de metade dos casos. O paciente evoluiu com icterícia súbita por obstrução tumoral sendo então realizado o implante de uma prótese biliar como instrumento paliativo de redução dos sintomas. Uma segunda linha de tratamento foi realizada com as drogas 5-fluorouracilo, leucovorina e oxaliplatina, utilizadas no tratamento de tumores periampulares, mas que apresentam resposta satisfatória em colangiocarcinomas.

PALAVRAS-CHAVES: Doença inflamatória intestinal | Retocolite ulcerativa | Colangiocarcinoma

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2704

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LAPAROSCOPIA E MÚLTIPLAS LESÕES INTESTINAIS PÓS LIPOASPIRAÇÃO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), LEONARDO EMILIO DA SILVA (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), PHELPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), REINALDO NEVES JUNIOR (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), RAFAEL BEZE SOUZA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), RAFAEL INACIO GUIMARAES (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS)

RESUMO: M.C.L, 45 anos, maio de 2016. AP: lipoaspiração e abdominoplastia em 2012. Com cirurgia de lipoaspiração há 7 dias, com evolução de dor abdominal importante no 5 PO, medicada em domicílio sem melhora, sendo internada no 6 PO, com abdome doloroso mas sem irritação peritoneal franca, frequência cardíaca 86 bpm, níveis tensionais normais, ausência febre, desidrata 4+/4+. Diurese retraída em volume. Realizado hidratação vigorosa e coleta de exames com PCR elevado e leucograma sem alterações. Piora da dor abdominal na noite de internação, com dispneia, com SpO2 94%, ausculta abolida nas bases, sendo realizado Raio X tórax com derrame pleural e níveis hidroaéreos delgado em Raio X abdominal. Taquicardia, com FC 104 bpm, apesar da hidratação e mantendo hipocalcemia, com potássio Realizado ressuscitação volêmica seguida de laparoscopia de urgência com evidência de 05 lesões delgado por perfuração de cânula de lipoaspiração e conteúdo entérico na cavidade. Devido borda vivificadas, foram realizadas enterorrafias e um segmento com enteroanastomose pós enterectomia parcial, via laparoscópica, devido estabilidade hemodinâmica da paciente durante o ato cirúrgico. Realizado acessos trocateres via umbilical e cicatrizes prévias de lipoaspiração. Irrigação copiosa da cavidade abdominal com SF 0,9% aquecido, aproximadamente 20 litros, sem drenos devido peritonite difusa. Realizado teste com volumosa quantidade de azul de metileno por todas as alças, e órgãos sólidos sem lesões. Encaminhada a UTI, onde permaneceu intubada por 24 horas, mantendo taquicardia mas com níveis tensionais sem drogas vasoativas. Em 48 horas foi realizado nova abordagem laparoscópica para revisão e higienização da cavidade com 20 litros de SF0,9% pré aquecido. Suturas prévias todos verificadas, novo teste com azul de metileno por todo segmento de alças, ausência de outras lesões. Mantida em dieta parenteral total por 10 dias, com ruídos hidroaéreos presentes apenas no 8 PO. Uso de cefalosporina de 3 geração e antibiótico antianaeróbico, nesse período. Alta hospitalar em 12 PO com aceitação de dieta. Até a presente data sem intercorrências, exceto por queixas de gases e cólicas abdominais sem repercussão clínica.

PALAVRAS-CHAVES: ABDOME AGUDO PERFURATIVO|ABDOME AGUDO CIRURGIA PLÁSTICA|PERITONITE PÓS LIPOASPIRAÇÃO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2713

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Laparoscopia na abordagem de complicações de cateter peritoneal de diálise Tenckhoff

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), LEONARDO EMILIO DA SILVA (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), ISABELA SUAVINHA JAYME (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), LARA SILVA PAIXÃO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), GABRIEL ALVES CARRIÃO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), RAFAEL BEZE SOUZA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), RAFAEL INACIO GUIMARAES (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS)

RESUMO: A insuficiência renal crônica é afecção de alta prevalência, tendo como causas nefropatia diabética, hipertensão arterial sistêmica, doença policística renal, glomerulonefrites, infecções urinárias de repetição, cálculos urinários, entre outras. Pacientes com insuficiência renal crônica estágio IV (CICr entre 15 e 29 ml/min) e estágio V (CICr menores que 15 ml/min), apresentam indicação de diálise, seja por meio de acessos venosos ou peritoneais intermitentes. A indicação depende das condições clínicas e da escolha do paciente conjuntamente com seu médico nefrologista. O implante de cateter de Tenckhoff é realizada de atualmente por meio de punção direta peritoneal com dissecação de túnel subcutâneo, sob anestesia local. Casos complexos podem ser realizados por via laparoscópica, tendo como visualização direta a segurança do procedimento ou complicações de cateteres já implantados. Relato de 5 casos de implante ou intervenção laparoscópica para cateter de Tenckhoff. Sem mortalidade ligada ao procedimento. Tempo médio de internação 02 dias. Idade pacientes 40- 76 anos, IMC médio menor 30, com 01 paciente com IMC 41. Foram realizados 02 implantes considerados de complexidade pela equipe de nefrologia, sendo um obeso com complicações vasculares prévias, IMC 41, sendo realizado laparoscopia para implante seguro do cateter, sem intercorrências. Segundo paciente com quadro de abdome agudo prévio e laparotomia exploradora com cicatriz mediana xifo-púbica, sendo realizado laparoscopia, lise de aderências e implante sob visualização direta de cateter, sem intercorrências. A não funcionalidade de drenagem do cateter é uma complicação que pode impedir a diálise peritoneal e conduzir o paciente a uremia. Foram realizadas 03 laparoscopias para revisão intracavitária de cateter, com obstrução e aderências em omento maior. Sendo realizado lise aderências, liberação e posicionamento de cateter na pelve. Sendo uma paciente idosa, 76 anos, anticoagulada com uso regular de Marevan, utilizado pinça ultrassônica para omentectomia maior completa, por aderências pós peritonite secundária ao cateter. Por não existir condições anatômicas vasculares satisfatórias, foi optado por tratamento laparoscópico, procedimento com tempo maior de 2 horas, com extração de omento com pequena incisão tipo Pfannenstiel, sangramento sem necessidade de transfusão, permanência de 48 horas em unidade de terapia intensiva e sobrevida de mais de 12 meses pós cirurgia.

PALAVRAS-CHAVES: LAPAROSCOPIA | CATETER TENCKHOFF | COMPLICAÇÕES DIÁLISE PERITONEAL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2726

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Laparoscopia na abordagem de corpo estranho abdominal, relato de dois casos.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), LEONARDO EMILIO DA SILVA (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), LEANDRO CAMPOS DONA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), REINALDO NEVES JUNIOR (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), LUDMILLA DA SILVA BATISTA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS)

RESUMO: A presença de corpo estranho na cavidade abdominal não é algo incomum nas emergências e pronto socorros. Em média, a cada 500 a 1500 operações intra-abdominais ocorre um caso, ou seja, uma incidência em torno de 0,15% a 0,2%. Relatamos dois casos com resolução laparoscópica, com objetivo de alavancar a importância desta tática cirúrgica minimamente invasiva nas situações de corpos estranhos na cavidade peritoneal. Primeiro caso, sra A.D.M., 38 anos, com quadro de dor pélvica recorrente, com piora após implante de Dispositivo Intrauterino (DIU). Realizado dois ultrassons pós implante do mesmo sem alterações do posicionamento adequado, mesmo após quadro de dor e sangramento transvaginal. Colpocitológico sem sinais de infecção. Flora mista habitual da paciente. Apresenta dispauremia recente, com spots sangrantes pós coito. Realizado Tomografia Computadorizada com presença e bloqueio inflamatório sobre região retossigmóide e presença de DIU extrauterino. Realizado laparoscopia com lise de aderências sobre a topografia com extração do dispositivo, sem intercorrências, com alta hospitalar após 12 horas. Segundo caso, paciente A.M.G., 50 anos com quadro de dor e massa abdominal infraumbilical, dolorosa e palpável, com crescimento recente. Histórico de obesidade com IMC 43, histerectomia há 4 meses, com sangramento importante no ato cirúrgico, associado a miomatose uterina. Realizado TC abdome com achado de massa central volumosa com aspecto de corpo estranho. Realizado laparoscopia dia 18 julho de 2015, com achado de volumoso bloqueio omento, com realização de lise de aderências e liberação de alças intestinais aderidas, com retirada de corpo estranho com incisão de 5 cm periumbilical, com extração de compressa. Mantido dreno na topografia e antibioticoterapia profilática, com alta hospitalar em 48 horas. Em acompanhamento ambulatorial sem alterações dignas de nota no momento.

PALAVRAS-CHAVES: CORPO ESTRANHO | LAPAROSCOPIA | COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2731

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cirurgia Segura: Colecistectomia por videolaparoscopia em paciente com Miastenia Gravis

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), LEONARDO EMILIO DA SILVA (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), ALEX BESSA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), PHELPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), GUILHERME SERONNI (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), FELIPE ARAÚJO LACERDA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), ISABELA SUAVINHA JAYME (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), LARA SILVA PAIXÃO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS)

RESUMO: Miastenia Gravis é uma doença crônica autoimune da ação de anticorpos a receptores nicotínicos de acetilcolina na junção neuromuscular, caracterizado por déficit motor e fragilidade da musculatura esquelética. Apresenta prevalência de 1:10.000 casos, com picos de incidência de 20-30 anos nas mulheres e 50-60 anos nos homens. Relatamos caso de uma paciente com MG submetida a CVL sob anestesia geral. Relato do caso: 27 anos, 90 Kg, feminino, arquiteta, portadora de MG há 15 anos, com síndrome de Cushing em uso regular de imunossuppressores e imunoglobulina. Antecedente de insuficiência respiratória com traqueostomia prévia e obesidade grau I. Submetida a colecistectomia por videolaparoscopia sob anestesia geral. Venóclise em MSD e monitorizado com ECG, SpO₂, PANI, BIS e TOF. Pré oxigenação e indução com propofol alvo controlado (2,5mcg/ml), fentanil (100mcg), remifentanil alvo (0,25mcg/kg/min) e cisatracúrio (3mg) guiado por TOF. Administrado lidocaína (1,5mg/kg) antes da IOT nº 7,0 com cuff. Iniciado com ventilação mecânica controlada e manutenção da anestesia com propofol (2,5mcg/ml) e remifentanil (0,1 a 0,25mcg/kg/min) de acordo com estímulo algico, acompanhado ao longo de todo ato cirúrgico por BIS e sinais clínicos. Ato cirúrgico sem intercorrências. Reversão do bloqueio neuromuscular (BNM) após TOF 65% com atropina (1,0 mg) e neostigmina (0,5 mg) e extubação após TOF > 90%. Encaminhada para UTI, evoluindo nas primeiras 36 horas sem fraqueza muscular, ou outras queixas. Alta hospitalar ocorreu no 3º dia pós operatório com orientações para controle da MG. Discussão: Na anestesia de pacientes com MG três técnicas devem ser aventadas: anestesia inalatória exclusiva, balanceada com baixa concentrações de anestésicos inalatórios e venosa total com infusão contínua de anestésicos de curta duração. O fato da infusão contínua de propofol apresentar fácil titulação e retorno rápido da consciência, contribuiu para não ocorrência de depressão respiratória e NVPO. A recuperação e extubação precoce, baixa sedação residual e diminuição do comprometimento psicomotor justificam a escolha deste fármaco. Devido a variedade de resposta aos BNM, torna-se mandatória a monitorização da transmissão neuromuscular. Portanto, conhecimento prévio da MG e monitorização adequada foi fundamental para evolução satisfatória do caso. Kauling ALC, Almeida MCS, Locks GF. Miastenia Gravis: relato de dois casos e revisão da literature. Rev Bras Anestesiologia 2011;61:748-63.

PALAVRAS-CHAVES: MIASTENIA GRAVIS | MONITORIZAÇÃO CIRÚRGICA | CIRURGIA SEGURA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2734

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia Encarcerada Ostomia, peritoneostomia prévia, relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), GABRIEL ALVES CARRIÃO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), RAFAEL BEZE SOUZA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), LEANDRO CAMPOS DONA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), REINALDO NEVES JUNIOR (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS)

RESUMO: Sra C.S, 59 anos, foi internada com distensão abdominal, vômitos fecalóides, hérnia ostomia com encarceramento sem isquemia distal, mas com parada total de eliminação pela ileostomia terminal. Histórico prévio de colectomia total com fístula ileorectal, sendo realizado ileostomia terminal e tratamento cirúrgico em peritoneostomia e pelo menos cinco cirurgias abdominais há 5 anos. Anticoagulada devido trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar prévios, em uso de Marevan. Obesa grau II, com IMC 38, 91 Kg. Foi submetida a laparotomia exploradora com incisão peri-ostomia e dissecação retroperitoneal até plano de clivagem com alças. Dissecação lise de aderências com liberação de alças. Enterectomia parcial, nova ileostomia a esquerda. Mantida em peritoneostomia com curativos diários. Dieta parenteral total por 5 dias devido íleo adinâmico, seguido de dieta oral. Devido ausência de musculatura abdominal para reconstrução de parede abdominal, foi optado por implante de tela implantável (lado parietal polipropileno, lado visceral com difluoreto de polivinilideno) proporcionando redução e profilaxia de aderências entre o intestino e a rede. Posicionado dreno vácuo, retirado no 5 PO. Paciente evoluiu de forma favorável, tendo recebido alta hospitalar com 15 dias. Em acompanhamento ambulatorial sem intercorrências de parede abdominal e ileostomia recente.

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA OSTOMIA | HÉRNIA ENCARCERADA | PAREDE ABDOMINAL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2743

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Princípios laparoscópicos Pancreatectomia distal, corpo caudal com preservação esplênica videolaparoscópica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAXLEY MARTINS ALVES (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), LEONARDO EMILIO DA SILVA (INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, OBESIDADE E METABÓLICA), ISABELA SUAVINHA JAYME (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), LEANDRO CAMPOS DONA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), LUDMILLA DA SILVA BATISTA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), ALEX BESSA (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS), PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES CAPÍTULO GOIÁS)

RESUMO: Pancreatectomia distal reduz perda sanguínea, menores índices de complicações e menor tempo hospitalização, sendo considerado Gold Standart. Pode ser indicada para ressecção de lesões como insulinooma (21%), cistos serosos (17%), pancreatites (6%), cistos mucinosos (28%), tumores malignos (6%), dentre outras. A abordagem cirúrgica pode ser realizada Medial para distal (82%) ou lateral. A preservação pancreática esta relacionada a lesões benignas. Complicações mais comuns são fistulas, com estudo europeu 35% e Fernandez-Cruz 8,5%, ao grampeamento, estando relacionada a amilase do dreno maior que 3 vezes a amilase sérica. Relato técnica laparoscópica em caso de paciente M.M, 35 anos, com quadro de dor abdominal em hipocôndrio esquerdo, em acompanhamento, por 02 anos com alteração do tamanho e aspecto da lesão caudal pancreática, com cisto complexo e sintomatologia mais acentuada recentemente. Tempo total de cirurgia 2 horas e quarenta minutos, perda sanguínea desprezível, com internação de 3 dias, retirado dreno abdominal siliconado com aspiração contínua (dreno Blake Ethicon), no quinto pós operatório sem débitos. Retorno ao trabalho com 15 dias de pós operatório sem queixas. Atualmente em 6 meses de pós operatório sem queixas.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreatectomia laparoscópica | Preservação baço laparoscópica | Lesões pancreáticas

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2750

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GIST EM MESOCÓLON

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA BERNARDES DA SILVA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), CARLOS EDUARDO DE CASTRO AREAL (HOSPITAL BELO HORIZONTE), IZABELA RIBEIRO GRIMALDI (HOSPITAL BELO HORIZONTE), FÁBIO MAGY MENDES FILHO (HOSPITAL BELO HORIZONTE), FERNANDA LARA BORGES (HOSPITAL BELO HORIZONTE), MARIELE RIBEIRO NUNES (HOSPITAL BELO HORIZONTE), GUILHERME LEITE ZAMBELLI DE ALMEIDA (HOSPITAL BELO HORIZONTE)

RESUMO: N.A, 44 ANOS, FEMININO, COM HISTÓRIA DE DISTENSÃO ABDOMINAL PROGRESSIVA COM EVOLUÇÃO EM UM MÊS. PACIENTE SEM QUAISQUER OUTROS SINTOMAS CONSTITUCIONAIS COMO DOR, PERDA DE PESO, FEBRE OU ADINAMIA. AO EXAME FÍSICO: PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, CORADA, HIDRATADA. ADBOME ASCÍTICO, INDOLOR, SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS PALPÁVEIS. SOLICITADA USG DE ABDOME, A QUAL REVELOU LÍQUIDO LIVRE EM CAVIDADE ABDOMINAL, FORMAÇÃO OVALADA EM HIPOGÁSTRIO Á ESCLARECER. REALIZADA ENTÃO TOMOGRAFIA DE ABDOME COM RELATO DE VOLUMOSA LESÃO EXPANSIVA COM CENTRO PARCIALMENTE NECRÓTICO/LIQUEFEITO, MEDINDO CERCA DE 10,0X7,5X9,5 CM, COM APARENTE BASE DE IMPLANTAÇÃO PRÓXIMO AO CÓLON TRANSVERSO, CENTRO LATERAL À ESQUERDA SEM PLANO DE CLIVAGEM COM MESO CORRESPONDENTE. ADMITINDO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM SARCOMA, ADENOCARCINOMA, DO TRATO GASTROINTESTINAL OU AINDA GIST. PACIENTE SUBMETIDA A LAPAROTOMIA EXPLORADORA , REALIZADA RETIRADA DE MASSA TUMORAL EM MARGEM MESOCÓLICA PRÓXIMA AO TRANSVERSO. HISTOPATOLÓGICO FEZ DIAGNÓSTICO TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST). SENDO SUGERIDO O ESTUDO IMUNOHISTOQUÍMICO. O RESULTADO DO PAINEL DE ANTICORPOS MOSTROU CD117 (C-KIT+) E CD34 + E SENDO CLASSIFICADO COMO MALIGNO DE COMPROMETIMENTO AGRESSIVO DEVIDO AO ÍNDICE MITÓTICO MAIOR QUE 5/50HPF E TAMANHO MAIOR QUE 5 CM. PACIENTE ENCAMINHADO PARA ONCOLOGIA QUE INICIOU TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO COM IMANTIMIBE POR 1 ANO PARA DIMINUIÇÃO DO RISCO DE RECORRÊNCIA.

PALAVRAS-CHAVES: GIST|MESOCÓLON|ESTUDO IMUNOHISTOQUÍMICO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2759

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERITONITE SECUNDÁRIA A ISQUEMIA INTESTINAL POR HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DIREITA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIO CESAR BATISTA JUNIOR (HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES), ISADORA DADALTO DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPIRITO SANTO - UNESC), RODRIGO FREITAS BATISTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPIRITO SANTO - UNESC), LUIS ALBERTO VALENTE LAUFER (HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES), GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE (HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES), NATHALIA VILLARINS PEDROSA (HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES)

RESUMO: INTRODUÇÃO:As hérnias diafragmáticas em adultos são secundárias a traumatismos na maior parte dos casos. As lesões de diafragma direito são de baixa incidência, porém mais graves e com alto índice de mortalidade se comparadas às contralaterais. RELATO DE CASO:Homem negro, 62 anos, história de trauma de baixa energia há 10 anos admitido com quadro de dor abdominal difusa de início há quatro dias sem outras queixas associadas.À tomografia de abdome, evidenciado em tórax herniação de alças de delgado e alça cólica do segmento distal do colón ascendente interpondo ? se entre o parênquima hepático e parede abdominal anterior lateral direita. Presença de nível hidroaéreo, sugestivo de obstrução intestinal. Sem melhora com medidas conservadoras, encaminhado ao bloco cirúrgico, para realização de toracoscopia, sendo visualizado hérnia diafragmática a direita com presença de fígado e alças de intestino delgado isquêmicas.Abordagem conjunta com cirurgia geral, visualizado em abdome peritonite difusa, perfuração e isquemia de delgado e ha 5 cm da válvula íleo cecal. Realizado íleo transversal anastomose, recebendo alta no sétimo pós-operatório. CONCLUSÃO:Hérnias diafragmáticas tardias pós-traumatismo fechada à direita são raras, de sintomatologia pobre e difícil diagnóstico, devendo ? se atentar para complicações como encarceramento e estrangulamento com alta morbimortalidade e alterações pulmonares residuais.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia diafragmática | Hepatotórax | Obstrução intestinal

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2762

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NOS MUNICÍPIOS DE BELÉM ? PA E ANANINDEUA ? PA EM DEZEMBRO DE 2014

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (OPHIR LOYOLA), ERIKA SILVA SPESSIRITS (OPHIR LOYOLA), FABIO ALVES MORIKAWA CALDEIRA (OPHIR LOYOLA), NATALIE ALMEIDA SILVA (OPHIR LOYOLA), LEANDRO DE SOUSA COELHO (OPHIR LOYOLA), VICTOR DE FREITAS FERREIRA (OPHIR LOYOLA), HIGOR LUCIANO SERIQUE GATO LEITE (OPHIR LOYOLA), LARA BEATRIX SNIJDERS RIZZI ROGERIO (OPHIR LOYOLA), ALLAN HERBERT FELIZ FONSECA (OPHIR LOYOLA)

RESUMO: Introdução: Os acidentes de trânsito configuram uma das principais causas de óbito no Brasil e no mundo, refletindo estatísticas alarmantes no cenário das mortes por causas externas, fazendo com que nosso país ocupe a 5ª posição entre os países com maior número de mortes no trânsito. Objetivo: Descrever as características das vítimas de acidentes de trânsito ocorridos no município de Belém-PA e Ananindeua-PA. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo exploratório documental, cuja fonte, foi o banco de dados do inquérito sobre atendimentos por violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência nos municípios de Belém e Ananindeua do estado do Pará, integrantes do sistema de vigilância de violências e acidentes (VIVA) no Brasil, no mês de dezembro de 2014. Resultados: O perfil dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito, atendidos caracteriza-se por ser predominantemente de homens, (78%) entre 20 a 29 anos (36,30%) e de raça/cor parda (67,9%). Ocorrendo a maioria nos dias de domingo (65%), no horário das 18 :00 horas as 00:00 horas(40%), sendo os condutores dos veículos os principais tipos de vítimas(45%), e a motocicleta o principal veículo envolvido nestes acidentes(67,2%). A parte do corpo mais atingida nos acidentes foram os membros inferiores (52%), seguido dos membros superiores (33,8%) e cabeça/face (54,9%,). Além disso, identificou-se que grande parte das vítimas não fazia uso de equipamentos de proteção no momento do acidente (62%), como o uso de capacetes (55%). A maioria dos pacientes evoluiu nas primeiras 4 horas com alta hospitalar (70,8%) e apenas uma pequena parcela permaneceu em internação hospitalar (5%). Conclusão: Os altos índices de acidente de trânsito indicam a necessidade de manter o contínuo e efetivo monitoramento desses eventos, além de garantir medidas preventivas seguras de educação no trânsito, que possam propiciar os subsídios necessários para planejar a assistência após o evento traumático.

PALAVRAS-CHAVES: ACIDENTE DE TRÂNSITO|EPIDEMIOLOGIA|TRAUMA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2774

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INCIDÊNCIA DE MICROMETÁSTASES EM LINFONODO SENTINELA NO CÂNCER DE MAMA: A IMPORTÂNCIA DO APRIMORAMENTO DA AVALIAÇÃO PELO MÉTODO HISTOLÓGICO PÓS-OPERATÓRIO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JÉSSICA MAYUMI NAGAO (UNITAU), FLAVIO LUIZ LIMA SALGADO (UNITAU)

RESUMO: 1- Introdução: O melhor parâmetro para avaliar o prognóstico do câncer de mama é o estudo anatomopatológico dos linfonodos axilares. Foi instituída a biópsia do linfonodo sentinela no tratamento do câncer de mama, que é o primeiro da linhagem linfática a apresentar células malignas nos cânceres de mama que metastatizam, e sua positividade é um indicativo para a linfadenectomia axilar. Enquanto a biópsia do linfonodo sentinela tem se mostrado eficiente e mais protetora que a linfadenectomia axilar na incidência de complicações, ainda existem preocupações relacionadas a sobrevida das pacientes, principalmente na presença das micrometástases linfonodais. Apesar dos avanços na biópsia do linfonodo sentinela, ainda há um expressivo número de resultados falso-positivos e falso-negativos. 2- Objetivos: A revisão sistemática da literatura foi motivada a fim de analisar dados na literatura científica que apontem para a possibilidade de um falso-negativo no imprint do linfonodo sentinela. Além de levantar dados em relação ao impacto no prognóstico, tempo livre sem doença, recorrência local, metástases à distância, e o número de falsos-negativos identificados após avaliação mais sistemática do método anatomopatológico. 3- Métodos: busca e seleção e revisão de artigos científicos que abordam o tema. 4- Resultados Após análise dos artigos científicos que abordam o presente tema estudado, não há um protocolo específico universal para o estudo anatomopatológico do linfonodo sentinela, não sendo obrigatória a imunohistoquímica que vem se mostrado sensível para presença de micrometástases. Há conflito entre estudos devido ao fato desta falta de padronização para comparar o impacto da avaliação mais sistemática do método anatomopatológico na sobrevida global e sobrevida livre de doença. Ainda assim, nos presentes estudos foi concluído que ainda é necessário maiores pesquisas para descartar que a micrometástase não tem impacto no prognóstico, na sobrevida global e sobrevida livre de doença e se não é necessária uma avaliação precisa do linfonodo sentinela. 5- Conclusões: Há necessidade de instituir um protocolo padrão universal para o estudo anatomopatológico do linfonodo sentinela, principalmente em pacientes com câncer de mama estadiamento T1-T2N0M0, que serão submetidas à biópsia do linfonodo sentinela, já que tal fato não permite comparar precisamente os estudos atuais em relação ao tema.

PALAVRAS-CHAVES: câncer de mama | linfonodo sentinela | biópsia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2797

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA ANORRETAL SECUNDÁRIA A COLOCAÇÃO DE PRÓTESE PENIANA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MALU MENEZES GOMIDES (PUC GOIAS), LARA SILVA PAIXÃO (PUC GOIÁS), AMINA MUHAMAD MOTA MUSTAFÁ (PUC GOIAS), THALLES MELO DE OLIVEIRA LOPES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA), CARLÚCIO CRISTINO PRIMO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA)

RESUMO: Introdução: A disfunção sexual masculina envolve alterações nos mecanismos da obtenção e manutenção da ereção peniana, emissão espermática, ejaculação e orgasmo. Possui etiologia orgânica, psicogênica ou mista. Embora seja uma desordem benigna, afeta a saúde física e psicológica com impacto na qualidade de vida. Cerca de 5-20% dos homens tem algum grau de disfunção erétil. A terapêutica é ampla. O primeiro implante de prótese ocorreu em 1936 e muitas técnicas foram aprimoradas desde então. As próteses podem ser maleáveis e infláveis. As complicações deste processo são raras, mas existem e podem ser intra-operatórias ou pós operatórias, precoces ou tardias. As complicações precoces mais comuns são: retenção urinária, edema, hematoma e dor. Já as tardias envolvem infecção, extrusão de prótese, fibrose, falha mecânica e persistência de disfunção erétil. O objetivo do trabalho é relatar um caso de complicação pós-operatória tardia incomum com o uso de prótese peniana maleável. Relato de Caso:ACF, masculino, 66 anos, chega ao ambulatório de Coloproctologia da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia em agosto de 2016 com queixa de nódulo em glúteo esquerdo. Antecedentes: câncer de próstata tratado com radioterapia e prostatectomia radical em 2012; colocação de prótese peniana maleável em 2014. Ao exame: nódulo fibroelástico em glúteo esquerdo com drenagem cutânea de secreção amarelada, sem dor e sinais flogísticos. Na colonoscopia: fístula anal e retite leve. Interrogado retite actínica secundária à radioterapia e fístula em reto inferior com drenagem para glúteo. No ato cirúrgico identificou orifício fistuloso externo a quatro centímetros da margem anal posterior localizada 3 horas e orifício interno às 3 horas. Realizada cateterização de trajeto fistuloso, fistulotomia e curetagem do trajeto. Durante o procedimento foi evidenciado como causa da fístula um corpo estranho medindo 15 x 1,5 cm de diâmetro, encontrada no trajeto da fístula na parede do canal anal. Realizada fistulectomia anal e retirada da prótese peniana em reto inferior. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório recebendo alta em 24 horas. Na consulta de retorno ferida operatória apresentava-se em bom aspecto e evoluiu sem queixas. Conclusão:Não são encontrados relatos na literatura de abscesso e fístulas anorretais dentre as complicações de prótese peniana no tratamento de disfunção sexual masculina, portanto trata-se de uma complicação rara decorrente de fatores não bem compreendidos.

PALAVRAS-CHAVES: fístula anorretal|abscesso anorretal|prótese peniana

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2820

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Embolização da artéria esplênica no pré-operatório de esplenomegalia maciça para esplenectomia e desconexão ázigo-portal.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUIZ FERNANDO GALVAO LIMA (HOSPITAL CENTRAL DO EXERCITO), JOAO PEDRO DE ARAUJO S. CORREA (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), LIA ROQUE ASSUMPCAO (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), MARIANA SIMEONI MONTEIRO DE GUIMARÃES (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ROBERTO OSMAR DE C. ESTEVES (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), EVERTON LOPES PIRES (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), GUILHERME ALEXANDRE G.HEIDENFELDER (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO)

RESUMO: Introdução: Pacientes jovens com esplenomegalia e varizes esofagianas/fundo gástrico, sem hipertensão portal ou doença hepática aparente, podem evoluir com varizes e hiperesplenismo intratável. Convém indicação cirúrgica nestes casos também com finalidade diagnóstica. A exclusão do diagnóstico de linfoma, mielodisplasia, ou outras doenças hematológicas, se faz necessária na ausência de doenças parasitológicas. Pancitopenia, precisamente plaquetopenia, constitui desafio cirúrgico, aumentando a chance de sangramento no perioperatório, especialmente em pacientes com circulação colateral. Durante esplenectomia com desconexão ázigo-portal, a reposição de hemoderivados se faz necessária, aumentando índice de complicações pós-operatório. Devido a isto, a embolização pré-operatório da artéria esplênica nesse cenário pode melhorar função esplênica, reduzindo a morbimortalidade cirúrgica. Relato de caso: Paciente, C. A. S. S. 26 anos, masculino, pardo, hígido, com queixa de, náusea, epigastralgia e pirose há um ano e quatro meses. Exames complementares: plaquetopenia de 72mil, USG de abdome com veia porta de calibre normal. Endoscopia: varizes de esôfago e de fundo gástrico de pequeno e médio calibre. Realizadas duas sessões de ligadura elástica com intervalo de um ano. Marcadores para hepatites virais e parasitológicos negativos. RM abdome: esplenomegalia, 22 cm, com circulação colateral peri-esplênica. Foi programada abordagem multidisciplinar com equipes de Cirurgia Vascular e Geral, na qual o paciente foi submetido a embolização distal da artéria esplênica por molas há 7 dias da esplenectomia com desconexão ázigo-portal. Após embolização, obteve alta hospitalar e reinternou na véspera da cirurgia. Durante o intervalo de tempo entre os procedimentos, o mesmo apresentou aumento das plaquetas, 69 mil para 123 mil. Houve redução da volumetria nas tomografias pré e pós embolização de oito centímetros cúbicos. Paciente submetido cirurgia com duração de 3h, sem sangramento importante e necessidade de hemoderivados. Paciente permaneceu nas primeiras 24h em unidade intensiva, evoluindo sem queixas e complicações no pós-operatório. Conclusão: A embolização esplênica distal com molas minimizou os riscos de sangramento e possivelmente diminuiu tempo cirúrgico do caso relatado. O intervalo de sete dias entre a embolização e a cirurgia, apesar de reduzir discretamente a volumetria esplênica, possibilitou melhora do impacto laboratorial do hiperesplenismo prévio, reduzindo morbidade cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: esplenomegalia | embolização | esplenectomia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2915

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SINTOMAS ALÉRGICOS E TESTES CUTÂNEOS DE HIPERSENSIBILIDADE IMEDIATA EM PACIENTES COM CÂNCER

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLARA ANTUNES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), BRUNO GUSTAVO MUZZI CARVALHO E CARNEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ANDY PETROIANU (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ISABELA SOARES FONSECA BATISTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GUSTAVO GOMES GRATEKI (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), LUIZ RONALDO ALBERTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), VIVIAN RESENDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O câncer é a segunda causa de morte no Brasil, sendo necessário investigações sobre a doença, incluindo o papel do sistema imunitário. Vários estudos sugeriram associação inversa entre alergia e câncer, outros não encontraram relação entre essas entidades e alguns autores mostraram aumento do risco de câncer em pacientes alérgicos. Os achados conflitantes em estudos prévios são devidos, em parte, ao método utilizado. Cabe ressaltar que a maioria das pesquisas foi realizada em outros países. OBJETIVOS: Verificar se existe relação entre alguns tipos de câncer e alergia; investigar se há diferença, entre indivíduos com câncer e sem câncer em relação a alergia. MÉTODOS: Estudo caso-controle realizado no Hospital Alberto Cavalcanti da rede FHEMIG. Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos com diagnóstico de câncer, comparados com indivíduos sadios, pareados por sexo e idade. Realizou-se anamnese visando a história de alergia, hábitos de vida, doenças associadas e uso de medicamentos. O teste percutâneo de alergia foi realizado em cada grupo para detecção de hiper-reatividade alérgica a antígenos inaláveis, bacteriano e alimentares habituais em nosso meio. Foi realizada também a dosagem sérica de eosinófilos. RESULTADOS: Ambos os grupos foram pareados quanto às variáveis de interesse e ajustaram-se eventuais desvios, por análise multivariada. Relato de alergia ocorreu em 30% dos pacientes no Grupo com câncer e em 53% no Grupo controle (p<0,05). CONCLUSÃO: Pessoas com câncer apresentaram menos sintomas da alergia do que a população em geral; no entanto, os testes cutâneos para alergia foram mais frequentemente positivos em pessoas com câncer.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer|Alergia|Teste cutâneo

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3000

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia inguinoescrotal volumosa com tumor de cólon sigmoide encarcerado: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ADORÍSIO BONADIMAN (UNINGÁ - CENTRO UNIVERSITÁRIO), TIAGO FRANCISCO MELEIRO ZUBIOLO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ), WANDERLISTER DUQUE TAVARES (UNINGÁ - CENTRO UNIVERSITÁRIO), THIAGO TIESSI SUZUKI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ), RAFAEL UTIMURA SUETA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ), PATRICIA MARISTELLA DOS REIS MARIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ), GUILHERME AUGUSTO POLAQUINI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ), AUGUSTO FELIPE BRUCHEZ (HOSPITAL METROPOLITANO DE SARANDI)

RESUMO: Introdução: Tumores malignos encontrados em hérnias inguinais são eventos raros, ocorrendo em menos de 0,4% dos casos operados, segundo levantamentos histopatológicos. Podem ser classificados em três grupos, a partir de suas relações anatômicas com o saco herniário: intrassaculares, saculares e extrassaculares. Enquanto os tumores intrassaculares são tumores primários de órgãos encarcerados, tumores saculares podem ser tumores primários ou lesões metastáticas que envolvem o peritônio, como mesotelioma ou metástases peritoneais de órgãos intra-abdominais. Com essa divisão, sabe-se que os tumores intrassaculares são mais raros que os tumores saculares metastáticos. Esse relato de caso descreve o achado de tumor sacular primário de cólon sigmoide em hérnia inguinoescrotal esquerda. Relato de caso: Paciente masculino de 87 anos, portador de HAS controlada com medicamentos, iniciou quadro de alteração de hábito intestinal com períodos de constipação alternados com diarreia associado a hematoquezia. Negava perda ponderal ou outros sintomas gastrointestinais. Entre os achados de exame físico, encontrou-se uma hérnia inguinoescrotal esquerda encarcerada, discretamente dolorosa a palpação. Realizado exame de retossigmoidoscopia flexível que evidenciou lesão vegetante, ulcerada e estenosante que ocupava toda a circunferência do órgão e impedia a passagem do aparelho. No exame foram realizadas biópsias que evidenciaram adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Tomografia computadorizada de abdome mostrou espessamento do cólon no interior do saco herniário, sem lesões hepáticas e ganglionares. Realizada laparotomia mediana e observado cólon sigmoide encarcerado em hérnia de rolamento, não sendo possível a sua redução. Realizada incisão em região inguinal esquerda auxiliar com redução do cólon e da lesão e remoção do saco herniário. Procedeu-se então retossigmoidectomia com ligadura dos vasos mesentéricos junto à origem e anastomose colorretal término-terminal manual em dois planos. Paciente apresentou evolução favorável, com alta no quinto DPO. Conclusão: Hérnias inguinoescrotais encarceradas contendo um adenocarcinoma de cólon em seu interior são extremamente raras, mas devem ser consideradas em pacientes com massa inguinal irreductível. A associação de sintomas de obstrução com irreductibilidade em pacientes com hérnias previamente redutíveis auxiliam no aumento da suspeição.

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA INGUINAL | NEOPLASIAS INTESTINAIS | CÂNCER COLORRETAL

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3004

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE APÊNDICE CECAL: ACHADO INCIDENTAL APÓS APENDICITE AGUDA EM PACIENTE JOVEM

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINÍCIUS AZEVEDO DIAS (HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS), ELISEU ALBERTIN TEIXEIRA (HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS), GUSTAVO AURICHIO CORDEIRO (HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS), EMANUELLE DE BESSA REIS (HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS), ANDRÉ VALE RIOS (HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS), RENAN ELIAS VALÉRIO (HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS), DANIEL ZANDIM MACIEL DIAS FERREIRA (HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS), MARCUS VINÍCIUS PEREIRA SILVA (HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os tumores de apêndice cecal são raros, correspondendo a 0,5% das neoplasias intestinais e acometendo cerca de 1% das peças de apendicectomia. Os carcinomas neuroendócrinos são os mais comuns (50%) das neoplasias de apêndice, manifestando-se geralmente na quarta década de vida e em mulheres. Podem secretar serotonina e/ou outras substâncias vasoativas, manifestando-se com síndrome carcinoide. Entretanto, a maioria dos pacientes é assintomática e, quando o tumor localiza-se na base apendicular, pode causar obstrução da luz apendicular e consequente apendicite aguda. Nesses casos, o diagnóstico se dá pelo exame anatomopatológico. O paciente deve ser submetido a exames de imagem e endoscópicos, além da dosagem dos níveis de serotonina e do biomarcador ácido 5-hidroxi-indol-acético (5HIAA) na urina de 24 horas, para rastreamento de lesões metastáticas. O tratamento é a apendicectomia simples, mas em alguns casos pode ser necessária a colectomia parcial direita como complementação terapêutica. O seguimento oncológico deve ser realizado com pesquisa de biomarcadores tumorais e exames de imagem do abdome. RELATO DE CASO: MMM, 16 anos, masculino, previamente hígido, admitido com dor abdominal em mesogástrio e em fossa ilíaca direita associada a vômitos, com sinal de Blumberg positivo ao exame físico, foi diagnosticado com apendicite aguda. Submetido, então, a apendicectomia sob incisão de Rockey-Davis, ato sem intercorrências e com envio de material para exame anatomopatológico (AP), recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas. Retorna com resultado de AP, mostrando carcinoma neuroendócrino bem diferenciado do apêndice cecal acometendo gordura peri-apendicular, com confirmação por imunohistoquímica. Foram solicitados dosagens de serotonina e 5HIAA, ambas dentro dos valores de referência, além de endoscopia digestiva alta, colonoscopia e tomografia computadorizada de abdome que não apresentavam alterações. Sem evidências de doença metastática, optou-se por realização de colectomia parcial direita, com AP de peça cirúrgica com margens livres. CONCLUSÃO: Trata-se de um paciente com quadro de apendicite aguda, possivelmente secundário a um carcinoma neuroendócrino de apêndice, que foi então diagnosticado precocemente. Dessa maneira, o paciente recebeu tratamento oncológico padrão para tal neoplasia e deverá realizar seguimento oncológico por pelo menos um ano. Portanto, houve melhora do prognóstico e da qualidade de vida para esse paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias de apêndice | Apendicectomia | Colectomia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3006

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressecção de leiomiosarcoma de cava com ligadura da cava. Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NIAIDE DE SOUZA MELLO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), GUSTAVO CORREA MACEDO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), HENRIQUE CUNHA MATEUS (SANTA CASA DE SÃO PAULO), RICARDO TADASHI NISHIO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ROBERTO AUGUSTO CAFFARO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR. (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Entre os sarcomas de partes moles, o leiomiosarcoma (LMS) é o segundo subtipo histológico mais frequente,⁷ sendo o tumor primário de veia cava inferior mais comum (VCI). É um tumor maligno raro, representando apenas 0,5% de todos os sarcomas de partes moles., sendo descritos apenas 450 casos. Incide principalmente nas mulheres entre a quinta e a sexta década de vida. Apresenta quadro clínico inespecífico e insidioso, sendo a dor em flanco direito a principal queixa. Sendo assim, o diagnóstico do LMS de veia cava inferior é tardio ou em caráter incidental na análise de tomografia computadorizada e ressonância magnética .A classificação do tumor é feita segundo a topografia acometida da veia cava: segmento I, onde há envolvimento da VCI porção infrarenal; segmento II, a porção comprometida da VCI está entre a veia renal e a veia hepática e segmento III, em que o LMS se encontra acima da veia hepática.Os objetivos do tratamento são: a ressecção completa do tumor com margens cirúrgicas livres com objetivo de controlar localmente o tumor, a manutenção do fluxo da veia cava inferior e a prevenção de sua recorrência. Os achados radiológicos que indicam irresecabilidade são: inserção peritoneal, metástases a distancia, acometimento da raiz do mesentério e envolvimento da medula espinhal. Após a ressecção do tumor, as opções variam desde a ligadura da veia até sua reconstrução com um enxerto (a depender da localização da lesão). Acerca do tratamento quimioterápico e radioterápico, ensaios clínicos randomizados evidenciam que não é efetivo nem como terapêutico exclusivo, nem como adjuvante e coadjuvante.Relatamos um caso de uma paciente submetida à laparotomia exploradora por tumor retroperitoneal. Após manobra de Kocher e mobilização do fígado, verificou-se neoplasia de veia cava não invasiva em íntima relação com o rim direito que comprometia a veia cava em segmento que se estendia da junção das veias renais até 2 cm antes da confluência das veias hepáticas com a veia cava. Observou-se também a presença de veias lombares calibrosas logo abaixo da inserção das veias renais. Optou-se pela ressecção segmentar da veia cava retrohepática com ligadura da veia cava logo acima das veias renais, com preservação da veia renal direita e ligadura da veia renal esquerda e, por fim, sutura da veia cava inferior logo abaixo da confluência da cava com as veias hepáticas. Paciente apresentou boa evolução no pós operatório com alta no PO 07 dias com anticoagulação.

PALAVRAS-CHAVES: Veia cava | Leiomiosarcoma | Ressecção de veia cava

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3013

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Desfechos clínicos da instalação da terapia por pressão negativa como fechamento temporário abdominal em abdome aberto: revisão da literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS (GASTROMED), CAROL VIVIANA SERNA GONZÁLEZ (GASTROMED), MILY CONSTANZA MORENO RAMOS (EEUSP), CILENE REBOUÇAS (ICB USP), LEANDRO CARDOSO BARCHI (GASTROMED), FERNANDO FURLAN NUNES (GASTROMED), BRUNO ZILBERSTEIN (GASTROMED)

RESUMO: Objetivo: Revisar sistematicamente a evidência dos desfechos clínicos da instalação do sistema por pressão negativa (TPN) em pacientes com abdome aberto, em comparação a outras técnicas de fechamento temporário. Métodos: Seguindo o modelo PICO (1) foi feita uma revisão online da literatura, nas bases de dados do EBSCO host (medline/pubmed) desde o ano 2001 até o 2016; não foram utilizadas restrições de língua, nem de disponibilidade de texto completo. Foram encontrados 68 trabalhos dos quais analisaram-se 7 por terem nível de evidência 1 ou 2 segundo a escala de oxford. Utilizaram-se para a análise crítica os instrumentos PRISMA (revisões sistemáticas) e o JADAD (ensaios clínicos randomizados). Resultados: A avaliação PRIMA foi em média 19/27 e na JADAD 2,6/5 pontos. Os estudos abordaram pacientes com etiologias traumáticas (14,3%), não traumáticas (14,3%) e mista (71%). As principais técnicas de fechamento temporário relatadas foram TPN (VAC abdominal e Barker), Wittmann, Bolsa de Bogotá e Malha absorvível. Na taxa de fechamento da fásia abdominal não houve diferença significativa entre as técnicas, porém a combinação entre a TPN e alguma técnica de fechamento dinâmico da fásia mostrou melhores resultados. A taxa de mortalidade diminui quando utilizada a TPN com resultados divergentes num dos estudos, finalmente o aparecimento de fístulas foi divergente entre os estudos e não se associou a nenhuma técnica específica, mas sim à condição clínica do paciente e a alguns fatores de risco específicos. Conclusões: A TPN é uma técnica de fechamento abdominal promissora para o abdome aberto que diminui a taxa mortalidade e provavelmente aumenta a taxa de fechamento fascial. Bibliografia The Joanna Briggs Institute. (2014) - Joanna Briggs Institute Reviewers? Manual: 2014 edition. Australia.

PALAVRAS-CHAVES: ABDOME ABERTO | TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA | REVISÃO SISTEMÁTICA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3047

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SINAIS RADIOLÓGICOS DE PNEUMOPERITÔNIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO HENRIQUE FURTADO COUTINHO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI/OSS), MARIO LUIZ QUINTAS (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI/OSS), ALEXANDRE AUGUSTO PINTO CARDOSO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI/OSS), CAROLINA DE SOUZA RIBEIRO VITORASSO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI/OSS), THAIGO PAULO TEIXEIRA DOS SANTOS (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI/OSS), CARLOS HENRIQUE MAIA FEITOSA (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI/OSS), MICHELLE LOUISE RODRIGUES BARBOSA DA SILVA (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI/OSS), IZABEL CRISTINA MONASTERIO GUERRA (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI/OSS)

RESUMO: Introdução: O pneumoperitônio pode ser causado por condições cirúrgicas e não cirúrgicas (abdominais, torácicas e ginecológicas). Os sinais radiológicos podem ser constatados em radiografias simples de abdome efetuadas em decúbito dorsal, com raios verticais e horizontais, posição ortostática e decúbito lateral esquerdo com raios horizontais. O diagnóstico radiológico do pneumoperitônio é um grande desafio para médico, principalmente quando este se evidencia de maneira divergentes do sinal de gás abaixo das hemicúpulas diafragmáticas no quadrante superior direito do abdome. Outros sinais como, o sinal do ligamento falciforme (gás que delinea o ligamento falciforme), o sinal de futebol (gás que delinea a cavidade peritoneal), o sinal "V" invertido (gás que delinea as dobras umbilicais medianas) e o sinal de Rigler são muitas das vezes erroneamente não interpretados. Relato de Caso: Paciente, 50 anos, masculino, comparece ao pronto socorro com relato de dor abdominal há 1 dia de forte intensidade em topografia de epigástrio, associado a dispepsia e náuseas sem vômitos, e sem alterações intestinais. Paciente etilista social e tabagista (2 maços/dia). Nega outras comorbidades ou cirurgias. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, abdome distendido, ruído hidroaéreos diminuídos, hipertimpânico, doloroso difusamente a palpação, principalmente em andar superior, sem descompressão brusca dolorosa. Realizado radiografia de abdome em 3 incidências que não evidenciava sinais de pneumoperitônio. Mantido em observação clínica, submetido a exames laboratoriais, porém o paciente evoluiu com piora da dor mesmo após uso de analgésicos. Submetido a nova radiografia de controle que evidenciou espessamento da parede intestinal, compatível com sinal de Rigler, sendo indicado laparotomia exploradora por suspeita de abdome agudo perfurativo. No intra-operatório foi identificado uma úlcera perfurada em 1ª porção duodenal na parede anterior corrigida por rafia. O paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no 7º dia de pós-operatório. Conclusão: Desta forma concluímos que o conhecimento dos sinais radiológicos compatíveis com pneumoperitônio, é de suma importância para um diagnóstico precoce, muitas vezes se utilizando de um exame simples de radiografia, o que pode acarretar numa abordagem precoce minimizando a morbidade e mortalidade destes pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Pneumoperitônio | Sinais Radiológicos | Sinal de Rigler

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3052

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTO SEROSO SIMPLES GIGANTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUTEMBERG FAGUNDES LIMA (HOSPITAL STELLA MARIS)

RESUMO: CISTO SEROSO SIMPLES GIGANTEINTRODUÇÃODe todos os tumores benignos do ovário, os mais freqüentes são o cisto adenoma seroso são formados por células semelhantes, às células dos seus tecidos de origem, não infiltram os tecidos vizinhos nem se propagam à distância, são repletos de liquido transparente amarelado semelhante ao soro sangüíneo. Podem ser assintomático durante muito tempo, podendo ter como sintomas os mais volumosos dores abdominais, compressão do intestino e bexiga, incontinência urinária e diarréia.OBJETIVORelatar um caso de uma paciente jovem de 21 anos, portadora de tumoração cística gigante em anexo direito com repercussão clinica de mudança dos hábitos intestinais e dor abdominal.Relato do casoG.V. 21 anos, parda G1, P1, C1. Procura ambulatório de cirurgia com queixa de aumento de volume abdominal, dor e mudanças de hábitos intestinais devido cisto abdominal de origem indeterminada há 3 anos em USG gestacional. Ao exame físico: Bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica e afebril. Abd: globoso,RH presentes, levemente doloroso a palpação difusamente de volumosa massa abdominal sem sinais de irritação peritoneal. USG abdome total 2012: vol. Formação cística em abdome superior podendo sugerir pseudo cisto do pâncreas e ou cisto hepático. Doppler colorido obstétrico 2013: Imagem cística anecóica no hipocôndrio D. Provavelmente hepática 18x10cm. Realizado Laparotomia exploradora que evidenciou Cisto abdominal gigante em ovário E. Anatomopatológico: cisto seroso simples medindo 19x6x17cm.MÉTODOAs informações foram obtidas através de consulta ambulatorial, exame físico, exames de imagem, registro fotográfico, anatomopatológico e acompanhamento ambulatorial e revisão da literatura.Bibliografias: SciELO The Scientific Electronic Library Online - SciELO is an electronic library covering a selected collection of Brazilian scientific journals.

PALAVRAS-CHAVES: CISTO GIGANTE | CISTO SEROSO GIGANTE | CISTO SEROSO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3061

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Egas Moniz: um cirurgião ganhador de um Nobel imerecido?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JORDANO PEREIRA ARAUJO (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Egas Moniz é o único cirurgião falante de português ganhador do prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia. O problema é que a operação que levou Moniz ao Nobel é, no mínimo, controversa. **MATERIAL E MÉTODOS:** Buscas foram realizadas em bancos de dados médicos com as palavras: Egas Moniz, lobotomia, leucotomia. Os trabalhos resultantes foram analisados. **RESULTADOS:** Há uma clara divisão na literatura quanto à relevância do trabalho de Egas Moniz na neurologia/neurocirurgia. Enquanto alguns defendem a importância do trabalho do médico português no tratamentos das doenças mentais, outros afirmam que a influência da ciência produzida pelo médico português levou a excessos e criação de inúmeras pessoas debilitadas. **CONCLUSÃO:** O trabalho de Egas Moniz deve ser analisado à vista dos conceitos e das ideias de seu tempo. Ele foi, sem dúvida, um pioneiro na chamada psicocirurgia.

PALAVRAS-CHAVES: Egas Moniz | Psicocirurgia | Neurocirurgia

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3062

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Retirada de corpo estranho sobre epiplon no hipocôndrio direito por laparoscopia ? Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RICARDO MACHADO ROCHA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ANA CLAUDIA ANDRADE MADEIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), LUISA DINIZ DE SOUZA GROSSI (HOSPITAL MARCIO CUNHA), MABELLY ANDRADE CORREA (HOSPITAL MARCIO CUNHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A penetração de corpos estranhos, apesar de menos frequente que a ingestão, é um fato corriqueiro no ambiente hospitalar, e algumas vezes, pode relacionar-se a complicações, provocando quadros graves. Esta situação pode ser decorrente de ato voluntário ou acidental. É importante a realização do diagnóstico precoce e a determinação da possível localização do objeto para abordagem terapêutica adequada. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 26 anos, previamente hígida, compareceu ao Pronto Socorro com queixa de dor em hipocôndrio direito de início súbito, há um dia, com possibilidade de penetração de uma agulha durante o sono. Ao exame clínico presença de dor à palpação do hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Radiografia de abdome confirmou corpo estranho próximo ao cólon direito, sem níveis hidroaéreos e TC de abdome sem contraste evidenciou agulha alojada no lobo direito hepático. A paciente foi submetida à laparoscopia para retirada do objeto que encontrava-se em epiplon. CONCLUSÃO: Os dados colhidos na anamnese e o achado inespecífico de dor durante o exame físico foram insuficientes para conclusão diagnóstica, tornando-se necessária complementação com exames de imagem. Com base nos achados propedêuticos optou-se pela exérese laparoscópica do corpo estranho devido proximidade com o intestino, risco de perfuração de vísceras e possível infecção local.

PALAVRAS-CHAVES: CORPO ESTRANHO|VIDEOLAPAROSCOPIA|ACIDENTE

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3087

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Neoplasia Primária Múltipla - relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FRANCO DE GODOY (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), MONICA MAZZURANA BENETTI (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), DANIEL DANTAS DE OLIVEIRA (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), JOSE FERNANDO MARQUES CARDOSO (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), AMER ABDUL BASSET EL KHATIB (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), BRUNO BARREIRO (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), WAGNER JOSÉ RIVA (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), FERNANDO YOCHITERU ROLIM SAKIYAMA (HOSPITAL GUILHERME ALVARO)

RESUMO: IntroduçãoA Neoplasia Primária Múltipla (NPM) é uma patologia rara, definida segundo os critérios de Warren e Gates (1932) como a presença de múltiplos tumores malignos, com diagnósticos anatomopatológicos distintos e que não sejam metástases a distância do outro tumor. A North American Association of Central Cancer Registries classifica como sincrônicos, os tumores que aparecem no mesmo indivíduo em um mesmo intervalo de tempo e metacrônicas em intervalo de tempo diferentes em até cinco anos. A literatura contém poucos relatos de NPM sincrônicas, principalmente quando existem mais que dois focos primários. Nosso objetivo é descrever um relato de caso de paciente com três neoplasias malignas: próstata, colón e pulmão. Relato de CasoE.V.C., 65 anos, masculino, procedente de Pedro de Toledo ? SP, tabagista (20 maços/ano) em acompanhamento oncológico devido adenocarcinoma de próstata, tratado com hormioterapia com gossereleina e radioterapia (38 sessões), apresenta em imagem tomográfica de controle, lesão nodular em lobo superior esquerdo do pulmão. Foi solicitado PET-CT que evidenciou hiper captação em áreas de próstata, pulmão, colón sigmoide e tireóide. Realizado colonoscopia apresentando lesão úlcero-vegetante de colón sigmoide com anatomopatológico de adenocarcinoma. Optado por intervir primeiramente no intestino, realizado retossigmoidectomia regradada com coloretomostomose termino-lateral mecânica, apresentando peça cirúrgica com adenocarcinoma tubular e mucinoso moderadamente diferenciado, com invasão neoplásica em serosa e tecido adiposo peri-cólico (pT3pN0pMx; Dukes B), evoluiu com fistula no 11º dia de pós operatório tratada com rafia da mesma e ileostomia protetora. Reencaminhado a oncologia com realização de quimioterapia adjuvante. Após seis meses da retossigmoidectomia, com evolução favorável, o paciente foi submetido à lobectomia superior esquerda, com anatomopatológico de carcinoma epidermóide pouco diferenciado. Até o momento o paciente apresenta-se em acompanhamento ambulatorial com a equipe de oncologia clínica e cirurgia de cabeça e pescoço, em bom estado geral. ConclusãoO diagnóstico das NPM depende de um completo estadiamento pré-operatório e adequado seguimento clínico. O tratamento envolve uma equipe multidisciplinar integrada, com foco central no paciente com o objetivo de um melhor prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasia Primária múltipla | Câncer colorretal | Câncer pulmão

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3101

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ATIVIDADES EXTRACURRICULARES NO APRENDIZADO CIRÚRGICO: A EXPERIÊNCIA DA LIGA DE CIRURGIA DA UFRGS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCIANA ELTZ SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), THAMYRES ZANIRATI DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), TATIANE DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), SOFIA MICHELE DICK (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: Introdução A estruturação do curso de medicina acaba proporcionando uma vivência heterogênea, sendo fundamental a busca ativa dos alunos para um contato mais intenso em algumas áreas do conhecimento médico. Assim, a Liga de Cirurgia(LiCir) da UFRGS é uma congregação de acadêmicos de medicina com interesse em cirurgia, orientados por um professor coordenador para possibilitar a participação destes no ambiente cirúrgico, buscando ampliar o conhecimento teórico e as experiências práticas. Objetivos Estimular o aprendizado e a busca por conhecimento frente às doenças e suas formas de tratamento cirúrgicos, possibilitando contato com profissionais e com situações concretas.. Métodos: Desde 2009, foram realizados estágios práticos seguindo a rotina de equipes cirúrgicas e acompanhando atividades ambulatoriais. sob supervisão; apresentações de trabalhos em atividades científicas; cursos de capacitação ministrados por professores e cirurgiões sobre temas de interesse tanto teóricos quanto práticos, inclusive na Semana Acadêmica da Faculdade além de mediação para que os membros participassem de pesquisas científicas. Nesse período, foram atingidos diretamente cerca de 400 alunos, além de cerca de 50 alunos de outras universidades. Resultados Há aceitação tanto por parte da comunidade docente quanto discente, demonstrada pela procura ativa e envolvimento nas atividades em horário extra e pela participação voluntária dos docentes. Cerca de 30 trabalhos científicos foram apresentados por membros da liga nesse período. Foi realizado em 2016 questionário junto à comunidade avaliando a imagem da liga, refletindo uma experiência positiva até então. No final do ano, foi solicitado aos ligantes o preenchimento de questionário de feedback: das 21 respostas de um total de 30 membros, todos afirmaram que indicariam a atividade e nenhum negou interesse em seguir participando em 2017. O acompanhamento nos ambulatórios manteve-se até 2013, sempre com boa adesão e interesse. Além disso, os ciclos de palestras ocorreram de forma exitosa e continuada com presença regular de mais de 50% dos membros em cerca de 75% das aulas. Conclusão A existência das LiCir nas universidades, a modelo da existente na UFRGS mostra-se importante na construção do perfil do cirurgião durante sua formação, ampliando o espaço e o contato dos acadêmicos com o meio cirúrgico. É fundamental que as ligas busquem sempre ensino, pesquisa e extensão, desenvolvendo habilidades, além do contato com pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Ensino | Liga Acadêmica | Liga de Cirurgia UFRGS

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3103

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Angiosarcoma de baço: diagnóstico pós esplenectomia videolaparoscópica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA DO NASCIMENTO SANTOS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), NELSON DE SOUZA LIBONI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), JULIANO FERNANDES DA COSTA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), MARCIO CARMONA MARQUES (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), OTAVIO SCHMIDT DE AZEVEDO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ)

RESUMO: Introdução: Tumores esplênicos não são frequentes. Neoplasias vasculares são uma rara categoria de tumores e tem uma incidência extremamente baixa no baço, são descritos cerca de 150 casos de angiosarcoma de baço em toda a literatura. A sobrevida em 6 meses é de 20%.Relato de caso: Esse relato tem por objetivo descrever uma mulher de 57 anos, cujos exames de imagem de rotina evidenciaram cistos esplênicos. Em seu seguimento, os cistos se tornaram maiores e em maior número. Uma esplenectomia diagnóstica foi realizada e sua análise anatomopatológica revelou um raro angiosarcoma de baço. Um ano e dois meses depois apresentou recidiva tumoral na vértebra C7. Foi submetida à radioterapia e quimioterapia com paclitaxel e panzopanib. A sobrevida da paciente foi de 3 anos após o diagnóstico. Conclusão: Esse relato de caso corrobora muitos aspectos encontrados na literatura, embora outros desafiem os números e dados estatísticos conhecidos. Isso nos mostra que a etiologia, sobrevida e tratamento do angiosarcoma de baço permanece incerto e que não há consenso.

PALAVRAS-CHAVES: Angiosarcoma de baço | angiosarcoma esplênico | esplenectomia diagnóstica

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3112

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abscesso de Pâncreas assintomático secundário à corpo estranho: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA VERTEMATI CAVALIERI (CHECK UP HOSPITAL), ANA CLÁUDIA DA CUNHA FERREIRA (CHECK UP HOSPITAL), ELAINE CRISTINA MARINHO DA FONSECA (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE), TICIANE DA COSTA MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), RODOLFO PORTO REGO (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE), GABRIELA FERREIRA CORREA (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE), DENISSON GUEDES PONTES (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A ingestão de corpo estranho é patologia comum, a maioria passando pelo trato gastrointestinal sem consequências. A perfuração apresenta quadro clínico variável com dor abdominal, febre, vômitos, peritonite ou abscessos, sendo geralmente necessária intervenção cirúrgica de urgência. RELATO DE CASO: Homem, 51 anos, diabético descompensado, procurou pronto atendimento com quadro de dispneia leve. Realizou tomografia de tórax que mostrou corpo estranho próximo ao duodeno. Tomografia e ressonância de abdome confirmaram corpo estranho linear denso de 3cm na junto à parede medial do duodeno associada à imagem heterogênea em corpo do pâncreas sugestiva de abscesso. Endoscopia mostrou lesão cicatricial no duodeno. Paciente assintomático do ponto de vista abdominal. Optamos por abordagem eletiva videolaparoscópica pela retrocavidade dos epíplons, sendo identificado e retirado o corpo estranho (espinha de peixe) e drenado o abscesso com dreno de silicone. Paciente teve boa evolução no pós operatório, sem débito no dreno, recebendo alta no 3o dia. Sem queixas no retorno ambulatorial. Tomografia de controle mostrou densificação da gordura local, sem coleções. CONCLUSÃO: A perfuração intestinal geralmente é ocasionada por corpos estranhos alimentares alongados e pontiagudos, ocorrendo principalmente nas alças ileais. Os pacientes geralmente não relatam a ingestão de um corpo estranho, o que, associado a um quadro clínico muitas vezes confuso, faz com que o diagnóstico seja difícil e tardio. Os mais suscetíveis à ingestão de corpo estranho são idosos, usuários de dentaduras, alcoólatras e pacientes psiquiátricos. A conduta terapêutica depende da localização do corpo estranho no trato digestivo e da presença de complicações como perfuração, hemorragia e obstrução. O paciente apresentado era assintomático. Optamos por procedimento cirúrgico eletivo, pela localização do abscesso e por ser paciente diabético, sendo a técnica utilizada a menos invasiva possível, por videolaparoscopia. REFERÊNCIA: NICOLODI, Gabriel Cleve et al . Perfuração intestinal por ingestão de corpo estranho alimentar. Radiol Bras, São Paulo , v. 49, n. 5, p. 295-299, out. 2016

PALAVRAS-CHAVES: ABSCESSO | PÂNCREAS | CORPO ESTRANHO

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3120

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HIPOALBUMINEMIA RELACIONA-SE COM MORBIDADE PÓS-OPERATÓRIA EM GRANDES CIRURGIAS?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO EDER PORTARI FILHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE), RAISSA JOSÉ DE FRANÇA CARVALHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE), KARINE REIS DE MIRANDA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE)

RESUMO: A hipoalbuminemia no pré-operatória está associada a altas taxas de morbidade e mortalidade em pacientes submetidos a cirurgias de grande porte. Vários trabalhos na literatura e diretrizes internacionais apontam a hipoalbuminemia como fator de risco independente para complicações pós-operatórias. A literatura nacional possui poucos trabalhos sobre o tema, atingindo os mesmos resultados. O objetivo deste trabalho foi: avaliar a relação da dosagem sérica de albumina pré-operatória com a predição de morbidade, e tempo de internação pós-operatório nos pacientes submetidos a cirurgias de grande porte. Metodologia: Foi realizada a coleta de sangue para dosagem da albumina sérica nos pacientes da terceira enfermagem cirúrgica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle no momento da sua admissão. Após a realização do procedimento cirúrgico indicado, o paciente foi monitorado, nos 30 dias subsequentes, quanto ao aparecimento de complicações pós-operatórias (infecciosas ou não), mortalidade e tempo de internação pós-operatório. Foi considerada dosagem de albumina sérica normal valores iguais ou maiores que 3,5g/dl, a hipoalbuminemia foi considerada moderada na faixa entre 3,1 e 3,4g/dl e hipoalbuminemia grave quando os valores eram iguais ou menores que 3,0g/dl. As complicações foram relacionadas com as faixas de albuminemia, e o tempo de internação foi calculado por meio de média em cada grupo de pacientes de acordo com a dosagem de albumina. Resultados: Participaram 53 pacientes, com média de idade de 61,9 anos, sendo 63,2% do sexo feminino, e 84% com doença maligna. Hipoalbuminemia (

PALAVRAS-CHAVES: Hipoalbuminemia | Complicações cirúrgicas | cirurgias de grande porte

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3129

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Aneurisma de Esplênica - Série de Casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURICIO ALVES RIBEIRO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANDRE SOARES GALLO (HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO), VANESSA CRUZ AFONSO (HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO), TIAGO FARIAS DE ALMEIDA (HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO), CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO), SANSIRO DE BRITO (HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO), ELISA MARIA DE C. ARANZANA (HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO CRISTÓVÃO)

RESUMO: O aneurisma de esplênica é relativamente raro, esta associado com hipertensão portal, arteriosclerose e gestação. Seu tratamento pode ser endovascular ou cirúrgico. Relatamos nossa experiência no tratamento do aneurisma de esplênica bem como as características epidemiológicas e tratamento realizado. No período de 2005 até 2017, nosso grupo operou 4 pacientes com aneurisma de artéria esplênica. Os pacientes eram do gênero feminino em 75% dos casos. A média de idade foi de 51,5 anos variando de 38-79 anos. Dois pacientes eram hipertensos, sendo que um deles apresentava aneurisma cerebral e outro tinha antecedente de AVC hemorrágico. Duas pacientes apresentavam hipertensão portal: uma paciente era gestante e cirrótica por álcool e outra esquistossomótica. O tamanho do aneurisma de esplênica variou de 4 a 8 cm no maior diâmetro com média de 5,5 cm. A cirurgia foi eletiva em todos os casos, sendo realizada aneurismectomia e esplenectomia aberta em 75% dos casos. Em um caso a cirurgia foi por via laparoscópica. Uma paciente foi submetida a cesárea na mesma intervenção e uma paciente teve diagnóstico de linfoma esplênico de células da zona marginal no anatomopatológico. Nenhum paciente morreu. Nossa experiência de 12 anos apresenta características semelhantes aos da literatura.

PALAVRAS-CHAVES: Aneurisma | Esplênica | Tratamento

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 3133

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO - PERITONITE ABDOMINAL DIFUSA DE FOCO UTERINO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IZABELA RIBEIRO GRIMALDI (HOSPITAL BELO HORIZONTE), ROBERTA XAVIER CAMPOS (HOSPITAL BELO HORIZONTE), BRUNA BERNARDES DA SILVA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), FÁBIO MAGY MENDES FILHO (HOSPITAL BELO HORIZONTE), GUILHERME LEITE ZAMBELLI DE ALMEIDA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), FLÁVIA MARIA MOREIRA DE OLIVEIRA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), LAÍS CHAVES DE SOUZA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), LUIZ GUSTAVO PINTO DA CUNHA (HOSPITAL BELO HORIZONTE)

RESUMO: R.P., 36 anos, sexo feminino, encaminhada para avaliação da cirurgia geral com quadro de sepse de foco uterino, história de FIV, gestação trigemelar com abortamento? de um feto na décima sexta semana de gestação, sendo mantida a placenta do mesmo e realizada cerclagem com controle infeccioso por febre e leucograma. Após onze dias evoluiu com febre, dor em baixo ventre e corrimento vaginal purulento. Além disso, US obstétrico indicando decesso do segundo gemelar. Iniciado antibioticoterapia venosa, porém mantendo febre. Encaminhada para retirada da cerclagem, que foi indentificado saída de grande volume de secreção purulenta via vaginal pelo orifício externo do colo uterino, expulsão dos fetos, sendo realizada curetagem uterina com retirada de três placentas íntegras. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica, transferida para o CTI. Após avaliação optado por laparotomia exploradora, ao inventário da cavidade foi identificado grande quantidade de secreção purulenta, além disso útero amolecido e comprometimento de anexos. Realizada lavagem exaustiva da cavidade, histerectomia total com ooforectomia bilateral. Paciente evoluiu já no primeiro dia de pós-operatório com melhora importante e evolução gradativa, demonstrando que pela flora bacteriana da pelve, útero e anexos, a resposta a cirurgia e portanto a indicação cirúrgica é fundamental para o controle da infecção .

PALAVRAS-CHAVES: PERITONITE|UTERO|HISTERECTOMIA

PAREDE ABDOMINAL

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 311

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Aplicação de pneumoperitônio progressivo pré operatório (Protocolo de Goñi Moreno) para correção de hérnia com perda de domicílio - Um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LÁZARO ANTONIO FRANCISCO FÉRES (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO), PEDRO GUIMARÃES ROCHA LIMA (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO), EDGAR MEGRE CARVALHO (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO), LUIZ OTÁVIO DEMIER FREIRE RIBEIRO (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO)

RESUMO: IntroduçãoCorreção de hérnias com perda de domicílio caracterizam um desafio para o cirurgião, pois apresentam dificuldades técnicas e grandes chances de complicações, tanto locais quanto sistêmicas.A hérnia volumosa se aloja no saco herniário, levando a uma diminuição da pressão intra-abdominal, com conseqüente adaptação a essa queda de pressão. Esse fato produz dificuldades no retorno venoso e linfático, além de reduzir a capacidade respiratória. Essas alterações são toleradas, pois se desenvolvem lentamente.Em 1940, Goñi Moreno propôs a técnica de indução progressiva de pneumoperitônio nesses pacientes, sendo essa recomendada para hérnias com perda de domicílio, a vantagem do protocolo é que corrige muitos dos problemas citados, elevando a pressão intra abdominal de forma gradual, melhorando o retorno venoso, a função diafragmática e aumentando o volume da cavidade abdominal, afim de adaptá-la ao novo conteúdo.Relato do CasoG.M.B. 67 anos, feminino, portadora de HAS e DM 2. Apresenta hérnia umbilical há 33 anos, com atual perda de domicílio, em acompanhamento pelo AMBE de Cirurgia Geral, em preparação pré operatória, porém, abandonou o tratamento. Interna no HAC apresentando quadro de suboclusão intestinal. Foi internada, com dieta oral zero e nutrição parenteral.Realizou-se em 09/08/16 a indução inicial do pneumoperitônio; sendo realizada manutenção e progressivo aumento do volume no curso de 14 dias,totalizando ao final deste período 10,7L, com o volume acrescido por punção sendo definido de acordo com aceitação da paciente, que por vezes queixou-se de desconforto abdominal e vômitos. Foi realizada fisioterapia respiratória e Rx de tórax e abdome de controle. A cirurgia ocorreu em 23/08/16, com redução completa do conteúdo herniado para a cavidade e fixação de tela semi-biológica para correção da hérnia. Paciente evoluiu sem complicações, principalmente sem síndrome compartimental abdominal.DiscussãoA redução do conteúdo herniário sem complicações pós operatórias,mostrou que a indução de pneumoperitônio pré-operatório obteve sucesso. Vimos que a hérnia com perda de domicílio se apresenta como um enorme desafio, sendo o protocolo de Goñi Moreno um excelente método para melhor resultado per e pós operatório. Acreditamos que a técnica apresenta bons resultados, porém notamos poucas informações protocolares da mesma, como o volume de ar a ser introduzida e o intervalo de tempo entre o início do pneumoperitônio induzido e a abordagem cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Hernia abdominal|perda de domicílio|pneumoperitonio

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 349

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Diagnóstico e indicação cirúrgica atual para tratamento da paniculite mesentérica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA), SÉRGIO MATTOS PULS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS)

RESUMO: A paniculite mesentérica (PM) é um processo inflamatório benigno crônico inespecífico que compromete o tecido adiposo da raiz do mesentério. De etiologia desconhecida, a maioria dos pacientes permanece assintomática, embora dor abdominal central possa estar presente. Possui como complicações a fibrose progressiva, encurtamento do mesentério e compressão de vasos mesentéricos, com obstrução parcial ou completa podendo acarretar isquemia. Apesar de rara e de manifestações clínicas obscuras, deve ser considerada na abordagem do paciente com queixa de dor abdominal. Sendo assim, o objetivo desta revisão bibliográfica foi descrever as principais estratégias diagnósticas e terapêuticas cirúrgicas atuais para tratamento da PM. Buscou-se artigos nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane utilizando como descritores Mesenteric Panniculitis, Management, Treatment, Surgical, Tests e Diagnosis. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve-se 45 artigos do período de 2012 a 2017 e, destes, selecionaram-se 28 artigos que respondiam satisfatoriamente os objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência, como revisões sistemáticas. O diagnóstico da PM costumava ser apenas pela análise anátomo-patológica do mesentério removido, na qual a histologia separa a patologia em três fases (lipodistrofia aguda, paniculite mesentérica propriamente dita e mesenterite retrátil, respectivamente primeira, segunda e terceira fase). Contudo, a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética se tornaram exames úteis para confirmação da PM, demonstrando massas heterogêneas com grande componente gorduroso, de densidade discretamente elevada, associada a bandas lineares com densidade de partes moles de permeio, sem invasão vascular. PM mesentérica pode ter resolução espontânea ou não. Não há padronização do tratamento, podendo-se usar agentes anti-inflamatórios e imunossupressores. Ressecção cirúrgica é indicada em inflamação irreversível, complicações como obstrução intestinal e perfuração e falha no tratamento clínico. Mesmo rara, a PM deve ser considerada, tendo os métodos de imagem como grandes auxiliares no diagnóstico e a ressecção cirúrgica reservada a casos mais graves.

PALAVRAS-CHAVES: Paniculite Mesentérica | Diagnóstico | Tratamento

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 361

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HERNIA DE SPIEGEL:RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO FIGUEIREDO (HOSPITAL MÃE DE DEUS), ROBERTO GEISS KOCH (HOSPITAL MAE DE DEUS), MARINA FIGUEIREDO (HOSPITAL MÃE DE DEUS)

RESUMO: INTRODUÇÃO A hérnia de Spiegel é um raro defeito da parede abdominal. Ocorre através da aponeurose Spigeliana, entre a linha semilunar e a borda lateral do reto abdominal. Geralmente não apresentam sintomas característicos. A cirurgia é indicada devido ao risco de estrangulamento. O conteúdo do saco herniário pode ser intestino delgado, epíplon, cólon, apêndice cecal, bexiga e, mais raramente, divertículo de Meckel. A abordagem cirúrgica é através de hernioplastia convencional, com ou sem prótese, ou laparoscópica. **RELATO DE CASO:** Mulher, 75 anos, consulta eletiva com queixa de dor localizada em FIE há muito tempo e piora progressiva nos últimos meses. Marca passo cardíaco. Intolerância a lactose. Informou recente internação hospitalar durante 5 dias devido à dor abdominal diagnosticada e tratada como diverticulite aguda. Apresentou ecografia abdominal sugestiva de diverticulite de descendente/sigmoide. Realizou TC abdome após a alta: presença de hérnia de Spiegel em FIE contendo saco adiposo e segmento de alça de intestino delgado. Sem sinais de diverticulite. Exame físico: obesa, abdome globoso, peristaltismo presente, doloroso a palpação profunda em flanco e FIE. Sem sinais de irritação peritoneal. Com diagnóstico de hérnia de Spigeliana foi encaminhada à cirurgia laparoscópica. Procedimento realizado com anestesia geral endovenosa total e máscara laríngea com ventilação mecânica. Decúbito dorsal, pneumoperitônio e introdução de 3 trocateres: 10 mm no epigástrico (ótica 300), 10 mm infra umbilical e 5 mm FID. A hérnia foi visualizada na inspeção da cavidade, sem intestino encarcerado. Tração do saco e abertura de flap peritoneal, análogo a herniorrafia incisional laparoscópica. Com o anel herniário exposto, foi utilizada tela de polipropileno 10 X 10 cm, fixada à parede abdominal com grampos absorvíveis ETHICON SECURESTRAP®. Fechamento do flap da mesma forma. Alta em 24 horas. **CONCLUSÃO:** As hérnias de Spiegel são de difícil diagnóstico e indicação cirúrgica absoluta. O tipo de abordagem não foi baseado em estudos clínicos, porém é provável que a recidiva seja menor com a colocação de prótese quando comparada somente à sutura do defeito herniário. Além das vantagens estéticas a abordagem laparoscópica diminui o risco de complicações e período de internação, com rápida recuperação do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Hernia de Spiegel | Aponeurose Spigeliana | Laparoscopia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 393

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: REPARO DE HÉRNIA INCISIONAL POR CIRURGIA ROBÓTICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OLAVO NAPOLEAO DE ARAUJO NETO (UNICHRISTUS), DANIEL LINHARES CARDOSO (UNIFOR), OLAVO NAPOLEAO DE ARAUJO JUNIOR (HOSPITAL MONTE KLINIKUM)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Técnicas minimamente invasivas foram introduzidas na cirurgia geral na década de 80. Primeiro reparo de hérnia incisional realizado por LeBlanc e Booth em 1993. Cirurgia robótica com o equipamento DaVinci ganhou espaço desde aprovado pela FDA (Food and Drug Administration) em 2000, apresenta benefícios na ergonomia, imagem e precisão. Inicialmente utilizado em histerectomias e prostatectomias, hoje presente em muitos procedimentos da cirurgia geral, como reparo de hérnias, situação que se tornou mais prevalente nos últimos anos. CASO: Paciente realizou histerectomia laparoscópica em 2014, evoluiu com fístula e confecção de colostomia em flanco E. Fístula cutânea com fechamento espontâneo em 09/2015. 03/2016 evoluiu com hérnia incisional, discutida possibilidade de cirurgia robótica para resolução. 23/03 apresentava BEG e abaulamento em flanco esquerdo, solicitado GIH para definição da cirurgia. 11/04 realizada cirurgia robótica com equipamento Da Vinci. Feita aposição de duas telas de Marlex entre músculos oblíquo externo e transversos e uma de Fisiomesh 30x20cm revestindo toda cavidade peritoneal. Evoluiu com dor fisgada em região subcostal E e dificuldade de extensão do tronco e MIE, prescrito tramal, novalgina e buprenorfina. US abdominal mostrou colelitíase assintomática, exames laboratoriais sem alterações. 05/05 apresentou aumento do volume abdominal, sinais de flogose da parede ao nível da cicatriz cirúrgica, iniciada atb terapia com ciprofloxacina. 19/05, afebril, queixas dispépticas e empachamento pós-prandial, em uso de digesan, anti-inflamatório e pantoprazol. Em junho, assintomática, sem sinais de flogose, TC realizada em maio mostrou coleção crânio caudal, posterior US evidenciou absorção da mesma. Em 01/09 processo inflamatório em flanco E, iniciado ciprofloxacina novamente com melhora e drenagem de sangue sem pus, orientado a associar nisulid. 10/11 havia persistência do processo inflamatório ao nível da crista sem sinais de flogose, prescrito doxiciclina. Após uma semana houve melhora completa. CONCLUSÃO: Advento da cirurgia robótica tornou reparo de hérnias mais factível, inclusive as mais complicadas. Diminui tempo de internação, complicações e recorrência. Procedimento seguro, relacionado com excelente evolução pós-operatória. Nesse contexto, há necessidade de estudos que justifiquem os custos desse método perante os benefícios e, assim, obter dados que contribuam para estabelecer a melhor prática para esse tipo de procedimento.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia Incisional | Cirurgia | Robótica

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 480

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS EM HERNIOPLASTIAS POR ABORDAGEM ABERTA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BRUNO ISMAIL SPLITT (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), ALOYSIO ENCK NETO (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BETINA FRANCIOSI (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), RENATA ROCCA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), MARIANA FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), JEAN CARLOS LEVAY MURARI (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), OSCAR EDUARDO LUZ DE CARVALHO LEITE (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES)

RESUMO: Introdução: Calcula-se que 5% da população venha a desenvolver uma hérnia da parede abdominal ao longo da vida e destas 75% ocorrem na região inguinal. Tendo em vista o impacto na qualidade de vida e as complicações potencialmente graves desta condição, as hernioplastias estão entre as cirurgias eletivas mais realizadas. Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à hernioplastias por via aberta no Hospital de Caridade de São Jerônimo - RS, bem como as complicações pós operatórias precoces observadas. Métodos: Análise prospectiva dos dados dos pacientes submetidos a estas cirurgias entre 1 de setembro a 1 de outubro de 2016. Resultados: Foram observados 28 pacientes, mais de 78% dos pacientes eram homens, com predomínio significativo da raça branca (71,4%). O tabagismo foi fator identificado em quase 40% dos casos e a quase totalidade deles encontrava-se no peso ideal ou com discreto sobrepeso (21 pacientes, 75%). Entre as cirurgias, 46,42 % foram para correção de hérnias inguinais, tendo discreta diferença estatística quanto ao lado mais prevalente, com diferença de apenas 1 caso a mais à esquerda. Das hérnias ventrais, a umbilical foi a mais prevalente equivalendo a 66,6% dos casos neste subgrupo. De todas hernioplastias realizadas 10,71% foram secundárias devido hérnias recidivadas. Em 75% destas cirurgias não foi identificada nenhuma complicação, dentre as identificadas, seroma (10,71%) e infecção de ferida operatória (7,14%) foram as mais expressivas. Discussão: Os dados epidemiológicos, como características mais prevalentes e presença de fatores de risco corroboraram com os encontrados na literatura. Seroma e infecção foram as complicação mais frequentes. A literatura mostra uma frequência de infecção variável de 0 a 30%, no entanto, grandes serviços possuem uma taxa de apenas 1% a 2% após o reparo aberto de hérnia inguinal. Conclusão: As complicações de ferida operatória mais frequentes nas hernioplastias são hematoma e seroma. Ambas predispoem a infecção, que é uma das principais causas de recidiva e de complicações graves, como a infecção profunda da tela e formação de abscessos, o que invariavelmente, implica em reoperação e aumento significativo na morbi-mortalidade. Faz-se necessário cuidados rigorosos com antissepsia, hemostasia e descolamento parcimonioso dos tecidos para tentar minimizar estes riscos. Bibliografia: Jenkins, JT.; O'Dwyer, PJ. - Inguinal hernias BMJ 2008;336:269-72

PALAVRAS-CHAVES: Hérnias abdominais | Cirurgia Eletiva | Complicações Pós - operatórias

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 486

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Infecção Grave em Portais de Trocáteres de Videolaparoscopia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANDRE LUIS BARBOSA ROMEO (HOSPITAL ANA NÉRI), JORGE MOURA COSTA DIAS TAVARES (HOSPITAL ANA NÉRI), PEDRO BOTELHO DE ALENCAR FERREIRA CRUZ (HOSPITAL ANA NÉRI), MÁRCIO ANDRADE SILVA FREIRE (HOSPITAL ANA NÉRI), DANIEL CARDOSO CAVALCANTE GUERRA (HOSPITAL ANA NÉRI), JOÃO PAULO NUNES BRANDÃO (HOSPITAL ANA NÉRI), LEONARDO AUGUSTO OLIVEIRA (HOSPITAL ANA NÉRI)

RESUMO: Introdução: Relato de raro caso de paciente submetida a videolaparoscopia para drenagem de abscesso pélvico evoluindo com infecção grave em portais de trocáteres. Relato de caso: Paciente de 23 anos sem comorbidades, submetida a operação cesareana há +/- 12 dias para feto a termo, nativo sem intercorrências, re-internada para drenagem de abscesso em cicatriz de Pfannenstiel. Evoluiu com sintomas e sinais de peritonite, sendo submetida a videolaparoscopia onde foi evidenciado abscesso pélvico e observada drenagem de secreção purulenta da cicatriz abdominal fluindo em direção à pélvis. Realizada lavagem e aspiração das secreções, limpeza exaustiva da cicatriz de Pfannenstiel e cobertura antibiótica ampla. No II DPO foi observada reação francamente infecciosa em portais de trocáteres com saída de secreção purulenta abundante. Em três ocasiões os tecidos dos portais foram seguidamente ressecados e como a celulite / infecção local continuava a progredir, optou-se pela ressecção de todo o tecido dermatogorduroso desde +/- 3 cm acima da cicatriz umbilical até a região supra-púbica. Conclusão: A paciente evoluiu bem, tendo alta no XVII DPO com ferida granulando bem, sem sinais flogísticos, sendo encaminhada para correção pela Cirurgia Plástica, o que foi realizado com sucesso.

PALAVRAS-CHAVES: Abscesso | Celulite | Videolaparoscopia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 533

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE GARENGEOT ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HERCULES RICARDSON DANIEL DE ALBUQUERQUE FILHO (HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA / SESAP-RN), IURI ESTRELA DE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), LUÍS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), MAIRA DE ARAUJO BARROS XAVIER (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES / UFRN), GIULIANNA PETRA DANTAS DE MEDEIROS (HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA / SESAP-RN)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Em 1731, Rene Jacques Croissant De Garengot diagnosticou, pela primeira vez, a presença de apêndice cecal em hérnia femoral encarcerada. Em 1785, Hervin realizou a primeira apendicectomia em um paciente diagnosticado com uma hérnia de Garengot.RELATO DE CASO: Paciente 59 anos, sexo feminino, com aumento progressivo e sinais flogísticos em região inguinal direita. Com diagnóstico intra-operatório de hérnia de Garengot com apendicite aguda e submetida a apendicectomia.CONCLUSÃO: A hérnia De Garengot é uma entidade rara, com menos de 100 casos descritos na literatura. É ainda mais rara associada a apendicite. Sua incidência é de 0,8% a 1% na população geral, de 0,5% a 5% em todos os pacientes com hérnias femorais diagnosticadas e de 0,08% a 0,5% associada a apendicite. Apesar de não haver uma técnica padronizada para tratamento, sabe-se que este é sempre cirúrgico e de urgência.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia de Garengot | Hérnia Femoral | Apendicite

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 583

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia encarcerada em sítio de trocarter lateral após apendicectomia por videolaparoscopia: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THALITA FRANÇA PAGELS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), JENNYFER KELLEN LÁZARO DA ROCHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), VANESSA MOREIRA SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), PATRÍCIA MAIA BARRETO MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), PERICLES JOSE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), MARCELO GONÇALVES SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A cirurgia laparoscópica modificou o tratamento eletivo e de emergência gastrointestinal cirúrgico, diminuindo a morbidade e a mortalidade dos procedimentos. Os benefícios da laparoscopia estão bem estabelecidos: menos dor no pós-operatório, menor tempo de internação, melhor resultado estético, retorno precoce às atividades laborais e menor índice de infecção em ferida cirúrgica. Entretanto, com o aumento de volume e maior complexidade dos procedimentos laparoscópicos, é crescente o número de relatos de complicações relacionadas a esta abordagem, como a hérnia em sítio de trocarter. Este tipo de hérnia incisional é uma complicação séria e rara que, em geral, requer abordagem cirúrgica para reparo do defeito. RELATO DE CASO: Paciente de 75 anos, sexo feminino, cardiopata em uso de marca-passo e hipertensa, admitida com quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita há 24 horas sem melhora clínica, com leucometria de 11.000/mm³ e PCR de 76 mg/dl. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou apêndice cecal de tamanho aumentado (1,2cm) e borramento do mesoapêndice. Realizou-se apendicectomia videolaparoscópica e a paciente recebeu alta no 2o dia pos operatório (DPO). No 10o DPO, a mesma foi readmitida apresentando quadro de vômitos pós-prandiais e parada de eliminação de fezes e flatos. Ao exame abdominal, constatou-se tumoração fixa e dolorosa em portal de 12mm utilizado para a retirada de apêndice. Diante disto, realizou-se radiografia e TC de abdome que evidenciaram hérnia encarcerada em abdome inferior. Fez-se exploração cirúrgica com diagnóstico de hérnia encarcerada sem sofrimento intestinal e reparo da hérnia. A paciente evoluiu bem e obteve alta no 2o DPO. CONCLUSÃO: Os principais fatores predisponentes à essa afecção são: tamanho do trocarter, uso de trocarter de lâminas, localização da incisão na linha alba, fechamento inadequado da fásia abdominal, idade avançada e presença de comorbidades como Diabetes Mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e obesidade. Ressalta-se que estes fatores não são de riscos independentes para herniação. Assim, para prevenção, recomenda-se atenção a fatores relativos à técnica como fechamento meticuloso da fásia, remoção do hemoperitônio e de trocarter sob visualização direta, além da rafia fascial das incisões >10mm ou em todos os sítios, pois, apesar do risco ser baixo com trocarter >12mm, há na literatura casos de hérnia em sítios de apenas 5mm.

PALAVRAS-CHAVES: complicações | hérnia incisional | cirurgia videolaparoscópica

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 585

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Retenção de corpo estranho em parede abdominal- Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE BELETÁBLE FONSECA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), CRISTIANE DE BARROS GASPAR (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), JULYANNA ALBUQUERQUE NUNES (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), LELIS SANGLARD OLIVEIRA (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), HEROS SOUZA COUTO JUNIOR (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), LUIZA OHASI (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), MARILIA RIBEIRO LIMA GRAMISCELLI COSTA (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), THIAGO DE ALMEIDA FURTADO (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO)

RESUMO: Introdução A retenção de corpo estranho durante o ato cirúrgico é uma das complicações mais temidas por um cirurgião, ocorrendo em cerca de 1 a cada 500-1500 operações intra-abdominais. Cirurgias de urgência, pacientes com IMC elevado e hemorragias estão entre os fatores de risco para sua ocorrência. O acompanhamento com identificação de um corpo estranho retido constitui um dos grandes desafios para o profissional, tendo em vista que o paciente pode evoluir assintomático ou apresentar um quadro clínico diversificado com possíveis alterações como perda de peso, massa palpável, vômitos e formação de fistulas. A abordagem terapêutica depende não só do quadro clínico do paciente como também de suas possíveis complicações. Relato de caso Paciente de 72 anos, sexo feminino, apresentava surgimento de tumoração abdominal associado a dor à palpação local há aproximadamente 1 ano e meio, após a realização de hernioplastia incisional com uso de tela de polipropileno onlay. Evoluiu com nodulação próxima à cicatriz cirúrgica, percebida cerca de um mês após o procedimento, dolorosa à palpação e em crescimento. Negava alterações em hábito intestinal, perda ponderal e demais queixas. Ao exame, apresentava tumoração de aproximadamente 10cm de extensão em mesogástrio, endurecida, aderida a planos profundos e dolorosa à palpação. Havia realizado ressonância magnética que evidenciou formação aparentemente cística com contornos definidos, com múltiplas septações, localizada junto à fáscia do reto abdominal à direita, medindo 9,8 x 8,6 x 6,5cm. Paciente submetida a exploração cirúrgica, que evidenciou massa volumosa, bem delimitada, aderida à aponeurose, músculo reto abdominal e à tela, que estava bem incorporada aos tecidos. Realizada ressecção da massa e fechamento primário da aponeurose. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no segundo dia pós-operatório. Estudo anatomopatológico evidenciou abundante material fibrinoso com granulomas do tipo corpo estranho. Não houve crescimento bacteriano na cultura do aspirado da tumoração. Conclusão Trata-se de um trabalho que tem por objetivo, além de discutir os aspectos clínicos decorrentes do esquecimento de um corpo estranho durante o ato cirúrgico, instigar a reflexão a respeito das técnicas cirúrgicas adequadas para a prevenção do mesmo.

PALAVRAS-CHAVES: corpo estranho | tumoração | parede abdominal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 598

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: CISTO DE INCLUSÃO ABSCEDADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), DANILLO PRIMO ANDRADE SANTANA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), RENATA LIMA BATALHA DE ANDRADE (UNIVERSIDADE TIRADENTES), RAFAEL SILVA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), FILIPE MIGUEL BRITO FERNANDES DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Introdução: A hérnia de parede abdominal é afecção cirúrgica de elevada prevalência e o seu tratamento esta entre os procedimentos mais realizados anualmente. Tendo em vista a fragilidade da parede seja por fatores ambientais, constitucionais, ou mesmos inerentes ao envelhecimento cogitou-se utilizar um tecido de reforço na zona de correção das hérnias. Embora a prática da colocação de tela seja rotina nas correções de hérnia de parede abdominal, tanto na cirurgia laparoscópica quanto em reparos abertos, esta é sujeita a infecção, apesar das medidas preventivas pré-operatórias de esterilização da órtese, assepsia do instrumental cirúrgico, antibioticoprofilaxia, escolha do material da malha e a técnica operatória. Quando esta complicação ocorre, o cirurgião e o paciente são confrontados com uma situação complexa, muitas vezes necessitando intervenções cirúrgicas. Sabe-se que mesmo com o potencial risco de infecção, devido à baixa morbimortalidade o uso de tela é benéfico. Relato de caso: Relatar o caso de uma paciente do sexo feminino, obesa; submetida a nefrectomia esquerda, evoluindo com hérnia incisional sendo reabordada para correção da mesma. Anos após a hernioplastia a paciente apresentou um quadro de dor abdominal e febre, sendo investigada através de exames de imagem e diagnosticada através de tomografia computadorizada de abdome uma imagem cística em loja renal esquerda. Programada laparoscopia para resolução do caso. Durante o procedimento diagnosticou-se múltiplas aderências, e um abscesso em loja renal esquerda, após drenagem identificou-se, na parede abdominal granuloma de reação de corpo estranho compatível com a tela utilizada na cirurgia anterior. Após lavagem exaustiva da cavidade, foi colocado dreno de Penrose sentinela e realizada a síntese dos portais. Conclusão: a abordagem laparoscópica foi eficiente no diagnóstico e tratamento do abscesso de loja renal induzido por uso da tela para reparo de hérnia incisional.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto | hérnia | abscedado

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 606

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ruptura espontânea da artéria epigástrica superior: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO HENRIQUE FOGAÇA DE BARROS (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), IRON PIRES DE ABREU NETO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), BRUNO DE LUCIA HERNANI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), SERGIO ROLL (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ)

RESUMO: Caso Clínico: Paciente do sexo masculino de 53 anos deu entrada no pronto atendimento com quadro de dor em andar superior do abdome de início há 3 dias com piora há 1 hora. Apresentava abaulamento, parestesia e dor na topografia do reto abdominal à esquerda desproporcional ao estímulo, sem melhora após uso de opióides. Relatava quadro de tosse seca há 15 dias. Paciente não fazia uso de anticoagulantes, apresentou um quadro de hemorragia subaracnóide em outubro de 2014 e um pós-operatório tardio de hiatoplastia com funduplicatura a Nissen. A tomografia de abdome (foto 1) apresentou evidência de ruptura da artéria epigástrica superior esquerda com sinais de sangramento ativo. Durante procedimento cirúrgico, foi observada a ruptura de parte do reto abdominal e sangramento ativo da artéria epigástrica superior (foto 2), realizado ligadura do vaso e drenagem do hematoma. Paciente evoluiu sem intercorrências tendo alta 72h após da admissão. Discussão: O hematoma de reto abdominal é um quadro raro, representa apenas 2% dos pacientes com abdome agudo. Em uma série de 126 casos relatados, a mortalidade foi de 1,6% variando conforme os estudos e ocorrendo em até 25% dos pacientes em uso de anticoagulante. O sangramento mais comum é decorrente dos ramos perfurantes da artéria epigástrica inferior. A artéria epigástrica superior é ramo terminal da artéria torácica interna e normalmente sua lesão está mais associada ao trauma direto ou, como no caso, contração vigorosa da musculatura. As principais causas do hematoma de reto abdominal são: 1-trauma (direto da parede abdominal ou contração da musculatura), 2- Iatrogênica (pós procedimentos cirúrgicos e paracenteses), 3- Gestantes, 4- Crise de tosse intensa (exacerbação de asma e infecção do trato respiratório), 5- uso de medicamentos anti-coagulantes e 6- condições clínicas que alterem a coagulação. Seus principais sintomas são: dor abdominal (84-97%), massa palpável (63-92%), sensibilidade (71%), defesa abdominal (49%), náuseas (23%), vômitos (15%). O tratamento, na grande maioria dos casos, é clínico. O tratamento cirúrgico inclui a arteriografia ou ligadura cirúrgica do vaso e é reservado para os casos de instabilidade hemodinâmica, peritonite ou síndrome compartimental da parede abdominal. No caso em questão, foi optado pelo tratamento cirúrgico pois o paciente se apresentava com quadro de síndrome compartimental da parede abdominal.

PALAVRAS-CHAVES: artéria epigástrica | ruptura espontânea | parede abdominal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 611

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HERNIORRAFIA INCISIONAL GIGANTE RECIDIVADA POR VIA LAPAROSCOPIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), BÁRBARA FERNANDA PACHECO DA COSTA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA LINS LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GUSTAVO HENRIQUE BARBOZA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), STEPHANIE ARAUJO MARQUES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Introdução: As hérnias incisionais possuem uma grande importância médica, seja por sua frequência ou pelas repercussões clínicas mais graves que podem acarretar em seu portador. Quando não tratadas, as hérnias incisionais tendem a aumentar progressivamente, determinando complicações locais, abdominais, lombares e respiratórias. Relato de caso: Por videocirurgia laparoscópica realizou-se o reparo da hérnia incisional, em virtude do método ser menos traumático e da possibilidade da existência de múltiplas aderências. Após liberação das aderências e identificação do anel herniário, introduziu-se uma tela circular de 20cm de diâmetro com reparo central através deste anel. Posteriormente, fechou-se o porto por onde foi colocado a tela e reintroduziu-se o gás carbônico, criando-se o pneumoperitônio por trocâteres auxiliares, corrigindo a hérnia incisional volumosa. Conclusão: O artifício utilizado de reparo central da tela com colocação da mesma pelo defeito herniário facilitou o seu posicionamento e sua fixação por meio de grampos absorvíveis durante o procedimento laparoscópico.

PALAVRAS-CHAVES: hérnia|recidiva|incisional

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 691

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: REPARO CIRÚRGICO DE HÉRNIA INCISIONAL GIGANTE ASSOCIADA À GRANULOMA POR CORPO ESTRANHO ? UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA DE CARVALHO ROCHA (UNIFOA), CRISTINA RIBEIRO DIAS BARROSO (UNIFOA), GUILHERME HENRIQUE NOVAES DE SOUZA (UNIFOA), ÍTALO BRUNO DO NASCIMENTO MOURA (UNIFOA), PATRICK SILVEIRA GUIMARÃES (UNIFOA), MARIANA ARAGÃO BARQUETTE ABRAHÃO (UNIFOA), KAROLINE AMBROSIO OTRANTO (UNIFOA), ELIANE CAMARGO DE JESUS (UNIFOA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A utilização de fios de sutura na síntese cirúrgica é uma prática inerente à atividade do médico cirurgião. No entanto, tais materiais podem agir como fator irritativo permanente ao exacerbarem e cronificarem a resposta inflamatória local, acarretando transtornos à fisiologia da cicatrização e podendo levar ao desenvolvimento de processos conhecidos como granulomas de corpo estranho. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 59 anos, caucasiana, portadora de Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial e com história de cirurgia de úlcera gástrica há 3 anos. Procurou atendimento no Hospital Municipal de Volta Redonda com queixa de desconforto em região epimesogástrica e saída de secreção purulenta por orifício localizado na região epigástrica da parede abdominal. Ao exame físico evidenciou-se hérnia incisional em região de cicatriz xifo-umbilical, além de um abscesso na mesma, que foi drenado posteriormente. Foram realizados exames laboratoriais sem alterações. A ressonância magnética de abdome mostrou presença de extensa diástase do músculo reto-abdominal, desde a borda hepática anterior até o nível da cicatriz umbilical, com distância entre os bordos de 12,3cm, caracterizando hérnia incisional gigante. Notou-se ainda coleção abscedada em tecido subcutâneo da região paramediana direita, adjacente ao saco herniário, sugerindo diagnóstico de fístula enterocutânea. No entanto, durante a cirurgia foi constatado que a região onde os exames de imagem indicavam uma fístula, era na realidade um granuloma de corpo estranho, desenvolvido em torno do fio de sutura ETHIBOND EXCEL™ utilizado na cirurgia prévia, sendo o mesmo retirado e enviado para análise histopatológica. Por fim, foi realizada herniorrafia com colocação de tela cirúrgica Marlex® de 30cmx30cm. CONCLUSÃO: Fios multifilamentares trançados permitem que bactérias se desenvolvam entre as malhas, predispondo a formação de granulomas. Nesse contexto, estudos revelaram que alguns fatores podem aumentar o risco de corpo estranho retido, tais como o diabetes mellitus e a obesidade. No que diz respeito às hérnias incisionais abdominais, o processo que leva as suas formações se inicia nas primeiras semanas pós-operatório, porém, as manifestações clínicas podem levar anos, agravando suas condições. Tal constatação acentua a responsabilidade do cirurgião de prevenção, por meio de cuidados adequados tanto no fechamento da parede abdominal quanto na profilaxia da infecção de ferida.

PALAVRAS-CHAVES: FIOS DE SUTURA | GRANULOMA | HÉRNIA INCISIONAL

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 739

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA FEMORAL COM ENCARCERAMENTO DE OVÁRIO E TUBA UTERINA EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC/FAHESA), BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES (ITPAC/FAHESA), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC/FAHESA), PATRICK NUNES BRITO (ITPAC/FAHESA), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (ITPAC/FAHESA), ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC/FAHESA)

RESUMO: Introdução: Hérnia femoral ou cruál é uma protrusão de gordura pré-peritoneal e dum saco herniário através do orifício femoral. Representa o terceiro tipo mais comum de hérnias primárias, sendo responsável por 2 a 8% das hérnias da virilha no adulto. Constitui cerca de 20% das hérnias nas mulheres e 5% nos homens, sendo o estrangulamento a manifestação inicial em 40% dos casos. A incidência da hérnia femoral aumenta com a idade atinge idades entre os 40 e 70 anos, com pico de incidência durante a 6ª década. O estrangulamento associa-se a uma taxa de mortalidade que varia entre 6 e 23%. Seu tratamento é operatorio através de diversas técnicas já descritas. Relato de Caso: A.L.N, feminino, 20 anos, procedente de Araguaína-TO, foi admitida em hospital de referência do município com diagnóstico inicial de hérnia inguinal redutível a esquerda, segundo acompanhante percebida há 19 anos. Não havia sinais de sofrimento. Foi internada na ala de Cirurgia Geral para programação de herniorrafia. Negava comorbidades. Não havia demais alterações ao exame físico. Solicitado exames pré operatórios. ECG demonstrou arritmia sinusal e distúrbio de ramo D. Exames laboratoriais sem alterações. Realizada então herniorrafia que demonstrou uma hernia femoral à esquerda com encarceramento de ovário e tuba uterina. Segue os tempos da cirurgia: Paciente de decubito dorsal. Incisão de Pfannenstiel. Abertura de tecido celular subcutâneo e aponeurose de reto abdominal. Dissecção romba de reto abdominal e abordagem de espaço pré peritoneal. Observou-se, conteúdo herniário em anel femoral à esquerda. Realizada redução promovendo lise de aderências. Conteúdo do saco herniário de forma tubular com extremidade consistente. Aberto peritônio. Redução de viscera de loco herniário. Observa-se tuba uterina e ovário esquerdo contendo o interior do saco herniário. Peritônio esvicerado, sem sinais de sofrimento vascular. Realizado inventário cavitário de útero e anexos: útero de pequeno volume, tuba uterina com ligamento anômalo fixado ao sigmóide. Realizada rafia de perioteno. Realizada rafia de ligamento inguinal ou ligamento de Cooper, fechando o canal femoral com Vicryl 0. Não houve intercorrências durante o procedimento. Paciente evoluiu bem no pós operatório. Recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. Conclusão: O caso discutido traz uma situação rara de encarceramento de ovário e tuba uterina e torna-se mais incomum pela idade e pobre sintomatologia apresentada pela paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia femoral|Herniorrafia|Encarceramento de hernia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 765

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor desmóide após colecistectomia convencional

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO CARLOS FALONE NUNES (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINIO CARICCHIO), CAROLINA BARROS DA ROCHA (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINIO CARICCHIO), CRISTHIAN JAILLITA MENESES (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINIO CARICCHIO), EDUARDO DOS PASSOS MARIM (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINIO CARICCHIO), HANA RAYSSA MATTOS DE LOSSIO E SEIBLITZ (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINIO CARICCHIO), CAMILA ABELHA BINATTO (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINIO CARICCHIO), JOSUÉ PANETO MARCOS (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINIO CARICCHIO), HISASHI AOYAGI (HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR CARMINIO CARICCHIO)

RESUMO: Introdução. O tumor desmóide atribui um grupo de neoplasias de tecidos moles em que a fibromatose profunda ou fibromatose agressiva é destacada. Estes tumores localizam-se preferencialmente na parede abdominal; apresentam uma baixa incidência (2 a 4 novos casos / milhões de habitantes / ano) , representando cerca de 3% de todos os tumores de tecidos moles; afetam preferencialmente o sexo feminino e apresentam um pico de incidência entre os 28 e 31 anos. A sua etiologia é desconhecida, sendo associada a cirurgias e/ou trauma anterior, gravidez, terapia estrogênica e Síndrome de Gardner. Seu diagnóstico é histológico e o tratamento é fundamentalmente cirúrgico. .Relato do caso. Paciente , feminina, 56 anos, HAS; submetida a colecistectomia convencional há 02 anos referindo há 03 meses surgimento de abaulamento em hipocôndrio direito, em região de cicatriz cirúrgica de incisão prévia de Kocher. Ao exame físico: lesão tumoral de aproximadamente 10 cm de diâmetro em hipocôndrio direito, fixo a parede abdominal , doloroso a mobilização. Paciente foi submetida a ressecção da tumoração em topografia de hipocôndrio direito. Na cirurgia foi identificado massa ovalada bem definida com cerca de 8 cm de diâmetro aderida a aponeurose anterior do reto abdominal e ao músculo reto abdominal. Após ressecção foi colocado tela de prolipropileno 15x15 cm sobre a aponeurose posterior com fixação da mesma com nylon 3.0. Histopatológico compatível com a hipótese de tumor desmóide. Conclusão. Assim como é escolha da maioria dos serviços médicos, a paciente por nós relatada foi tratada exclusivamente com cirurgia, ressecando-se completamente a lesão, sem evidência de margem comprometida. Paciente mantém acompanhamento clínico-radiológico no nosso ambulatório não apresentando qualquer sinal de recidiva da lesão.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia convencional|Tumor desmóide|Cirurgia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 768

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÉRNIA INCISIONAL COMPLEXA COM TELA RETROMUSCULAR (SUBLAY)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS (GASTROMED), LEANDRO CARDOSO BARCHI (GASTROMED), VICTOR POZZI LOVERSO (GASTROMED), DEIVID GRINBERGAS MIZIARA (GASTROMED), DANILO BUGALHO GALDIANO (GASTROMED), EDUARDO LINS LIMA (GASTROMED), DEBORA PAES OLIVEIRA (GASTROMED), BRUNO ZILBERSTEIN (GASTROMED)

RESUMO: Introdução A hérnia incisional é uma complicação que ocorre em cerca de 9-20% dos pacientes submetidos a laparotomia após 1 ano. Sua incidência tende a aumentar com o tempo e a correção na maioria das vezes é feita com auxílio de próteses sintéticas. A taxa de recorrência após a reparação primária, varia de 24 a 54%. Embora o uso de tela mostre queda na taxa de recorrência, estudos mostram que o uso da tela está associado a alto risco de infecção e outras complicações. Existem evidências de que a técnica retromuscular (sublay) diminui a incidência de infecções e reduz a recidiva. Relato do caso Trata-se de paciente de 69 anos, feminina, obesa (IMC 59,5 Kg/m²), hipertensa e diabética. Foi submetida à herniorrafia umbilical sem uso de tela. Evoluiu 1 ano após com hérnia incisional encarcerada, sendo submetida a laparotomia, enterectomia e correção do defeito herniário com tela pré-aponeurótica (onlay). Cerca de 15 meses após a segunda operação, apresentou recidiva da hérnia e abdome agudo obstrutivo. Feito reparo da parede abdominal com tela onlay, novamente. Procurou então nosso serviço com nova recidiva da hérnia e quadros de suboclusão intestinal. Iniciou preparo pré-operatório, com uso de balão intragástrico para auxílio de perda de peso, com emagrecimento de 40 kg em 6 meses. A perda de peso induziu a formação de abdome em avental. Foi indicado tratamento cirúrgico com realização de laparotomia para lise de bridas seguida de retirada de todas as próteses aderidas na aponeurose anterior. A correção do defeito aponeurótico foi obtida através da colocação de tela de prolene retromuscular (sublay), fixada com selante de fibrina e posterior fechamento da aponeurose anterior. Foi realizada dermolipectomia higiênica e colocado terapia de pressão negativa (Prevena?) em ferida operatória. Paciente evoluiu satisfatoriamente, sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 5º PO. No seguimento, 6 meses após, demonstrava boa cicatrização, sem evidência de recidiva, com boa função da parede abdominal. Conclusão A hérnia incisional é afecção frequente na prática cirúrgica, com repercussões na qualidade de vida e disfunção da parede abdominal. Cabe ao cirurgião avaliar e indicar a melhor técnica para cada caso. A posição da tela retromuscular (sublay) diminui as complicações pós-operatórias. Esta abordagem técnica reprodutível com bons resultados torna-a opção adequada na reconstrução da parede abdominal.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA INCISIONAL|SUBLAY|HÉRNIA VENTRAL

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 822

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: TUMOR DESMÓIDE DE PAREDE ABDOMINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO ALVIM BARREIRO (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), GUILHERME ZUPO TEIXEIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), REGINA GREILBERGER RIBEIRO (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), GABRIELA MOREIRA COSTA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMPINAS), JULIANA RIBEIRO RODA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO), CAMILA CRISTINA LACERDA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO), LARA ALMEIDA MIRANDA (HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUC-CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: Relato de caso de paciente com diagnóstico de tumoração em parede abdominal. Indicada e realizada ressecção cirúrgica pela equipe de Cirurgia Geral. Análise anátomo-patológica confirmou o diagnóstico de Tumor Desmóide (Fibromatose Abdominal). Tumor desmóide representa 0,03% de todas as neoplasias e menos de 5% de todos os tumores de tecidos moles. Benigno, apresenta um crescimento rápido e localmente agressivo, além de altas taxas de recorrência pós-ressecção, podendo causar dor, deformidades, compressão de estruturas e disfunção orgânica dependendo dos locais acometidos. predominantemente encontrados em mulheres em idade reprodutiva. Comumente se desenvolve em pacientes entre 30 e 40anos. Relato de caso: JKMS, mulher, 23anos, com queixa de tumoração em fossa ilíaca esquerda de crescimento progressivo há 04meses. Paciente refere quadro inicial indolor que evoluiu com episódios esporádicos de dor. Ao exame físico, tumoração em fossa ilíaca esquerda de 10cm, dolorosa, rígida, não móvel, contornos regulares. Interrogadas hipóteses de sarcoma e leiomioma e solicitada TC de abdome total em que se verificou lesão expansiva, entre os músculos oblíquo interno e transverso, de contornos regulares, com tênue e heterogêneo realce pelo contraste, medindo 6,7x3,3cm. Paciente submetida a ressecção cirúrgica da tumoração (265g), rígida, esbranquiçada e encapsulada, sem acometimento de planos adjacentes. Material enviado para análise anatomopatológica que indicou proliferação fibroblástica/miofibroblástica compatível com fibromatose abdominal. Paciente evolui bem no pós-operatório e recebe alta hospitalar com uso de medicações analgésicas e ciprofloxacino. Paciente retorna em consulta ambulatorial, com ferida operatória com bom aspecto, sem queixas. Sem sinais de recidiva. Conclusão: Definir o tratamento ideal para pacientes com tumor desmóide é uma tarefa árdua. Por se tratar de uma patologia rara, existem poucas publicações consistentes na literatura mundial que permitam a criação de protocolos terapêuticos dificultando o estabelecimento de conclusões. A principal dificuldade no tratamento se dá devido a sua característica histologicamente benigna mas alta taxa de recorrência local. Apresentamos um caso de patologia rara em que era indicada ressecção cirúrgica devido as características que permitiam segura ressecção do tumor, realizada eletivamente, sem intercorrências. Não foi necessário o uso de tela de polipropileno pois não havia fraqueza da musculatura.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR DESMÓIDE|PAREDE ABDOMINAL|FIBROMATOSE

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 827

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABSCESSO DE PAREDE ABDOMINAL COMO ACHADO INICIAL DE PACIENTE COM APENDICITE AGUDA PERFURADA ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDINE MEDEIROS DE ANDRADE MARTINS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), WLADEMIR RORIZ NETO (HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI), NATALIA HENRIQUES DA FONSECA ARAUJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ES), DAISY TEIXEIRA DE MENEZES (HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI), CAMILA FREIRE SALEM (HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI), ANTONIA IVANECIA SAMPAIO CRUZ (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: A apendicite aguda, considerada uma condição progressiva, é a urgência cirúrgica abdominal mais frequente, sendo predominante em pacientes de idade mais avançada e do sexo masculino. Essa doença se inicia com aumentos da secreção mucosa e pressão intraluminal, resultando em estase venosa, compressão arterial e isquemia das paredes do órgão que favorecem a perfuração do apêndice. O diagnóstico da apendicite é essencialmente clínico, embora algumas situações complicadas apresentem sintomas atípicos, necessitando de exames complementares. O tratamento recomendado na apendicite aguda é a apendicectomia imediata, entretanto, casos de apendicite complicada como por abscesso apendicular podem ser controlados com antibióticos e estratégias não-operatórias, ainda não aceitos por cirurgiões e pacientes por ter o risco de recorrência. O objetivo desse estudo foi relatar o caso de um paciente com abscesso de parede abdominal como complicação de apendicite aguda perfurada, submetido à tratamento cirúrgico para evitar complicações tardias. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Regional do Cariri- HRC, cuja unidade de estudo foi a Clínica Cirúrgica, adquirindo informações pela coleta de dados através do prontuário medico do paciente L.M.S, 55 anos e sexo masculino, no período de janeiro de 2016 até março de 2016, obedecendo todos os princípios éticos de pesquisa. L.M.S apresentou dor abdominal predominante em mesogástrio, sendo empiricamente tratado com antibiótico e antiinflamatório não-esteróides, obtendo melhora da dor. Porém, 20 dias depois, apresentou abscesso de parede abdominal em fossa ilíaca direita e foi submetidos a exames físicos e laboratoriais, sendo necessário, após elucidação diagnóstica, realizar laparotomia com tiflectomia e anastomose íleo-colônica terminolateral para resolução do quadro infeccioso apendicular. Após a análise do estudo em questão, percebeu-se a importância de avaliar atentamente pacientes com dor abdominal, pois é possível estar diante de patologia cirúrgica. Além disso, em casos de abscesso de parede abdominal, durante a avaliação clínica, é necessário incluir entre os diagnósticos diferenciais patologias cirúrgicas como a apendicite aguda, pois esta pode ter evolução incomum que dificulte o diagnóstico e atrase o tratamento adequado.

PALAVRAS-CHAVES: ABSCESSO | ABDOME | APENDICITE

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 837

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Separação Anterior de Componentes por Via Endoscópica como Via Alternativa para Abordagem da Parede Abdominal: estudo morfológico.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), SERGIO ROLL (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RICARDO TADASHI NISHIO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), DANIEL PEREIRA AYRES NETTO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MIRNA DUARTE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: as hérnias da parede abdominal sobretudo as gigantes, com orifício herniário maior ou igual a 10cm, e as complexas, apresentam-se como fatores complicadores da reconstrução da parede(1). Fechamentos primários, incisões relaxadoras, próteses, além dos deslizamentos de músculos, que por via aberta, laparoscópica ou robótica, fazem parte das alternativas para o restitutio ad integrum. A Separação Anterior de Componentes (SOC), (2), é a secção da aponeurose do m. oblíquo externo, paralelo a margem lateral do m. reto do abdome, que é descolada do m. oblíquo interno. Para a execução dessa técnica o descolamento de tela subcutânea é extenso, com potencial de isquemia e necrose da cicatriz e região umbilical. O procedimento vídeoassistido promove o acesso a esses reparos anatômicos. O objetivo deste trabalho é verificar a viabilidade da utilização de cadáver fixado em solução de Larsen modificado para a realização da SOC para ensino e treinamento. Método: foi realizado a secção da aponeurose do m. oblíquo externo, por meio de incisão transversa de 12mm na fossa ilíaca esquerda, seguido de divulsão por digitoclasia do espaço entre o m. oblíquo interno e a aponeurose do externo. Interposição de dilatador metálico de 10mm de diâmetro nesse espaço, promovendo dissecação roma no sentido caudocranial até o rebordo costal esquerdo. A seguir, inserção de óptica de 10mm/30º, de maneira que se pudesse visualizar a aponeurose e seccioná-la com tesoura de metzembaum. Para verificação da efetividade do procedimento foram confeccionados dois retalhos transversais de 25mm de espessura afim de demonstrar se a aponeurose foi adequadamente seccionada. Resultados: a aponeurose do m. oblíquo externo foi adequadamente seccionada. Conclusão: a SOC foi realizada por via vídeoassistida, diminui a quantidade de tecido descolado e dissecado. Entendemos que o procedimento é anatomicamente seguro e atende a proposta da secção e deslizamento dos denominados componentes. A utilização do cadáver apresenta-se como alternativa segura e confiável para ensino da anatomia vídeo-assistida e para treinamento do cirurgião residente. 1. Muysoms FE, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009 Jun 3;13(4):407-14. 2. Ramirez OM, Ruas E, Dellon L. Components Separation? Method for Closure of Abdominal-Wall Defects: An Anatomic and Clinical Study. *Plast Reconstr Surg*.1990;86(3):519-26

PALAVRAS-CHAVES: Hernia | Cirurgia Geral | Anatomia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 840

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRANSPOSIÇÃO PERITÔNEOAPONEURÓTICA E O USO DO PNEUMOPERITÔNIO NO REPARO DE HÉRNIA INCISIONAL GIGANTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAMARA NASER (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), FÁBIO CALANDRINI RODRIGUES (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), NIMER RATIB MEDREI (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), ANDRÉ ARAUJO DE MEDEIROS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), LUIZ FLAVIO DE ANDRADE REIS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), ANDERSON MIRANDA ABUD (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), LEONARDO SOUSA RAMOS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A hérnia incisional é uma consequência relativamente comum em pacientes submetidos a laparotomias, ocorrendo em aproximadamente 11% dos casos, sendo a maioria do sexo masculino. O reparo de hérnias incisionais ventrais gigantes é um grande desafio cirúrgico, em virtude das dificuldades técnicas e do alto índice de complicações locais e sistêmicas, principalmente as complicações respiratórias e cardiovasculares. A utilização do pneumoperitônio no pré-operatório reduz significativamente as chances da síndrome compartimental abdominal, produzindo a lise das aderências intestinais mais frouxas e melhorando a circulação portal, mesentérica e intestinal, para receber de volta as vísceras na cavidade abdominal e conseqüentemente, melhor recuperação pós operatória. RELATO DE CASO: Masculino, 60 anos, tabagista crônico e obeso, com quadro de hérnia incisional gigante após ter se submetido laparotomia exploradora por úlcera gástrica perfurada em 2013. Em acompanhamento ambulatorial, apresentou ainda o achado de hérnia diafragmática. Foi incentivado a cessação do tabagismo, realização de atividade física, fisioterapia e perda de peso. Realizado pneumoperitônio pré operatório por uma semana, em regime de internação hospitalar associada a fisioterapia respiratória diária, submetido a reparo cirúrgico através da técnica descrita por Alcino Lázaro, com transposição peritonêoaponeurótica e correção da hérnia diafragmática por via abdominal. Paciente com boa evolução pós operatória, evoluindo sem queixas. Seguimento ambulatorial satisfatório, sem evidências de recidiva ou comprometimento sistêmico. CONCLUSÃO: A associação das mudanças de hábito de vida e da realização do pneumoperitônio pré-operatório em aumentar o continente para adequar-se ao conteúdo das hérnias incisionais gigantes mostra-se ser uma técnica efetiva e segura de reparo nas hérnias incisionais gigantes, reduzindo significativamente não so a incidência da síndrome compartimental abdominal quanto a taxa de recidiva.

PALAVRAS-CHAVES: hérnia incisional, reparo, pneumoperitônio|síndrome compartimental abdominal|hérnia gigante, transposição peritonêoaponeurótica

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 844

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia Lombar de Grynfelt-Lesshaft: um grande defeito corrigido por mínimo acesso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR. (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), SERGIO ROLL (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução As hérnias lombares (HL), correspondem a 1,5 a 2% de todas as hérnias da parede abdominal. A primeira descrição atribuída a Barbette em 1672. Em 1731, Garangeot relatou caso de HL encarcerada e redutível, pós morte. Loukas et.al, 2007, estudaram a variabilidade anatômica do Triângulo de Grynfelt em 25 cadáveres: Pequeno: 15 cm (10 %) e Ausente em 18 %. Moreno-Egea, et al, recomendaram a vídeo-laparoscopia para defeitos até 15 cm de diâmetro e, por técnica aberta, para defeitos maiores que 15 cm. Os autores propõem a vídeolaparoscópica, ressaltando a importância na identificação do defeito, os reparos anatômicos adjacentes, sobretudo, a preservação dos nervos do plexo lombossacral. Relato do Caso Doente, feminino, 50 anos, sem história de trauma ou cirurgia prévia, com queixa de dor e abaulamento, redutível, a direita, há um ano. A Tomografia Computadorizada evidenciou hérnia lombar a direita ? trígono vértebrocostal (Figura 1). O orifício herniário media 7,14x5,17cm (Figura 2). Submetida a hernioplastia vídeolaparoscópica transperitoneal, três portais de 5 milímetros, umbilical, hipogástrico e transição epimesogástrica (Figura 3), em decúbito lateral esquerdo a 45°. Identificou-se o defeito, realizada o descolamento do peritônio parietal, redução do conteúdo herniário para a cavidade. Fixação de prótese de polipropileno, com grampos metálicos no m. transversos do abdome e (Figura 4), medialmente, identificação do nervo genitofemoral, cobrindo o defeito com sobreposição de 10cm, concentricamente. Fechamento do peritônio com sutura contínua de fio absorvível (Figura 5). Conclusão A vídeolaparoscopia ofereceu plenas condições de correção e reconhecimento inequívoco do nervo genitofemoral. Concluímos ser obrigatória a identificação dos nervos dessa região evitando a dor pós-operatória. Até o momento, 180 dias de pós operatório, não há sinais de complicação ou recidiva. O procedimento mostrou-se seguro, efetivo, oferecendo ao doente mínimas incisões fundamentado no amplo conhecimento tridimensional da anatomia. Garangeot RJ. Colon traite d'operation. Chirurgie. 1731;1:369-70. Loukas M, Tubbs RS, El-Sedfy A, Jester A, Polepalli S, Kinsela C, et al. The clinical anatomy of the triangle of Petit. Hernia. 2007 May 10;11(5):441-4. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, Martinez JAT, Albasini JLA. Controversies in the Current Management of Lumbar Hernias. 2007 Jan 3;:1-7.

PALAVRAS-CHAVES: Hernia | laparoscopia | Próteses e Implantes

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 850

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Modelo de Ensino para Reconstrução da Parede Abdominal pela Técnica de Separação de Componentes Anterior e Posterior

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), SERGIO ROLL (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR. (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MIRNA DUARTE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: O fechamento primário das hérnias da parede abdominal, com orifício maior ou igual a 10cm, oferecem altos índices de recidiva. Incisões relaxadoras e próteses fazem parte das alternativas. A estratigrafia da parede permite desconstruí-la e reparar a função. A secção da aponeurose do m. oblíquo externo (MOE) e descolamento do m. oblíquo interno (MOI), denominada Separação Anterior de Componentes (SOC)(1) e, a secção do m. transversal do abdome, com descolamento da fáscia transversal, denominado Transversus Abdominis Muscle Release (TAR), são alternativas para a reconstrução(2). Apresentamos modelo de ensino, em cadáver, reproduzível, potencializando a utilização de espécimes anatômicos. Método Foram dissecados dois cadáveres, conservados pela solução de Larsen. No primeiro, realizada: 1. incisão mediana xifopúbica até a linha alba e duas incisões transversas, nas alturas do processo xifoide e sínfise púbica; 2. descolamento do subcutâneo da aponeurose; 3. secção da aponeurose do MOE, longitudinal e paralela a margem lateral do m. reto do abdome; 4. descolamento do MOE do MOI, proporcionando o deslizamento da musculatura, possibilitando a aproximação da linha média. No segundo: 1. incisão mediana xifopúbica, abertura da linha alba expondo o m. reto do abdome; 2. tração do músculo reto do abdome anteriormente, expondo a lâmina posterior e, o m. transversal do abdome em sua porção supra umbilical; 3. secção do m. transversal do abdome desde o rebordo costal até a crista ilíaca, expondo a fáscia transversal e o retroperitônio, permitindo a aproximação da linha média. Resultados O modelo de dissecação ofereceu a reprodutibilidade por ambas as técnicas e a identificação das estruturas em vários planos estratigráficos, bem como a recomposição com a morfologia intacta. Conclusão O SOC e o TAR foram realizados, com a oportunidade de auferir dúvidas inúmeras vezes. O método empregado nas dissecações, permite o reconhecimento da estratigrafia e as modificações pelas técnicas de hernioplastia, além de manter excelente qualidade dos espécimes dissecados para repetidos estudantes. 1. Ramirez OM, et al. ?Componentes Separation? Method for Closure of Abdominal-Wall Defects: An Anatomic and Clinical Study. Plast Reconstr Surg.1990;86(3):519-26. 2. Novitsky YW, et al. Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. Am J Surg. Elsevier Inc; 2012 Nov;204(5):709-16

PALAVRAS-CHAVES: hernia | anatomia | herniorrafia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 859

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESTUDO PROSPECTIVO DA ADEQUAÇÃO NEUROTOPOGRÁFICA DA INCISÃO TRANSVERSA NA HERNIOPLASTIA INGUINAL A LICHTENSTEIN

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), DANIEL PEREIRA AYRES NETTO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ISABELA CAMPOS BRIANTI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MIRNA DUARTE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), KASSEM SAMIR SALEH (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR. (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo A hernioplastia à Lichtenstein, através da incisão transversa exige a identificação dos nervos iliohipogástrico, ilioinguinal e ramo genital do nervo genitofemoral¹. Estudamos dados antropométricos que contemplem se a incisão permite a identificação dos nervos iliohipogástrico, ilioinguinal e ramo genital do nervo genitofemoral². Método Foram submetidos à hernioplastia 29 doentes portadores de hérnia inguinal unilateral, Nyhus Tipos II ou III, realizadas 10 disseções das regiões inguinais de cinco cadáveres adultos. Foram realizadas medidas antropométricas: tamanho e topografia da incisão, medidas da abertura do ângulo púbico, índice de massa corpórea, distâncias da pube à incisão e do plano bicristalílica e as correlações entre variáveis de interesse, buscando identificar dos nervos (Figura 1). Resultados Medidas de altura ($p=0,108$), IMC ($p=0,343$) e de circunferência abdominal ($p=1,000$); correlações entre o tamanho da incisão e a medida do ângulo púbico foram de $r=-0,17$ $p=0,406$; tamanho da incisão e IMC ($r=0,56$ $p=0,002$), tamanho da incisão e circunferência abdominal ($r=0,56$ $p=0,002$), altura da incisão e a altura da pube $r=-0,26$ $p=0,174$; altura do paciente e ângulo púbico ($r=-0,33$ $p=0,092$). A associação das medidas: IMC (OR=1,79; 95% CI=0,83-3,87) $p=0,136$; circunferência abdominal (OR=0,61; 95% CI=0,34-1,11) $p=0,104$; ângulo púbico (OR=0,98; CI=0,88-1,08) $p=0,641$ e tamanho da incisão (OR=2,36; CI=0,32-17,35) $p=0,399$; não havendo evidências de associação significativa da identificação dos nervos com as variáveis. A taxa de identificação dos nervos foi doentes/cadáveres: iliohipogástrico 29(29)/9(10), 100% $p=0,147$, ilioinguinal: 29(29)/10(10), 100%; ramo genital do genitofemoral: 26(29)/9(10), 89,7/80% $p=0,488$ (Tabela 1). Conclusão Concluímos que, para esse grupo com as medidas antropométricas, a incisão transversa é topograficamente adequada para a identificação dos nervos iliohipogástrico, ilioinguinal e ramo genital do nervo genitofemoral, permitindo-se optar por essa via. De acordo com o estudo a incisão transversa é uma escolha adequada, neurotopograficamente alocada no sentido de minimizar complicações pós-operatórias, sobretudo, a inguinodínea pelo uso da tela aposta inadequadamente sobre os nervos.¹Lichtenstein IL, et al. The Tension-Free Hernioplasty. Am J Surg. 1989;157:188-193.²Barazanchi AWH, et al. Routine Neurectomy of Inguinal Nerves During Open Onlay Mesh Hernia Repair. Ann Surg. 2016. [Epub ahead of print].

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA INGUINAL | HERNIORRAFIA | ANATOMIA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 866

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: REPARO DA HÉRNIA INCISIONAL PÓS-PERITONIOSTOMIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO KOPROVSKI MENGUER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), MONICA ALEXANDRA JIMENEZ ZERPA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), SAMANTA WITZKE MASSULO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS), ANTONIO CARLOS WESTON (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: Introdução: A periotoniostomia é uma indicação de exceção, utilizada na impossibilidade de fechamento primário da cavidade abdominal e na sepse intra-abdominal avançada. Grandes hérnias incisionais são complicações tardias de pacientes submetidos à peritoniostomia. Muitas vezes esta condição evolui com formação de fístulas intestinais, transformando-se em um desafio terapêutico, já que a colocação de próteses/telas fica prejudicada. Casos: Foram acompanhados, por seis meses, quatro pacientes submetidos à herniorrafia incisional pela técnica de separação de componentes no período de janeiro a março de 2009. Nessa série de casos, dois pacientes (50%) não usaram reforço com tela devido à contaminação cirúrgica. Estes apresentaram maior número de complicações e tempo de internação hospitalar. Um paciente (25%) apresentou herniação na região do flanco direito devido ao enfraquecimento da parede abdominal pela liberação das camadas musculares durante os primeiros seis meses de acompanhamento. Conclusão: A técnica de separação dos componentes musculares é uma ?saída? no tratamento das hérnias incisionais pós-peritoniostomia, principalmente em quadros de infecção do campo cirúrgico associado, quando não é recomendado o uso de telas / próteses. Esse estudo necessita um aumento no número de pacientes acompanhados assim como um tempo maior de seguimento para melhor avaliação dos resultados da técnica.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia incisional | Periotoniostomia | Complicações cirúrgicas

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 877

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTO DERMÓIDE EM CANAL INGUINAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FLÁVIA MARIA MOREIRA DE OLIVEIRA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), MARIELE RIBEIRO NUNES (HOSPITAL BELO HORIZONTE), FERNANDA LARA BORGES (HOSPITAL BELO HORIZONTE), LAÍS CHAVES DE SOUZA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), VINÍCIUS GUIMARÃES SILVA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), LUIZ GUSTAVO PINTO DA CUNHA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), THIAGO LEÃO SOARES (HOSPITAL BELO HORIZONTE), JOÃO CLÁUDIO VIANA DA COSTA (HOSPITAL BELO HORIZONTE)

RESUMO: Paciente 27 anos, homem, IMC 28, sem comorbidades, sem histórico de outras cirurgias, comparece ao consultório de Cirurgia Geral devido a dor em região inguinal esquerda e presença de massa palpável nesta região aos esforços físicos há mais de 3 meses. Ao exame físico é palpado a massa em região inguinal durante manobra de Valsalva. Resultado do US Parede Abdominal foi encontrado uma massa na região em questão de aproximadamente 4,0 x 3,0 x 0,8 cm compatível com hernia inguinal não encarcerada. Sendo indicado a hernioplastia inguinal. Durante a exploração cirúrgica, nota-se medialmente em assoalho do canal inguinal e separado do cordão espermático uma massa de cor castanha-amarelada, apresentando conteúdo um material amorfo, seroso amarelado com grumos de cabelos, sem odor. Formulado primeiramente a hipótese diagnóstica de Teratoma. Peça enviada para análise histológica. Realizado a herniorrafia com a técnica modificada de Zimmerman-Siqueira. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, recebendo alta no dia seguinte. Voltou em consultório após 5 dias levando o resultado do anatomopatológico. Este contendo a seguinte descrição: cortes de lesão cística revestida por epitélio escamoso estratificado e presença de folículos pilosos e glândulas anexas. Células com aspecto benigno. Sendo assim, fechamos o diagnóstico de cisto dermóide.

PALAVRAS-CHAVES: CISTO | DERMOIDE | HERNIA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 891

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Propedêutica Diagnóstica E Correção De Cirúrgica De Hérnia de Spiegel: Relato De Caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VÍCTOR SOUSA SILVA (ITPAC), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC), THIAGO LUIS AGUILAR CARLOS PEREIRA (ITPAC), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (ITPAC), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (ITPAC), JESSIKA RODRIGUES TAUHATA (ITPAC), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As Hérnias de Spiegel (HS) são hérnias raras da parede abdominal representando apenas 1-2% dos casos. Apresentam quadro clínico pouco esclarecedor e ocorrem predominantemente no sexo feminino, entre 40-70 anos de idade. Estas hérnias têm habitualmente indicação cirúrgica pelo risco de encarceramento que pode ocorrer em cerca de 25% dos doentes. OBJETIVO: Relatar a propedêutica diagnóstica e intervenção de um quadro de abdome agudo obstrutivo devido HS. MÉTODO: Consulta retrospectiva em prontuário, obtendo dados dos exames de imagem e da conduta cirúrgica empregada. RESULTADOS: Paciente 56 anos, masculino, hipertenso, obeso, deu entrada no serviço de saúde com dor abdominal em fossa ilíaca esquerda e queixa de obstipação há uma semana, sem sangramento nas fezes, vômitos ou febre. Nega patologia cirúrgica prévia. Ao exame, abdome volumoso, flácido e depressível com massa palpável em fossa ilíaca esquerda, dolorosa, fixa e com discreta irritação peritoneal nesta topografia. Toque retal livre. Solicitado laboratório que não apresentou alterações. Rotina radiológica de abdome agudo demonstrou importante distensão de cólon com gás na ampola retal. Após colonoscopia, paciente evolui com piora da dor abdominal e distensão. A retosigmoidoscopia evidenciou subestenose de alça a 40cm da borda anal, impedindo a progressão do aparelho (coincidindo com local de palpação abdominal). Feito tomografia computadorizada de abdome evidenciando defeito na aponeurose com identificação de alça intestinal a atravessá-lo. A partir dos resultados, foi indicado uma laparotomia exploradora com incisão transversa em fossa ilíaca esquerda, com achado de HS, revelando encarceramento de sigmoide, sem sofrimento de alça. Realizou-se redução do conteúdo herniário, hernioplastia e inserido dreno a portovak. Paciente seguiu com boa evolução e alta hospitalar no 3º dia pós operatório, sem dreno. DISCUSSÃO: Ao contrário da maioria das hérnias da parede abdominal anterior, a HS tem como sintoma mais frequente a dor e não a tumefação, o que torna o diagnóstico difícil, sendo necessário recorrer a exames de imagem para diagnóstico. A escolha da abordagem cirúrgica deve ser individualizada baseada nas características do paciente e da hérnia, na disponibilidade do serviço e na experiência do cirurgião. O tratamento atual baseia-se na herniorrafia com hernioplastia, o qual garante melhores resultados e maior força e resistência comparada ao encerramento simples do defeito herniário.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia | Laparotomia exploratória | Herniorrafia e hernioplastia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1036

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DEFEITO DE PAREDE ABDOMINAL: HÉRNIA DE GRYNFELT - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ITALO MASCARENHAS C MENEZES (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), LARISSA RICCIO TEIXEIRA CEITA (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), FREDY LUIZ COELHO DE CASTRO (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), MURILO MARTINS VIEIRA DE FARIA (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), BRENO CARVALHO CAVALCANTE (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), JOAQUIM GOMES DE ARAUJO BEDOR (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), LEONARDO CORDEIRO MENDES (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), GUTEMBERG GONÇALVES LOURA (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO)

RESUMO: INTRODUÇÃOAs hérnias lombares são defeitos da parede abdominal posterior muito infreqüentes. Representam cerca de 1,5-2% de todas as hérnias da parede abdominal. Podem ser classificadas como hérnias lombares congênitas ou adquiridas.As hérnias adquiridas correspondem a cerca de 80% das hérnias lombares. Elas são classificadas como primárias (espontâneas) ou secundárias, dependendo da existência de um fator causal. Hérnias primárias são mais frequentemente encontradas no lado esquerdo e no triângulo lombar superior, esta descrita por Grynfelt, em 1866, e Lesshaft, em 1870, cujos limites anatômicos são dados superiormente pela borda inferior da 12ª costela, medialmente pelo músculo quadrado lombar, e inferolateralmente pelo musculo oblíquo interno, tendo como assoalho a aponeurose do músculo transverso do abdomen. RELATO DE CASOPaciente, sexo feminino, 56 anos, trabalhadora rural (agricultura de subsistência), tabagista, procurou o ambulatorio de cirurgia geral referindo abaulamento em região toraco-lombar esquerda com início há cerca de 10 anos, tornando-se dolorosa há cerca de 30 dias. Ao exame constatava-se falha musculo-aponeurótica em região lombar superior esquerda, com protrusão de cerca de 10 cm de diâmetro, de consistência amolecida e com conteúdo redutível à palpação. Solicitados exames pré operatórios de rotina e indicada correção cirúrgica. Paciente posicionada em decúbito lateral direito sob raqui anestesia, realizadaincisão transversal em triângulo lombocostoabdominal de grynfelt, realizada dissecação cuidadosa por planos, identificada fraqueza da aponeurose do músculo transverso de cerca de 4 cm de diâmetro por onde se extruía gordura pré peritoneal. Realizada redução do conteúdo herniário seguida de reforço da aponeurose com prolene 0 e interposição de tela de polipropileno macroporosa de baixa densidade de cerca de 10x10cm. paciente evoluiu sem intercorrência no pós operatório, recebendo alta com orientações após 24h de correção cirúrgica. CONCLUSÃOEm face do exposto, pode-se inferir que o diagnóstico deste tipo de hérnia é simples, sendo quase sempre baseado na história clínica e exame físico. É importante salientar que o cirurgião deve ter sempre em mente a existência destas hérnias de modo a que a suspeita clínica favoreça um diagnóstico precoce para que a abordagem cirúrgica possa ser realizada em tempo hábil, evitando-se com isso que um problema inicialmente tratado eletivamente seja operado em caráter de urgência.

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA LOMBAR|HÉRNIA DE GRYNFELT|TRIÂNGULO LOMBAR SUPERIOR

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1042

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE AMYAND À ESQUERDA: ABORDAGEM E PROPEDEÚTICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), PAULO MARCOS LOPES (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), ANISIO JOSE ALMEIDA ALEXANDRE (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), MOISÉS FRANCISCO DA CRUZ NETO (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), OCTAVIO LUIS ALVES DA SILVA (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), GUSTAVO GOMES MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Descrita em 1735 pelo cirurgião francês Claudius Amyand, a hérnia de Amyand é caracterizada pelo achado do apêndice, inflamado ou não, dentro do saco herniário inguinal. Este tipo de hérnia é rara, possuindo incidência de 0,5% a 1%, tornando-se ainda mais rara (0,1%) em casos com apendicite aguda. Devido a baixa frequência muitas vezes torna-se uma entidade desconhecida por muitos cirurgiões. Este relato descreve entidade ainda mais rara, uma hérnia inguino-escrotal esquerda com a presença de apendicite em um procedimento eletivo. RELATO DO CASO Homem, 44 anos, procurou ambulatório de cirurgia geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar queixando-se de abaulamento em região inguinal esquerda há um ano associado a história de dor local há 6 meses e história prévia de hernioplastia a direita há 2 anos. No dia anterior à data da realização da correção eletiva da hérnia, o paciente passou a apresentar dor escrotal leve e dificuldade de redução do saco herniário. O abdome estava flácido, indolor à palpação e sem sinais de irritação peritoneal. No momento da cirurgia apresentava eritema escrotal e optou-se pela realização da inguilotomia prévia a redução da hérnia inguinal esquerda. No trans-operatório foi identificado o ceco e apêndice cecal eritematoso como conteúdo do saco; optando-se pela apendicectomia associado a confecção de bolsa de tabaco, redução dos restante do conteúdo do saco e hernioplastia esquerda. O paciente evoluiu sem complicações recebendo alta no primeiro dia do pós-operatório, apresentou a biópsia da apendicectomia com diagnóstico patológico de apendicite e sem infecção de sítio cirúrgico no retorno ambulatorial. CONCLUSÃO A hérnia de Amyand é rara, embora contemple duas patologias frequentes, de apresentação variáveis e que atingem faixa etária abrangente. Acredita-se que a apendicite aguda no saco herniário ocorre devido a isquemia da compressão realizada pelo anel herniário, evoluindo com sintomas típicos da apendicite. A apendicectomia é mandatória nos casos em que há inflamação como o aqui relatado, porém não é recomendada quando não há achados inflamatórios, já que não teria benefícios e a retirada desse órgão pode trazer riscos. Também é importante ressaltar neste caso que o paciente apresentava um quadro incomum devido à localização à esquerda, a coincidência do início dos sintomas próximos à cirurgia eletiva e um desfecho positivo enriquecendo a controvérsia da colocação de tela nos casos que existe apendicite.

PALAVRAS-CHAVES: Amyand | Hérnia | Apêndice

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1080

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Seminoma Gigante Intrabdominal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY (ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), NADER NAZIR SULEIMAN (ITPAC), OSMAR ALVES TORRES FILHO (ITPAC), JULIANA CARREIRO CARVALHO (ITPAC), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Seminoma é uma neoplasia de células germinativas do testículo, é o câncer mais frequente na criptorquidia. Acomete pacientes entre 15 á 45 anos e a incidência é de 2,2 / 100.000. RELATO DE CASO: M.R.K., 22 anos, masculino, indígena, com dor abdominal em flanco direito há 4 meses em cólica, constipação seguido de diarreia, perda de peso de 20 kg em 3 meses. Ao exame físico, massa palpável em todo hemiabdomene direito, endurecida e com contornos irregulares. Na TC contrastada, evidenciou um processo expansivo, hipodenso, de aspecto neoplásico, medindo 22,5 x 18,5 x 10,4 cm que se expandia para cavidade pélvica, a principal hipótese era tumor estromal gastrointestinal. Realizada laparotomia para estadiamento e retirada do tumor, visualizando enorme massa tumoral retroperitoneal. Foi ressecado a peça e mandada para a análise anatomopatológica. A análise sugeriu o diagnóstico de seminoma metastático, mas sugeriu uma análise imunoistoquímica, que confirmou a o diagnóstico de seminoma clássico primário ou metastático a partir do testículo. Foi realizado uma reavaliação clínica do paciente onde foi notado a ausência de testículos em bolsa escrotal, as dosagens de Beta-HCG aumentadas e Alfa fetoproteínas sem alterações. Em uma nova TC, notou-se 3 processos expansivos medindo na janela aortocava, cadeia ilíaca interna e escavação pélvica. Paciente encaminhado para tratamento adjuvante, fazendo 3 ciclos de quimioterapia e TC com involução dos processos expansivos. CONCLUSÃO: A criptorquidia é uma patologia frequente, que afeta 2 a 5% das crianças do sexo masculino, a não correção da criptorquidia aumenta a chance de câncer entre 3 a 48 vezes. Em pacientes jovens do sexo masculino, alguns diagnósticos diferenciais devem ser levados em conta. O paciente em questão foi um paciente clássico para o desenvolvimento do seminoma por apresentar vários dos fatores de risco.

PALAVRAS-CHAVES: Criptorquidia | Câncer | Tumor estromal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1082

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO DE HÉRNIA VENTRAL: USO DE TELA INTRAPERITONEAL, UMA OPÇÃO TÉCNICA PARA CIRURGIA ABERTA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO PUGLIA (INSTITUTO PAULISTA DE CIRURGIA), CARLOS VICTORIA NETO (FCMSCSP), PAULO ROBERTO CORSI (INSTITUTO PAULISTA DE CIRURGIA), REINALDO MARTINS DE OLIVEIRA NETO (INSTITUTO PAULISTA DE CIRURGIA), LUIZ FERNANDO RODRIGUES A DE MOURA (INSTITUTO PAULISTA DE CIRURGIA), ANDRE SOARES GALLO (INSTITUTO PAULISTA DE CIRURGIA), MARIA CLARA TRALDI (FCMSCSP)

RESUMO: INTRODUÇÃO hérnia ventral incisional é uma complicação comum da cirurgia abdominal, cuja incidência varia de 2% to 20%, sendo mais frequente após laparotomias e de incidência de apenas 0.7% na abordagem laparoscópica. Os fatores de risco incluem idade e complicações infecciosas. Nos EUA houve um aumento do número de casos de hérnia ventral de 126,548 em 2001 para 154,278 em 2006, o que representou um custo total de US \$3.2 bilhões, sendo realizado cerca de 600 000 procedimentos de correção herniária anualmente. O tratamento de hérnias ventrais ainda continua sendo um desafio ao cirurgião, despeito de acessos, técnicas e matérias disponíveis. Este caso ilustra uma das técnicas disponíveis para tratamento de hérnia ventral com uso de tela intraperitoneal por via aberta. RELATO DE CASO Paciente do sexo feminino, de 78 anos, submetida há 2 anos a retossigmoidectomia aberta e linfadenectomia de caráter eletivo por adenocarcinoma de retossigmoide (T3N1). Possui antecedentes pessoais de obesidade (IMC = 34), hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, e insuficiência venosa crônica de membros inferiores, com úlcera varicosa em membro inferior esquerdo. Também submetida a quimioterapia adjuvante com boa tolerância. Não apresentou recidiva, nem doença residual. Há 1 ano, apresentou abaulamento em cicatriz cirúrgica, com piora aos esforços, e aumento progressivo, mesmo em uso de cinta de contenção. Realizada tomografia computadorizada de abdômen, que evidenciou hérnia ventral em linha média, supra e infra-umbilical, com cerca de 20 x 8 cm, contendo alças intestinais e epiplon. Paciente foi submetida a tratamento cirúrgico eletivo por via aberta, com colocação de tela intraperitoneal (VENTRIO ST DAVOL BARD), fixada com grampeador absorvível e sutura de aponeurose e saco herniário sobre a tela. Não houve necessidade de drenagem. Teve alta no segundo dia de pós-operatório, com boa evolução e sem complicações clínicas ou locais. Em retorno 6 meses após cirurgia, a ferida cirúrgica se apresentava seca, e não havia sinais clínicos ou radiológicos de recidiva. CONCLUSÃO procedimento de correção de hérnia ventral utilizando tela intraperitoneal se demonstrou seguro, eficaz e de fácil execução.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia ventral | tela intraperitoneal | VENTRIO ST DAVOL BARD

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1086

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FASCEÍTE NODULAR INTRAMUSCULAR DE GRANDE EXTENSÃO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR (ITPAC), MARÍLIA ALVES ARAUJO FERREIRA (ITPAC/FAHESA), JORGE LUIZ C. C. GOMES ABRANTES (ITPAC/FAHESA), SABRA MARIELA FERNANDES FALCÃO (ITPAC/FAHESA), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC/FAHESA), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC/FAHESA), THIAGO LUIS AGUILAR CARLOS PEREIRA (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), EVERTON PEREIRA DIAS LOPES (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA)

RESUMO: Introdução: A fasceíte nodular (FN) é uma proliferação reativa benigna dos tecidos moles de etiologia não elucidada que afeta com mais frequência adultos jovens. A lesão tem crescimento rápido, porém geralmente é autolimitada. O subtipo subcutâneo é mais incidente, seguido pela forma intramuscular. Em virtude dessa expansão acelerada, da alta celularidade e da atividade mitótica pode ser confundida com sarcomas. Seu diagnóstico só é firmado mediante estudo histopatológico. Relato de caso: F.M.A, feminino, 69 anos, dá entrada com queixa de nodulação em fossa ilíaca direita que se estendeu até a coxa direita, com três semanas de evolução. Relatava internação prévia para tratamento de celulite em região abdominal. Ao exame: abdome globoso, flácido, indolor à palpação superficial, com massa em fossa ilíaca direita que se estendia para dorso e coxa direita; ruídos hidroaéreos presentes. Membro inferior direito edemaciado até base da coxa, sem pulso poplíteo palpável. Foi realizada ultrassonografia de partes moles que evidenciou enorme massa cística de conteúdo anecóico com grumos em suspensão, iniciando-se em hipocôndrio direito envolvendo flanco e fossa ilíaca direita, atravessando região inguinal, estendendo-se até terço proximal da coxa ipsilateral. A paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico, com ressecção do tumor de partes moles de parede abdominal/inguinal direita, com linfadenectomia inguinal e reconstrução com retalho miocutâneo. Foi instalado dois drenos portovac em coxa direita. O estudo anatomopatológico do material evidenciou Fasceíte nodular intramuscular, com ausência de indícios de malignidade e hiperplasia folicular linfoide reacional inguinal. A paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, os drenos foram retirados no 2º DPO e recebeu alta 24 hrs depois com orientações e acompanhamento ambulatorial. Conclusão: A FN é a lesão benigna fibrosa pseudosarcomatosa de maior frequência. O subtipo subcutâneo é o mais comum, no entanto o tipo intramuscular, é o que mais simula neoplasia de partes moles. A etiologia é desconhecida, todavia acredita-se que tenha associação com trauma. Pode acometer qualquer região do corpo, entretanto é mais incidente na extremidade superior. A principal hipótese diagnóstica durante a internação foi a de sarcoma, um dos principais diagnósticos diferenciais da FN, que foi descartada somente após resultado do estudo histopatológico. O tratamento é a exérese da lesão. A recidiva é incomum, com taxas em torno de 1%.

PALAVRAS-CHAVES: FASCEÍTE | FASCEÍTE NODULAR | SARCOMA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1116

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: TUMOR DESMOIDE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA MOREIRA COSTA (PUC CAMPINAS), JULIANA RIBEIRO RODA (PUC CAMPINAS), FELLIPE CICUTO FERREIRA ROCHA (PUC CAMPINAS), THIAGO ALVIM BARREIRO (PUC CAMPINAS), REGINA GREILBERGER RIBEIRO (PUC CAMPINAS), GUILHERME ZUPO TEIXEIRA (PUC CAMPINAS), ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR (PUC CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: Tumor desmóide é uma patologia rara, originada da proliferação aumentada de fibroblastos, formando uma massa bem delimitada, de consistência fibromatosa, responsável por gerar dor ou parestesia, dependendo de seu tamanho e localização. É um tumor histologicamente benigno, originado de fáscia ou aponeurose muscular, com grande velocidade de crescimento, alta agressividade local e alta taxa de recidiva. Entretanto, não apresenta características metastáticas. Apresenta incidência de aproximadamente 3,7 casos a cada 1.000.000 pessoas por ano, e constitui menos de 0,03% de todas as neoplasias. Mais comum em pacientes de 20 a 40 anos e, embora não apresente predileção por sexo, é mais comumente diagnosticado em mulheres em idade reprodutiva. Podem ser idiopáticos ou relacionados à Polipose Adenomatosa Familiar, além disso, tem íntima relação com uso de terapia hormonal com estrogênio, ou após trauma cirúrgico. Relato de Caso: Paciente 46 anos, feminino, refere massa palpável próximo a cicatriz de McBurney previa, de crescimento progressivo há 2 meses. Ao exame apresentava massa de cerca de 6 cm, delimitada e aderida, associado a hérnia incisional supra-umbilical. Traz consigo ressonância magnética de abdome que caracteriza lesão expansiva em partes moles de parede abdominal lateral direita, em contato com a musculatura do oblíquo externo, transverso e reto abdominal, bem delimitada, medindo 5,1X4,3 cm. Foi solicitada colonoscopia sem alterações, sendo indicado tratamento cirúrgico. Foi submetido a exérese da tumoração, sem acometimento macroscópico de peritônio, e correção de hérnia incisional com colocação de tela. A análise anatomopatológica evidenciou lesão de células fusiformes de baixa atividade proliferativa, com extensas áreas de pseudocapsula tumoral de padrão metaplasico, associado ao exame imunoistoquímico, que com o aspecto morfológico e a imunomarcagem dão suporte ao diagnóstico de tumor desmóide. Conclusão: Ao que indicam os estudos, traumas cirúrgicos podem ter relação com o desenvolvimento de tumores desmóides. Fatores como idade, sexo, história de dor abdominal e massa palpável em parede abdominal devem nos fazer pensar em tumor desmóide, apesar de sua rara incidência. No caso de mulheres deve-se pensar no diagnóstico diferencial com endometriose. O correto diagnóstico desse raro tumor é o fator mais importante para a determinação do prognóstico desses pacientes sendo a ressecção cirúrgica o tratamento indicado.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR DESMOIDE | MASSA ABDOMINAL | TUMOR BENIGNO

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1165

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTO DE ÚRACO INFECTADO EM PACIENTE DO SEXO FEMININO-RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO EIK SAHYUN (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), DENISE CAMILIOS COSSIOLO (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), EMANUEL GOIS JR (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), MARCO AURÉLIO CRUCIOL RODRIGUES (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), ALINE GARCIA FERRARI (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), NAJA NABUT (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO úracos, também denominado, ligamento umbilical mediano, consiste em uma estrutura tubular na linha média que estende a partir da porção anterossuperior da bexiga até o umbigo. Trata-se de um remanescente vestigial da cloaca, extensão cefálica do seio urogenital, ou do alantoide, derivado do saco vitelino. Durante o quinto mês de desenvolvimento, ocorre a descida da bexiga para a região pélvica, resultando na formação do canal uracal. Normalmente, o úracos sofre obliteração, formando o ligamento umbilical mediano, que se localiza entre a fáscia transversal e o peritônio. Quando o canal persiste pode originar as anomalias como cisto e fistulas uracais. O cisto de úracos corresponde a 30% das anomalias uracais, sendo encontrado como massa palpável ou abscesso, na linha mediana desde o hipogástrio até a região periumbilical. Essa é a anormalidade uracal mais comum em adultos e é mais frequente no sexo masculino. Frequentemente é assintomático, sendo diagnosticado quando apresenta complicações como infecção ocasionada por contaminação hematogênica, linfática ou vesical caso persista a comunicação com a bexiga urinária. Este estudo tem por objetivo descrever um caso de cisto de úracos infectado em uma mulher, fato considerado raro. Além de discutir os aspectos relacionados ao seu quadro clínico, a suas complicações e ao seu tratamento conforme os dados de literatura especializada. RELATO DO CASO Paciente 38 anos, sexo feminino, procurou atendimento em consultório com dor abdominal periumbilical associada à hiperemia e secreção purulenta periumbilical. Foi diagnosticada como onfalite e realizado tratamento com antibioticoterapia oral. Durante investigação foi solicitado ultrassom de abdômen total que verificou imagem ovalada em região de peritônio parietal, periumbilical, sugestivo de cisto de úracos. Após a antibioticoterapia foi programada ressecção do cisto via vídeo laparoscópica. Paciente recebeu alta no segundo dia de pós-operatório sem complicações. CONCLUSÃO caso está de acordo com o que foi encontrado na literatura. Apresenta-se como quadro infeccioso, onfalite, e é diagnosticado via ultrassonográfica. Após melhora clínica do quadro infeccioso optou-se por ressecção vídeo laparoscópica como terapêutica e maneira de prevenção de novos casos sob risco de formação de fistulas ou outras complicações possíveis

PALAVRAS-CHAVES: CISTO DE ÚRACO | ANOMALIAS URACAIS | ONFALITE

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1202

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERITONITE TERCIÁRIA: DEFINIÇÃO E TRATAMENTO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FRANCIMAR KÉTSIA SERRA ARAÚJO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), GABRIELA LIMA NÓBREGA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), TIAGO SALDANHA DE MEDEIROS (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ATHENA TAMIRIS DANTAS DE ALENCAR MARTINS QUEIROZ (UNIVERSIDADE POTIGUAR), LETÍCIA DE MEDEIROS JALES (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MAYARA RAYSSA DANTAS BORGES (HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL)

RESUMO: Introdução: A peritonite é uma infecção intraperitoneal com grande mortalidade na clínica cirúrgica, classificada como: primárias (espontâneas), secundárias (relacionadas com um processo patológico de um órgão visceral) ou ainda terciárias (infecção peritoneal persistente ou recorrente após 48 horas de implantação de uma correta terapêutica inicial). Objetivos: No presente estudo, os autores, através de uma revisão da literatura, pretendem debruçar-se sobre as implicações clínicas e o tratamento da peritonite terciária. Materiais e métodos. Revisão de literatura nas bases de dados PubMed, Scopus, Scielo e Web of Science sobre o tema. Resultados. Peritonite é definida como uma inflamação da membrana serosa que reveste e delimita a cavidade abdominal e os órgãos nela contidos. É normalmente ocasionada pela ocorrência de uma infecção no ambiente estéril peritoneal, resultando no desenvolvimento de um exsudato purulento na cavidade peritoneal. O tratamento padrão para a secundária é abordagem com laparotomia exploradora de urgência com controle cirúrgico com sucesso e antibioticoterapia adequada, entretanto, alguns pacientes desenvolvem uma infecção persistente intra - abdominal após 48 horas, com alteração da flora microbiana e falha da resposta imune. A este evento damos o nome de peritonite terciária. Embora seja menos comum, quando ocorre é grave e tem alta chance de evoluir com choque séptico, justificando sua alta mortalidade (30-64%). Resolvido o fator causal da peritonite, a lavagem exaustiva com solução fisiológica é necessária para que se obtenha um volume aspirado tão limpo quanto o volume injetado, erradicando qualquer infecção. Conclusões. Devido a sua alta letalidade e tardio diagnóstico muitos pacientes vem a óbito, mostrando a necessidade do conhecimento desta patologia e do seu diagnóstico, além da correta escolha antimicrobiana.

PALAVRAS-CHAVES: peritonite | tratamento | intraperitoneal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1251

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE GRYNFELT: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), DIEGO COIMBRA ALENCAR (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), JOÃO EMILIO LEMOS PINHEIRO FILHO (HOSPITAL SANTA MARIA), MARIANE MENDES GIL BARBOSA SANTOS (HOSPITAL SANTA MARIA), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), GERMANO DE SOUSA LEÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), EULER DAVE CARDOSO RIBEIRO MATOS SILVA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA), MAC DAVE CARDOSO RIBEIRO MATOS SILVA (HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TERESINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A hérnia de Grynfelt resulta de uma falha na fáscia transversal ou aponeurose do músculo transverso do abdome. Esse defeito pode ter incidência de até 2% quando comparado com as demais hérnias de parede abdominal. Embora tenha diagnóstico simples (exame clínico e algum método de imagem como ultrassonografia), essa patologia, é na maioria das vezes subdiagnosticada. RELATO DE CASO: Mulher, 34 anos, admitida no serviço de cirurgia geral em um hospital privado de Teresina ? PI em janeiro/2017 com relato de uma protrusão em região lombar/subcostal direita redutível manualmente e que desaparecia em decúbito dorsal espontaneamente. Anteriormente, 3 meses, tinha sido identificado como lipoma e submetido à exérese cirúrgica por outro profissional, com recidiva no mês supracitado. Logo em seguida foi solicitado uma tomografia computadorizada a qual revelou extrusão de gordura perirrenal através da falha sublombar direita. Após resultado do exame de imagem, a paciente foi encaminhada à cirurgia para correção da falha com colocação da tela de polipropileno. Atualmente a paciente segue em bom estado clínico e sem recidivas. CONCLUSÃO: Esse caso revela a importância de sempre ter em mente o diagnóstico diferencial de Hérnia de Grynfelt nos abaulamentos lombares, cujo diagnóstico é simples e muitas vezes não realizado ou realizado de maneira equivocada por falta de conhecimento da patologia. Bibliografia: ALCOFORADO, Camila et al . Hérnia de Grynfelt. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 26, n. 3, p. 241-243, Sept. 2013 . Available from . access on 11 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000300017>. Cesar D, Valadão M, Murrahe RJ. Grynfelt hernia: case report and literature review. Hernia. 2012 Feb;16(1):107-11.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA | HOSPITALIZAÇÃO | HÉRNIA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1256

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIAS DA PAREDE ABDOMINAL: CIRURGIAS REALIZADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IVAN MURAD (PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), GUILHERME AUGUSTO POLAQUINI (MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), PATRICIA MARISTELLA DOS REIS MARIA (MÉDICA RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), FERNANDO DE SOUZA (PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), RAFAEL FAVERSANI DE ARAUJO (MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ), TIAGO FRANCISCO MELEIRO ZUBIOLLO (MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

RESUMO: Hérnias são protusões anormais com revestimento peritoneal através de um orifício congênito ou adquirido da cobertura músculo aponeurótica do abdome, que resultam na incapacidade de manter o conteúdo visceral da cavidade em seu sítio habitual. Elas causam dor e interferem nas atividades cotidianas e laborais do indivíduo, e, tem prevalência maior na população adulta e no sexo masculino. Sua correção é por meio das herniorrafias ou hernioplastias. O objetivo desse trabalho foi resgatar a casuística do serviço de hérnias de parede abdominal no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Maringá (HURM). Partindo da análise de prontuários pertencentes a um banco de dados padronizado deste Hospital, identificou-se as operações de hérnias realizadas entre os anos de 2001 e 2015. O estudo procurou classificar os tipos de hérnia como inguinais, incisionais, umbilicais, epigástricas e outras (que incluem as femorais, mistas, e complicadas após colostomias, peritoniotomias e abdominoplastias). Os dados encontrados foram analisados em números absolutos e percentuais. No período foram realizadas, 942 cirurgias de hérnia, eletivas ou urgentes, sendo: 642 hernias inguinais, 112 incisionais, 71 umbilicais, 60 epigástricas, e outras 53. Do total de operações, foi aplicado tela em 411 (43,63%), e foram corrigidas sem tela 531 (56,36%). As técnicas utilizadas para correção das hérnias inguinais foram: Lichtenstein para correção com tela, e Bassini ou McVay para correção sem tela. O grupo etário com maior frequência de realização de cirurgias foi de 46 a 60 anos. Quanto ao gênero, 73,35% dos casos ocorreram em pacientes do masculino, e 26,65% do feminino. O volume de cirurgias realizado foi um importante serviço prestado à comunidade pelo Hospital Universitário de Maringá, formando banco de dados relevante para pesquisas e publicações futuras. Bibliografia: Satorre Rocha Jorge, Pol Herrera Pablo Gonzalo, López Rodríguez Pedro, León González Olga, Anaya González Jorge Luis. Revisión de casos sobre hernia incisional en el período de 2004 a 2010. Rev Cubana Cir [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Feb 11]; 51(2): 142-151. PALERMO Mariano, ACQUAFRESCA Pablo A., BRUNO Miguel, TARSITANO Francisco. HERNIOPLASTIA COM E SEM TELA: ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES IMEDIATAS EM UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO. ABCD, arq. bras. cir. dig. [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Feb 11]; 28(3): 157-160.

PALAVRAS-CHAVES: hernia|herniorrafia|hospital universitario

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1285

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CONFECÇÃO DE PNEUMOPERITÔNIO PARA TRATAMENTO DE HERNIA COM PERDA DE DOMICÍLIO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LAILA BITTAR LANNA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG), RENAN KLEBER COSTA TEIXEIRA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG), FERNANDA VILAS BOAS DE FREITAS (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG), BETANIA ANDRADE SILVAO (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG), SILVIA ZENOBIO NASCIMENTO (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG), RAFAEL CALVAO BARBUTO (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG)

RESUMO: INTRODUÇÃO: AS HERNIAS INCISIONAIS DESENVOLVEM-SE A PARTIR DE QUALQUER TIPO DE INCISÃO DA PAREDE ABDOMINAL, SENDO OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO: INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO, OBESIDADE, TABAGISMO, DESNUTRIÇÃO, IMUNOSSUPRESSÃO E DISTÚRBIOS DO COLÁGENO; CASO NÃO SEJAM DEVIDAMENTE TRATADAS, ESTAS PODEM EVOLUIR COM PERDA DE DOMICÍLIO. A CORREÇÃO DESSE TIPO DE HERNIA REQUER UM CUIDADO PARA IMPEDIR UM FECHAMENTO TENSO DA CAVIDADE, VISANDO EVITAR A SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL. UMA MODALIDADE DE TRATAMENTO É REALIZAÇÃO DE EXPANSÃO DO VOLUME DA CAVIDADE ABDOMINAL ATRAVÉS DE PNEUMOPERITÔNIO. RELATO DE CASO: PACIENTE DO SEXO FEMININO, 43 ANOS, OBESA, SEM COMORBIDADES, ENCAMINHADA AO AMBULATÓRIO DE PAREDE ABDOMINAL DO HOSPITAL DAS CLINICAS-UFMG DEVIDO A VOLUMOSA HERNIA INCISIONAL COM PERDA DE DOMICÍLIO EM CICATRIZ DE APENDICECTOMIA POR INCISÃO ESPECÍFICA (ROCKY-DAVES) AOS 10 ANOS DE IDADE, SEM OUTRAS CIRURGIAS PREVIAS. SOLICITADO RISCO CIRÚRGICO E TOMOGRAFIA ABDOMINAL, NA QUAL OBSERVOU-SE CONTEÚDO HERNIÁRIO COM ALÇAS DE INTESTINO DELGADO E AUMENTO DE VOLUME ESTIMADO EM 4,5L E ANEL HERNIÁRIO COM APROXIMADAMENTE 6 CM DE DIÂMETRO. INTERNADA EM ENFERMARIA PARA CONFECÇÃO DE PNEUMOPERITÔNIO. PUNÇIONADO CATETER EM CAVIDADE ABDOMINAL GUIADO POR ULTRASSOM E CONFIRMADO POSICIONAMENTO POR MEIO DE TOMOGRAFIA COM CONTRASTE. REALIZADO PNEUMOPERITÔNIO DIÁRIO DURANTE 21 DIAS BASEADO EM TOLERÂNCIA DA PACIENTE, SUSPENSO NOS DIAS QUE PACIENTE NÃO TOLEROU OU EM CASO DE COMPLICAÇÕES. DOIS DIAS ANTES DO PROCEDIMENTO REALIZADA NOVA TOMOGRAFIA DE ABDOME PARA AVALIAÇÃO DE EXPANSÃO DE CAVIDADE ABDOMINAL. SUBMETIDA A HERNIOPLASTIA INCISIONAL SOB ANESTESIA GERAL COM COLOCAÇÃO DE TELA DE POLIPROPILENO. REALIZADA EM SEQUÊNCIA ABDOMINOPLASTIA PELA EQUIPE DE CIRURGIA PLÁSTICA. PACIENTE EVOLUIU BEM SEM COMPLICAÇÕES OU SINAIS DE RECIDIVA HERNIÁRIA, RECEBENDO ALTA EM BOAS CONDIÇÕES. CONCLUSÃO: A REALIZAÇÃO DE PNEUMOPERITÔNIO PRÉ-OPERATÓRIO É UMA BOA ALTERNATIVA EM CASOS DE HERNIAS COM PERDA DO DOMICÍLIO UMA VEZ QUE PERMITE O FECHAMENTO DA CAVIDADE LIVRE DE TENSÃO.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA | CIRURGIA | PNEUMOPERITÔNIO

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1286

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: REPARO DE HÉRNIAS INCISIONAIS EM PACIENTES OBESOS: USO DE TELAS VS. SUTURA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANE CAROLINE ARAUJO BARRETO (ULBRA), ALEXANDRE RICARDO FARRET JUNIOR (ULBRA), BRUNA TELLES SCOLA (ULBRA), JULIA TONIETTO PORTO (ULBRA), GABRIELLE FOPPA RABAIOLI (ULBRA), EMÍLIE VON AHN BIERHALS (ULBRA), ALICE DA COSTA SAALFELD (ULBRA), LUCIANO SILVEIRA EIFLER (ULBRA)

RESUMO: OBJETIVOAs telas têm sido amplamente utilizadas no reparo de hérnias incisionais (HI), contudo, a relação entre riscos e benefícios ainda permanece controversa. Pacientes obesos estão em maior risco de desenvolverem HI. Este trabalho revisa qual seria a melhor opção encontrada na literatura para o reparo de HI neste grupo populacional. MÉTODOSRevisão sistemática baseada na estratégia PICO. Foram encontrados 87 artigos na plataforma Pubmed após associar os MeSH terms para ?obesity? (População), ?hernia repair? (Intervenção), ?suture repair? e ?mesh repair? (Comparação) e ?recurrence?/?complications? (Desfecho). Dentre os artigos encontrados, 5 preencheram os critérios de seleção e apenas 1 entrou para as referências devido as normas do congresso (Estudos dos últimos 5 anos). RESULTADOSA obesidade é considerada um fator de risco independente para ocorrência de HI. Muitos estudos populacionais são realizados para avaliar a efetividade das opções de tratamento mas, poucos analisam qual é melhor método para este grupo populacional. Os 5 estudos analisados foram realizados no período de 2000-2016, sendo 3 ensaios clínicos randomizados, uma coorte [1] e um prospectivo. A amostra total somou n = 4320 pacientes. Os resultados mostram que taxas de recorrência no grupo onde foi realizado reparo com uso de telas entre 10 a 26% (média: 15,6%) - sendo a maioria sintética -, enquanto no grupo onde o reparo foi através de sutura variou de 12 a 46% (média 30,4%). Esses dados indicam um forte favorecimento ao uso de telas em vez de sutura na escolha do tratamento. Contudo, analisando a ocorrência de complicações no seguimento pós-operatório, foi encontrado no grupo que usou telas taxas de 4,9 a 32% (média: 16,6%) e, no grupo de reparo com sutura foi de 0,8 a 17% (média 6,2%). Entre as principais complicações, destacou-se a infecção da ferida, seromas, sangramentos e dano à vísceras abdominais. Todos estudos tiveram resultados estatisticamente significantes, onde p CONCLUSÃOBaseado nestes e em outros estudos, recomenda-se o uso de telas para hérnias de tamanho médio a grande (> 4 cm) por sua maior efetividade. Entretanto, para hérnias de tamanho pequeno o cirurgião poderia optar pelo reparo tradicional com sutura, evitando assim, potenciais complicações associadas ao uso de telas. Destacamos também a importância do acompanhamento pós-operatório de pacientes obesos submetidos à cirurgias na parede abdominal por serem um grupo de risco para o desenvolvimento de HI.

PALAVRAS-CHAVES: Hernia incisional | Revisão sistemática | Obesos

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1375

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Endometriose de Parede Abdominal ? Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO FEITOSA FROTA DOS REIS (HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI), JÉSSICA CRISTINA PERCEBON (HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI), JULIANA TAMIRIS GEROMEL (HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI), WAGNER WILAR ANTUNES (HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI), SANDRO NAMIKAWA (HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI), MARCELO KASSOUF (HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI)

RESUMO: Introdução. A Parede abdominal é um local raro de implantação de tecido endometrial, seu acometimento está usualmente relacionado à história prévia de cesárea ou outras cirurgias abdominais, com incidência estimada de 0,03-1% pós-cesárea. A Endometriose de parede abdominal (EPA) deve ser considerada como diagnóstico diferencial em qualquer paciente com abaulamento e dor abdominal. Embora exames de imagem possam sugerir a doença, exames pré-operatórios dificilmente estabelecem o diagnóstico. A escassez de estudos e relatos na literatura torna do manejo do paciente com EPA um desafio. Relato do Caso. E.B.P., 38 anos, sexo feminino, parda, com queixa de dor em região de hipogástrio de um mês de evolução; histórico de duas cesáreas prévias, última há 12 anos do início dos sintomas. Abdome com massa dolorosa à palpação em região de hipogástrio. Tomografia computadorizada evidenciou massa sólida medindo 6,9 cm em seu maior diâmetro, associado à linfadenomegalia. Aventada hipótese de sarcoma de parede abdominal e optado por abordagem cirúrgica. Realizada exérese da lesão em bloco com margem e cadeia linfonodal. Estudo anatomopatológico positivo para endometriose em tecido músculo esquelético. Paciente evoluiu com melhora da sintomatologia, em seguimento clínico no serviço de Cirurgia Geral. Conclusão. O caso em tela fortalece os dados encontrados na literatura: em 2014, Ecker et al. observou pico de incidência aos 35 anos (+8 anos), mais prevalente no sexo feminino, obesos, brancos e multíparas. Este revelou ainda que o tempo médio entre a cesárea e o diagnóstico de EPA foi de 7,0 anos. Zawin et al. evidenciou que o exame mais acurado para a avaliação pré-operatória é a Ressonância Magnética com sensibilidade de 71% e especificidade de 82% para EPA. Diversos autores avaliam a ressecção cirúrgica com margem como o tratamento de escolha. No entanto, Bektas et al. descreveu recorrência da lesão em

PALAVRAS-CHAVES: endometriose | endometriose de parede abdominal | endometriose diagnóstico diferencial

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1377

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE AMYAND COM APENDICITE AGUDA EM FASE NECRÓTICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KAREN CRISTINE PEREIRA RIBEIRO (HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS), FABRÍCIO GONZAGA E SILVA (MARIO PALMERIO HOSPITAL UNIVERSITARIO), FRANCO FERNANDES NETO (HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS), VERENA LIMA DA SILVA NASCIMENTO (MARIO PALMERIO HOSPITAL UNIVERSITARIO), LUIS GUSTAVO RESENDE RODOVALHO (HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS), CARLISA COSTA OLIVEIRA (HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS), JESSICA LARA ANJOS (HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS)

RESUMO: A HÉRNIA DE AMYAND CONSISTE EM HÉRNIA INGUINAL CUJO SACO CONTÉM O APÊNDICE ILEOCECAL, SUA INCIDÊNCIA ESTÁ EM TORNO DE 1% DE TODAS AS HÉRNIAS, O ACHADO DE APENDICITE AGUDA DENTRO DA HÉRNIA OCORRE EM 0,13% DAS VEZES, COM VARIAÇÃO DE MORTALIDADE 15-30% DEVIDO A SEPSE ABDOMINAL GRAVE, DESCRITA PELA PRIMEIRA VEZ, POR CLAUDIUS AMYAND, EM 1735. ATINGE COM LIGEIRO PREDOMÍNIO O SEXO MASCULINO E SEU DIAGNÓSTICO É, NA MAIORIA DAS VEZES, INTRA-OPERATÓRIO. PACIENTE DO SEXO FEMININO, 84 ANOS, ADMITIDA DEVIDO A DOR ABDOMINAL HÁ 07 DIAS, COM PARADA DE ELIMINAÇÃO DE FLATOS E FEZES, CONFUSA, COM SINAIS DE SEPSE GRAVE. HISTORIA DE HERNIA INGUINAL A DIREITA HÁ 06 MESES, ATÉ NO MOMENTO REDUTÍVEL, DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL. LEVADA A LAPAROTOMIA DE URGÊNCIA, COM ACHADO HERNIA INGUINAL A DIREITA ESTRANGULADA, SENDO SEU CONTEÚDO O APENDICE CECAL E ALÇAS DE DELGADO, ESTANDO AMBOS NECRÓTICOS. FOI REALIZADA APENDICECTOMIA E ENTERECTOMIA SEGMENTAR, FEITA ANASTOMOSE COM GRAMPEADOR LINEAR, LATERO-LATERAL E APENDICECTOMIA. REALIZADA TAMBÉM, INGUINOTOMIA A DIREITA, COM CONTEÚDO EM CANAL INGUINAL DE PONTA DE APENDICE CECAL E SEGMENTO DE ALÇA DE DELGADO, AMBOS NECRÓTICOS. FEITO DEBRIDAMENTO DO LOCAL E RETIRADA DE TECIDO NECRÓTICO, ATO SEM INTERCORRÊNCIAS. APÓS O PROCEDIMENTO, PACIENTE FOI ENCAMINHADA AO CTI, ONDE PERMANECEU NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO, E FOI ENCAMINHADA A ENFERMARIA. PACIENTE APRESENTAVA-SE COM BOA EVOLUÇÃO, MAS NO 10º DIA PÓS-OPERATÓRIO (DPO), INICIOU COM DOR E DISTENSÃO ABDOMINAL E VÔMITOS PÓS-PRANDIAIS. REALIZADA TOMOGRAFIA DE ABDOME, SENDO DIAGNÓSTICADA, COLECISTITE AGUDA. REALIZADA NOVA LAPAROTOMIA EXPLORADORA, COM VESICULA BILIAR NECRÓTICA SENDO REALIZADA COLECISTECTOMIA. NO 4º DPO APRESENTOU HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, LEVADA AO CTI, DEVIDO A CHOQUE HIPOVOLÊMICO. RECEBEU ALTA DO CTI, NO 12º DPO DA COLECISTECTOMIA, PERMANECEU POR MAIS 04 DIAS INTERNADA E RECEBEU ALTA EM BOM ESTADO, ALIMENTANDO-SE, DEAMBULANDO, COM HÁBITOS INTESTINAIS PRESERVADOS, AFEBRIL, BOM CONTROLE DO DIABETES MELLITUS E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL. A HERNIA DE AMYAND É UMA CONDIÇÃO RARA, SEU MANEJO DEPENDERÁ DA EXPERIÊNCIA E CAPACIDADE TÉCNICA DO CIRURGIÃO, BEM COMO DO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE. É IMPORTANTE O DIAGNÓSTICO DE IMAGEM PRÉ-OPERATÓRIO, SEMPRE QUE POSSÍVEL, VISTO QUE, O PACIENTE PROCURA ATENDIMENTO MÉDICO, SOMENTE EM VIGÊNCIA DE DOR ABDOMINAL AGUDA. SENDO NECESSÁRIO ALTO PODER DE SUSPEIÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO IMEDIATO, A FIM DE EVITAR POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES GRAVES.

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA DE AMYAND | COLECISTITE ALITIÁSICA | HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1381

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE SPIEGEL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR ABDOMINAL INTERMITENTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), JOSÉ EVERARDO SILVEIRA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DAVI ROCHA MACAMBIRA ALBUQUERQUE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), ADAUTO CAPISTRANO ABREU DA PONTE (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO), JOSÉ NEY PRIMO FEITOSA (SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAIMUNDO), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: IntroduçãoA Hérnia de Spiegel é um dos mais raros tipos de hérnia da parede abdominal, tendo incidência de 0,1 a 2% e maior prevalência em mulheres entre os 50 e 60 anos. São decorrentes de defeito congênito ou adquirido da aponeurose próximo ou na linha semilunar. Além de raras, elas frequentemente apresentam sintomas não característicos, devido à localização do saco herniário ser posterior a aponeurose do músculo oblíquo externo. Além disso, elas podem ser intraparietais, não havendo massa evidentemente visível ou palpável, representando potencial risco (10-30%) de encarceramento e estrangulamento. Relatamos aqui caso de uma hérnia rara causando dor intermitente, a qual permaneceu subdiagnosticada durante 3 meses. Relato de Caso Paciente feminina, obesa, múltipara, 75 anos, chegou ao pronto atendimento de hospital terciário apresentando dor abdominal intermitente há três meses, sem alterações urinárias ou gastrointestinais. Ao exame físico encontrava-se afebril, com abdome doloroso à palpação em quadrante inferior esquerdo, havendo abaulamento de difícil palpação em fossa ilíaca esquerda. Relatava retossigmoidectomia prévia e hérnia incisional secundária à mesma. Hemograma, função renal e urina I não apresentaram alterações. Diante disto, foi solicitada inicialmente Ultrassonografia (US) abdominal, onde observou-se imagem hipoecóica na transição do flanco esquerdo com fossa ilíaca esquerda. Em seguida, foi realizada tomografia computadorizada (TC), que evidenciou imagem compatível com herniação na região suprainguinal à esquerda, compatíveis com hérnia de Spiegel do tipo intraparietal. Após o diagnóstico, optou-se pela hernioplastia aberta, em que foi colocada uma tela de Marlex. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem intercorrências ou complicações. ConclusãoO diagnóstico dessa afecção é difícil pelos sintomas variáveis e inespecíficos, como na paciente em questão, que relatava apenas dor abdominal intermitente, provavelmente pela alternância entre encarceramento e redução. Outros diagnósticos diferenciais são hematoma espontâneo do reto abdominal, diverticulite e neoplasia de cólon. O US é um exame de boa relação custo benefício, porém é um exame operador dependente, apresentando sensibilidade de 83 a 100%. Mesmo a TC possuindo alta valor preditivo, ela pode ser inconclusiva, portanto, a literatura aponta a laparoscopia diagnóstica como padrão ouro. Pelo potencial risco de encarceramento e estrangulamento, o tratamento de escolha é cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia | Spiegel | Parede Abdominal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1426

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Instituição de um serviço dedicado à cirurgias específicas (grupo de hérnia) ? há correlação com o aumento de volume e complexidade dos procedimentos realizados?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MURILLO DE LIMA FAVARO (UNISA), YASMIN GARCIA BATISTA (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), SILVIO GABOR (UNISA), JULIO BETIOL (UNISA), TIAGO BEZERRA MACHADO (UNISA), LIGIA RIBEIRO (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: Introdução: Em 2008 propôs-se que as condições patológicas que requerem tratamento cirúrgico deveriam ser consideradas como "doenças negligenciadas", uma vez que afetam desproporcionalmente os indivíduos mais carentes mundialmente (Ozgediz et al. 2008). Objetivo: O presente estudo propôs-se a avaliar se o desenvolvimento de um grupo dedicado à cirurgias específicas (grupo de parede abdominal, com foco em cirurgias de hérnia) aumenta o volume e a complexidade dos procedimentos cirúrgicos realizados em um hospital público de nível secundário. Método: Estudo retrospectivo e observacional de pacientes avaliados entre outubro de 2014 e setembro de 2015 comparados com pacientes avaliados entre outubro de 2015 e setembro de 2016, representando, respectivamente, o período pré e pós-instituição do serviço dedicado a cirurgias de hérnia. Dados de prontuários eletrônicos (constando a descrição do procedimento cirúrgico) dos pacientes envolvidos no estudo foram revisados e coletados. O desfecho primário a ser avaliado foi o aumento no volume de cirurgias de hérnia. O desfecho secundário compôs-se no aumento da complexidade das cirurgias de hérnia realizadas. Resultados: Em relação ao volume de cirurgias, foi observado que durante o primeiro período analisado (2014-2015), 54 procedimentos cirúrgicos para o tratamento de hérnias foram realizados, comparado com 287 procedimentos conduzidos no período seguinte (2015-2016), representando um aumento de 5,3 vezes no volume total (531%). Conclusões: De acordo com os resultados observados no presente estudo, a instituição de um serviço específico de cirurgia de hérnia em um hospital secundário efetivamente ampliou o volume de procedimentos realizados no período analisado. Adicionalmente a complexidade dos procedimentos cirúrgicos elevou-se substancialmente. De acordo com a literatura, o volume de cirurgias e a complexidade relacionam-se com o desfecho do tratamento e estudos posteriores devem corroborar esta relação no serviço avaliado. Bibliografia: Weiser TG, Haynes AB, Molina G et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. Lancet. 2015 Apr 27;385 Suppl 2:S11. Shawar YR, Shiffman J, Spiegel DA. Generation of political priority for global surgery: a qualitative policy analysis. Lancet Glob Health. 2015 Aug;3(8):e487-95. Wong EG, Ameh EA, Wren SM, et al. Recommendations for including surgery on the public health agenda. J Surg Res. 2015 Jul;197(1):112-7.

PALAVRAS-CHAVES: hérnia|cirurgia|saúde pública

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1441

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: HÉRNIA DE SPIEGEL RECIDIVADA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), RAISSA NASCIMENTO HAMAOKA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), VINICIUS ALVES FONSECA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), RODRIGO KOUZAK MAYER (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), GABRIEL BROM ANDRADE (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), DANIELLA SILVA MENA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF)

RESUMO: INTRODUÇÃOHérnias de Spiegel são raras, representam de 1 a 2% de todas as hérnias abdominais. São um defeito da parede abdominal, entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto, logo abaixo da linha arqueada de Douglas e acima dos vasos epigástricos superiores. Ocorre uma protrusão de gordura, saco herniário ou órgão peritoneal, podendo ser congênito ou adquirido. Existe risco de encarceramento ou estrangulamento em até 30% dos casos. O risco de recidiva depende de inúmeros fatores como o perfil do paciente, uso de prótese na cirurgia e cuidados no pós operatório. RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 80 anos, relata realização de hernioplastia à esquerda para correção de hérnia de Spiegel há 4 anos, com colocação de tela de prolene em loja pré dissecada e fixação da mesma durante a síntese da aponeurose do oblíquo externo e reto abdominal. Há 6 meses, apresenta nodulação palpável em fossa ilíaca esquerda (FIE), com quadro algico no local após esforço físico, que melhora em decúbito dorsal e uso de analgésicos. Durante realização do pré-operatório, paciente manteve-se assintomática. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, normocorada, hidratada, eupneia, afebril, acianótica. Abdome globoso, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, com nódulo palpável em FIE, fixo, indolor, localizado na linha semilunar a esquerda, com protrusão à manobra de valsava, sem sinais de irritação peritoneal. Cicatriz anterior de hernioplastia à esquerda. Membros inferiores com varizes calibrosas. A hipótese diagnóstica foi hérnia de Spigel, que se confirmou através da ultrassonografia. Realizado hernioplastia com incisão transversa em cicatriz anterior, observado protrusão por fraqueza da aponeurose do oblíquo externo em região lateral da FIE. Procedeu-se abertura da aponeurose e posteriormente o defeito foi fechado com sutura e colocação de prótese de polipropileno, com fixação na aponeurose. A paciente evoluiu bem no pós operatório, recebendo alta um dia após a cirurgia. CONCLUSÃO

Hérnias de Spiegel são caracterizadas por serem raras, sendo o diagnóstico muitas vezes de exclusão. A hernioplastia com colocação de tela é o tratamento escolhido devido o risco de estrangulamento do conteúdo nelas presentes. O tratamento cirúrgico das hérnias continua sendo um desafio para o cirurgião, sendo a recidiva um fato tão incerto quanto a própria existência da hérnia.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia de Spiegel | Parede abdominal | Hérnias spigelianas

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1471

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE AMYAND ? UM RELATO DE CASO NO HOSPITAL ESCOLA SÃO CAMILO E SÃO LUIZ (HESL) EM MACAPÁ-AP EM 2015.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO DA SILVA JUNIOR (FAMEMA), WANDERSON WILLIAN DOS SANTOS DIAS (HOSPITAL CRISTO REDENTOR), PEDROMAR VALADARES MELO (HOSPITAL SÃO CAMILO), BRUNO DA SILVA PINGARILHO (HOSPITAL SÃO CAMILO), SAMUEL LAUER FILHO (HOSPITAL SÃO CAMILO), ANTONIO WALTER RAYMONDI LIZANA (HOSPITAL SÃO CAMILO), TAMIRES IEMES VICHIAOFF (UNIMAR), ELINALDO DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS (HOSPITAL SÃO CAMILO)

RESUMO: Introdução: Paciente com 50 anos de idade com o diagnóstico de hérnia inguinal direita recidivada submetido a nova hernioplastia onde foi identificado um hérnia de amyand. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, A.B.D 50 anos, sem comorbidades, com história previa de hernioplastia inguinal direita há dois anos deu entrada no ambulatório de cirurgia geral do HESL no ano de 2015 com quadro de abaulamento em região inguinal direita com piora do mesmo aos esforços, associado a dor de leve intensidade e episódios de constipação intestinal sem outros sintomas. No exame físico identifica-se na manobra de Valsava uma hérnia inguinal direita redutível sem sinais inflamatórios. Conclusão: Com o diagnóstico da hérnia do paciente foi indicado a intervenção cirúrgica eletiva, onde foi submetido a inguinotomia direita e após exploração do saco herniário identificou-se a presença de apêndice cecal íntegro, sem sinais de flogose realizando-se a apendicectomia na mesma região de inguinotomia onde empregou-se a técnica de Lichtenstein na correção da hérnia inguinal, de maneira clássica, sem intercorrências.

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA DE AMYAND | HERNIA INGUINAL DIREITA | APENDICECTOMIA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1480

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uso de cola para fixação de tela em hérniorrafia inguinal videolaparoscópica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JEAMMY ANDREA PEREZ PARRA (HC-FMUSP), GABRIEL SCHNITMAN (HC-FMUSP), EDNA FRASSON DE SOUZA MONTERO (HC-FMUSP), ADILSON COSTA RODRIGUES JR (HC-FMUSP), CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEGOZZO (HC-FMUSP), CASSIO EDUARDO DA SILVA GONTIJO (HC-FMUSP), LUCAS MAITTO MARTINS (HC-FMUSP), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HC-FMUSP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O tratamento cirúrgico da hérnia inguinal apresenta-se em discussão na literatura do ponto de vista da abordagem, aberta ou videolaparoscópica. Os autores que defendem a via aberta apoiam-se no custo do procedimento e na curva de aprendizado. Na via videolaparoscópica, os autores destacam a redução da incidência de dor no pós-operatório, o que permite rápido retorno às atividades laborais. Nesta abordagem, discute-se a forma de fixação, mecânica ou não penetrante, da prótese. O objetivo deste estudo foi avaliar as repercussões da fixação com adesivo de fibrina. MÉTODOS: Foram incluídos todos os pacientes submetidos a hernioplastia inguinal videolaparoscópica transabdominal (TAPP) entre Junho de 2014 e Junho de 2016 no Hospital das Clínicas da USP, em que se utilizou a fixação com adesivo de fibrina. Foram analisados aspectos pré-operatórios, que incluem comorbidades, recidivas, idade, índice de massa corporal, tabagismo; além de aspectos pós-operatórios, tais como tempo de internação, complicações precoces e tardias, recorrência e dor. RESULTADOS: Foram avaliados 40 pacientes com hernioplastia, sendo a maioria homens (38/40; 95%) com idade variando entre 18 e 91 anos (62 anos) e IMC de 44,9 kg/m². As comorbidades estiveram presentes em 67,5% dos pacientes, em geral cardiovasculares (62%). O tabagismo foi relatado em 37,5% dos pacientes. Com relação às características das hérnias, 18 (45%) foram bilaterais e 22 (55%) unilaterais, 35% eram recidivadas, sendo estas de procedimentos abertos. A taxa de complicação foi de 20%, sendo o seroma mais usual (17%). Um paciente apresentou granuloma e um paciente hérnia incisional na localização do trocar. Não teve nenhuma lesão em órgão intra-abdominal e nenhuma cirurgia foi convertida. Algum tipo de dor no pós-operatório imediato esteve presente em 37,5% pacientes. Destes, 15% mantinham dor no terceiro mês de seguimento e 10% no primeiro ano. Observou-se recidiva em um paciente e 92% dos pacientes retornaram às atividades diárias. CONCLUSÃO: A fixação da prótese com adesivo de fibrina em hérniorrafia inguinal videolaparoscópica (TAPP) mostrou-se um método seguro e com baixos índices de complicações e recidiva. REFERÊNCIAS: 1. Cavazzola LT, Rosen MJ, Laparoscopic versus Open Inguinal Hernia Repair, Surg Clin North Am. 2013 Oct;93(5):1269-79. 2. Fortelny RH, Petter-Puchner AH, Glaser KS, et al. Use of fibrin sealant (Tisseel/ Tissucol) in hernia repair: a systematic review. Surg Endosc 2012;26(7): 1803-12. 84.

PALAVRAS-CHAVES: Hérniorrafia inguinal | Selante de fibrina | TAPP

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1517

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hernia de Amyand em hernioplastia recidivante: relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE FERNANDO MARQUES CARDOSO (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), MIRELLA DE FATIMA FUKUDA (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), RICARDO ADRIANO NASSER BARBOSA DA SILVA (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), TALITA SALLUM DE MENDONÇA (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), MONICA MAZZURANA BENETTI (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), GUINES ANTUNES ALVAREZ (HOSPITAL GUILHERME ALVARO)

RESUMO: IntroduçãoA hérnia de Amyand, originalmente descrita por Claudius Amyand em 1735, é caracterizada pelo apêndice cecal inflado dentro do saco herniário na hérnia inguinal direta. Este epônimo também é utilizado quando o apêndice encontra-se em seu estado normal. Normalmente, seu diagnóstico é feito nos casos de cirurgia de urgência, sendo raro quando realizado no pré operatório. Relato de caso R.F.G., 60 anos, masculino, procedente de Santos ? SP, portador de esquizofrenia e transtorno bipolar, com herniorrafia inguinal direita (realizada há 56 anos) e hernioplastia inguinal esquerda e herniorrafia umbilical (realizada há 1 ano) de cirurgias prévias, deu entrada no serviço de Cirurgia eletiva do Hospital Guilherme Álvaro ? Santos, devido quadro de hérnia inguinal direita recidivada, evidenciado ao exame físico e ultrassonográfico. Foi submetido à inguinotomia direita e após exploração do saco herniário identificou-se apêndice cecal normal no seu interior, aderido ao mesmo. Realizou-se dissecação do apêndice e por causa de aderências indicou-se à apendicectomia táctica, realizada com ponto transfixante. Devido ausência de processo infeccioso, optou-se por realizar hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein. ConclusãoA localização anatômica do apêndice cecal favorece a sua entrada nos defeitos que acometem o anel inguinal interno. Quando o apêndice encontra-se normal, pode-se optar pela redução do mesmo, sem necessidade de apendicectomia. Neste caso, devido presença de aderências optou-se pela abordagem cirúrgica. Nos casos de apendicite aguda, pode-se realizar a apendicectomia pela inguinotomia, porém, não deve-se utilizar telas de material sintético na confecção da hernioplastia devido presença de contaminação bacteriana.

PALAVRAS-CHAVES: Hernia de Amyand | Hernia recidivada | Apendicectomia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1529

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia de Spiegel bilateral ? relato de um caso e revisão da literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ JIN FUJIOKA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), ADEMAR CÂNDIDO DE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), GABRIEL PINTO LARA FALEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), LAWRENCE PASCOAL JUNQUEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), MARCELA CAMPOLINA MUNIZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), THALINE BANDEIRA DE SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Introdução: Há cerca de 400 anos, o anatomista belga, Adriaan van den Spiegel, descreveu pela primeira vez um tipo de defeito na parede abdominal raro que em sua homenagem leva o nome de hérnia de Spiegel. Esta surge através de uma falha da aponeurose spigeliana, entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto, logo abaixo da linha arqueada de Douglas e, na maioria das vezes, acima dos vasos epigástricos superiores. Objetivo: Apresentar um caso de hérnia de Spiegel bilateral, analisar as manifestações clínicas e recordar a literatura. Método: Trata-se da paciente M.A.A do sexo feminino 47 anos, leucoderma, natural e procedente de Belo Horizonte. Referenciada por quadro de dor abdominal com 12 meses de evolução, localizada a fossa ilíaca direita tipo cólica associada as manobras de Valsalva, evoluindo com tumefação nesta região e aumento progressivo do tamanho. Posteriormente, refere tumefação e sintomas similares em fossa ilíaca esquerda. Realizou ultrassonografia de parede abdominal que confirmou a presença da hérnia de Spiegel bilateral. Sob anestesia raquidiana através de uma incisão pararectal bilateral com dissecação até a aponeurose do músculo oblíquo externo, a seguir incisão na aponeurose, identificados ambos sacos herniários que continham gordura preperitoneal. Submetida a hernioplastia bilateral e utilizada tela de polipropileno 7,5cm x 15cm para reforço da parede. Ato ocorrido sem intercorrências. Obteve alta hospitalar no 2o dia pós-operatório. Retornou no ambulatório de cirurgia geral após três meses sem sinais de recidiva e assintomática. Conclusão: As hérnias spigelianas se apresentam com a protrusão de um saco herniário por meio de um defeito adquirido ou congênito através da fásia spigeliana, que faz parte da aponeurose do músculo transverso abdominal, situada entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto, acima dos vasos epigástricos inferiores, ao nível da linha arqueada, local onde a fásia apresenta-se mais larga e delgada. Diferente das hérnias da parede abdominal anterior, o sintoma mais comum é a dor e não a tumefação, o que torna mais difícil o diagnóstico, podendo ser necessário recorrer a exames de imagem para diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia de Spiegel | Parede abdominal | Hernioplastia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1582

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RECIDIVA DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE COLO UTERINO EM PAREDE ABDOMINAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PETRILLE ANDRÉ CAVALCANTE DE BARROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), FILIPE DE PAULA MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JESSICA CAROLINE FREIRE CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), WILSON FERREIRA DE SOUZA NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RAFAEL CALVAO BARBUTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Introdução: O câncer do colo do útero é um importante problema de saúde pública, sendo o quarto tipo de câncer mais comum entre mulheres. Sua recorrência se dá com mais frequência locorregionalmente, após tratamento cirúrgico ou radioterápico, sendo a pelve e a vagina os sítios mais frequentes. Metástases à distância são raras e usualmente observadas nos pulmões, ossos e fígado. A ocorrência de metástase em cicatrizes cirúrgicas é extremamente rara, com incidência entre 0,1% e 2%. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 51 anos, com diagnóstico de Carcinoma de Células Escamosas (CCE) de colo uterino em 2012, submetida à histerectomia e linfadenectomia, seguida de radioterapia e quimioterapia adjuvantes. Dois anos após, apresentou quadro de hérnia incisional encarcerada. Realizada enterectomia e hernioplastia com aposição de tela de polipropileno onlay. No ato cirúrgico, identificou-se massa periumbilical, ressecada e enviada para exame anatomopatológico, cujo resultado foi de CCE de colo uterino. Após 18 meses, durante acompanhamento com equipe de Cirurgia de Parede Abdominal, paciente começou a notar abaulamento em ferida operatória. Ultrassonografia abdominal sugeriu reação do tipo corpo estranho à tela de polipropileno. Exploração de ferida operatória mostrou lesão nodular aderida à tela de polipropileno. Realizada retirada de tela, nódulo e aponeurose em bloco, envio de material para exame anatomopatológico e síntese primária do defeito na parede abdominal. No pós-operatório, evoluiu com deiscência da ferida operatória umbilical e drenagem de secreção purulenta, aventada a hipótese de infecção de ferida operatória. Realizada antibioticoterapia, sem sucesso. Evolução com persistência de drenagem seropurulenta, hiperemia local e surgimento de massa periumbilical. Tomografia Computadorizada mostrou grande massa parietal mesogástrica, hipodensa, expansiva, infiltrando os músculos reto abdominais, compatível com informe clínico de recidiva de tumor de colo uterino. Realizada ressecção ampla do tumor e da parede abdominal, reconstrução da mesma com tela de dupla face e abdominoplastia no mesmo tempo cirúrgico. Anatomopatológico mostrou nova recidiva de CCE de colo uterino. Conclusão: O relato mostra evolução rara do câncer de colo uterino pois, como visto na literatura, a incidência de metástase em parede abdominal é pouco frequente. Portanto, ressalta-se a importância do seguimento clínico adequado e do diagnóstico diferencial de suas complicações.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de colo uterino | Metástase | Parede abdominal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1595

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DESMÓIDE DE PAREDE ABDOMINAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), EDUARDO GONÇALVES MARTINS DA COSTA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), GISELLY GOMES CARVALHO (HOSPITAL MARCIO CUNHA), GILMARQUES ALMEIDA DA SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ELCIO ANTUNES DOS SANTOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Tumores desmóides, também conhecidos como fibromatose músculo-aponeuróticas, são neoplasias benignas, não capsuladas, originadas do tecido conjuntivo, sem potencial metastático, com exuberante crescimento locorregional e elevados índices de recidiva. Foram descritos inicialmente por Mac Farlane em 1832. Têm incidência rara, representando 0,03% dos tumores de partes moles, com maior ocorrência em mulheres com idade reprodutiva e durante a gravidez. A incidência aumenta em pacientes portadores de Polipose Adenomatosa Familiar. O tumor desmóide não associado a essa entidade é um evento extremamente raro podendo ser associado à gravidez, cicatrizes ou traumas. No momento do diagnóstico os tumores podem apresentar grandes dimensões devido à baixa sintomatologia que, quando presente, traduz-se mais comumente por dor locorregional. RELATO DE CASO: D.A.G. 63 anos, feminino, parda, do lar, natural de Antônio Dias ? MG. Relato de aparecimento de tumoração de limites imprecisos e consistência endurecida, móvel e aderida aos planos musculares em parede abdominal no quadrante superior direito associado a dor local. Restante do exame físico sem alterações, exames laboratoriais dentro da faixa de referência. Avaliação ultrassonográfica sugestiva de tumor de parede abdominal. Estudo tomográfico elenca delimitação de massa com limites precisos intramusculares. Realizada ressecção do tumor intramuscular e reconstituição da parede abdominal com tela de Marlex, além de envio para análise histopatológica, que revelou tumor desmóide. CONCLUSÃO: Os tumores desmóides são originados das estruturas músculo-aponeuróticas, podendo ser intergrantes da Síndrome de Gardner caso em conjunção com tumores benignos cutâneos e ósseos. A cirurgia é o tratamento de escolha porém a recorrência é alta e a terapia adjuvante possui aplicabilidade, havendo ainda necessidade de melhor referência teórica do assunto, evidenciando a aplicabilidade da produção científica em questão.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR DESMOIDE | PAREDE ABDOMINAL | FIBROMATOSE

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1596

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DO FORAME OBTURADOR ENCARCERADA: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LÍVIA CARDOSO REIS (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), GABRIEL MARTIN LAUAR (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), LAURA ALVES DE SOUZA DIAS (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), JORDANIA ALKMIM JORDÃO (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), DIEGO SILVERIA RODRIGUES (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), JULIA DE OLIVEIRA FONSECA (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), RODRIGO SILVERIO (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS), FRANCISCO WELBER (HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A hérnia do forame obturador é um tipo raro de hérnia abdominal, sem sinais e sintomas específicos, tornando o seu diagnóstico um desafio. A tomografia computadorizada pode auxiliar no diagnóstico em pacientes com obstrução intestinal mecânica sem causa definida. Esse pôster visa apresentar um caso clínico de uma paciente diagnosticada com essa hérnia. RELATO DE CASO: H.C.B., 71 anos, admitida com quadro de abdome agudo obstrutivo. História pregressa de diverticulite de Meckel. Tomografia computadorizada mostrou hérnia do forame obturatório encarcerada. Realizado tratamento com laparotomia exploradora e herniorrafia. Não foi possível colocar tela de polipropileno devido a proximidade com grandes vasos. CONCLUSÃO: Devido a sua raridade (0,7 ? 1% das hérnias), a hérnia do forame obturador tem uma alta taxa de morbi-mortalidade (entre 13-40%). Não existe sintomatologia específica, sendo a compressão do nervo obturatório a mais comum. Essa compressão causa um dor em face medial da coxa (sinal de Howship ? Romberg). A tomografia computadorizada é um exame que pode auxiliar, mas seu diagnóstico frequentemente é feito no per operatório. Hérnias não encarceradas podem ser abordadas pela via pré peritoneal, entretanto para hernias encarceradas ou estranguladas a via abdominal deve ser preconizada. Existem diversas técnicas cirúrgicas possíveis para a correção, como sutura primária, uso de flaps de tecido e a colocação de telas sintéticas, sendo esta a mais utilizada.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA | FORAME OBTURADOR | ENCARCERADA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1626

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia ventral: a propósito de uma alternativa técnica de correção.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), FABIO ARNONI GOMÇALVES PINTO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), PAULO HENRIQUE BALESTRIM SALVADOR (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), MAURICE YOUSSEF FRANCISS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), VICTOR SERGIO STOCKLER BRUSCAGIN (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), SERGIO ROLL (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: IntroduçãoA escolha da técnica de correção das hérnias ventrais, sobretudo as maiores que 3cm de diâmetro, permanece controversa(1). Múltiplas incisões, em tese, criariam ilhas de baixa vascularização. Nem sempre há a necessidade da Separação Anterior de Componentes (SOC), Transversus Abdominis Muscle Release (TAR) para a reconstrução da parede, ou qualquer outra técnica. Sutura primária, com ou sem tela supraponeurótica seriam fatores para interposição à vascularização, recidiva interparietal, promovendo a recidiva da hérnia?(2). Apresentamos uma alternativa, de mínima dissecação, por abordagem laparotômica, corrigindo o defeito, interpondo prótese intraperitoneal. Relato do Caso75 anos, masculino, hérnia paraileostômica há 4 anos, umbilical há 20 anos e inguinal bilateral sem correção há 1 ano. Submetido a colecistectomia videolaparoscópica há 5 anos, colectomia total e ileostomia terminal há 4 anos. Há 3 anos derivação biliodigestiva hepático-jejunal por coledocolitíase primária e, há 1,5 anos, reconstrução do trânsito intestinal, evoluindo com hérnia paramediana direita, com orifício de 6 cm de diâmetro (Figura 1). Laparotomia, redução do conteúdo, lise de aderências com a parede, aposição e fixação de tela com grampos absorvíveis em todos os ângulos, da forma exagonal de sua estrutura, e nos intervalos. Tela macroporosa, parcialmente absorvível, com tecido que separa barreira de poliglecaprone 25 (ETHICON PHYSIOMESH? Open Flexible Composite Mesh Device). Fixações crânio-caudal, transfaciais, na linha mediana (Figura 2, 3). Fechamento da aponeurose com sutura contínua de poliglactina 910 (1-0). ConclusãoAté o 100º dia de pós operatório sem sinais de recidiva ou complicações. A fixação da tela requer atenção de modo que, ao final da sutura aponeurótica, não se abaula. A demarcação da linha média na tela orienta o posicionamento. A indicação precisa para essa técnica carece de estudos, no entanto, os preceitos da tela em posição intraperitoneal, associação de incisões prévias e múltiplos defeitos, parece-nos excelente indicação, sobretudo quando da dificuldade laparoscópica ou robótica.1. Holihan JL, et al. Mesh Location in Open Ventral Hernia Repair: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. World J Surg. 2015.2. SAGES Guidelines Committee. Guidelines for Laparoscopic Ventral Hernia Repair. <http://www.sages.org/publications/guidelines/guidelines-for-laparoscopic-ventral-hernia-repair/>. Accessed August 31, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA | PROTESE E IMPLANTES | CIRURGIA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1655

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia de Amyand - Série de Casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SUZANA MANUELA PEREIRA (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA), LUCAS FERNANDES BONAMIGO (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ - DR HOMERO DE MIRANDA GOMES), ANDRÉ LUIZ PARIZI MELLO (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ - DR HOMERO DE MIRANDA GOMES)

RESUMO: Objetivos: Descrever nossa experiência com Hérnia de Amyand para de auxiliar na investigação diagnóstica e escolha terapêutica. Materiais e métodos: Série de casos incluindo todos os pacientes com diagnóstico de Hérnia de Amyand de janeiro de 2015 a janeiro de 2017 no Hospital Regional de São José ? Dr Homero de Miranda Gomes, SC, Brasil. Os pacientes foram acompanhados durante sua internação hospitalar e consultas ambulatoriais. Resultados: 3 paciente foram acompanhados, 2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino, com idade variando entre 62 e 74 anos. Todos os pacientes possuíam hérnia inguinal indireta direita, com diagnóstico através de ultrassonografia ou tomografia computadorizada. O primeiro paciente apresentava apendicite aguda edematosa, segundo fase gangrenosa e o terceiro perforativa. Todos os paciente foram submetidos a apendicectomia via inguinotomia. A técnica de Bassini foi utilizada no primeiro paciente, evoluindo para recidiva local da hérnia. Nos demais foi usada técnica de Lichtenstein sem recidiva local. Os dois primeiros pacientes permaneceram internados por 2 dias após a cirurgia e o terceiro por 11 dias para tratar hematoma local. Conclusões: Não achamos complicações locais associadas com uso de tela inorgânica, mas a maioria dos autores não recomenda seu uso por associação com morbidades como infecção local, recidiva de hérnia e fístulas. Mais estudos são necessários para guiar o tratamento dessa condição clínica, uma vez que os resultados encontrados ainda são contraditórios. Referências Fonseca-Neto OCL da, Lucena RCC, Çacerda CM. Amyand's Hernia: inguinal hérnia with acute appendicitis. ABCD, arq. Bras. Cir. Dig. 2014 Dec ; 27(4) : 309-210] Ivanschuk G, Cesmevasi A, Sorenson EP, Blaak C, Loukas M Tubbs SR. Amyand's hernia: a review. Med Sci Monit. 2014 Jan 28;20:140-6 Michalinos A, Moris D, Vernadakis S. Amyand's hernia: a review. Am J Surg. 2014 Jun; 207(6) : 989-95. Pun A, Khatri R. left sided Amyand's hernia with sliding component. JNMA J Nepal Med Assoc. 2013 Jan-Mar ; 52 (189) : 285-7 Kinoo MS, Aboobakar MR, Singh B. Amyand's hernia: a serendipitous diagnosis. Case Rep Surg. 2013; 2013 : 125095. Goyal S, Goyal S. Amyand's hernia ? two case report along with review. JMR 2016; 2(3) : 55-56 Von-Mühlen B, Franzon O, Beduschi MG, Kruehl N, Lupselo D. Avaliação do escore de AIR para apendicite aguda. Arq Bras Cir Dig. 2015;28(3) : 171-173.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia de Amyand | Apendicite Aguda | Hérnia Inguinal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1662

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RAYANE CORREA DE ALMEIDA (UNESC), JOAO PAULO MOREIRA RIGUEIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), YARA OLIVEIRA ALVES (FAMEVAÇO), LUCAS ARANTES SIQUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As herniações possuem grande representatividade dentre as etiologias mais comum tratadas por cirurgias gerais. Destas, aproximadamente 75% ocorrem na região inguinal, sendo: hérnia incisionais correspondentes a 10% de todas as herniações abdominais, femorais a 3% e 5%-10% relativo às herniações menos comuns como lombares, Spiegel, dentre outras. A variante femoral é mais comum em mulheres, enquanto a incidência de hérnia inguinal em homens é muito maior do que no sexo feminino. acometendo um a cada quatro homens durante toda a vida. A herniação de Amyand refere-se a um apêndice inflamado ou não, ou mesmo perfurado compondo uma hérnia inguinal irreductível. Sendo, quando ocorre, quase invariavelmente diagnosticada como hérnia inguinal complicada. RELATO DE CASO: APS, 77 anos, masculino, branco, aposentado, apresentando tumoração em região inguinal direita, dolorosa e irreductível, com sinais de sofrimento local, porém sem sinais de obstrução intestinal. Realizado tratamento cirúrgico da herniação com abertura do saco herniário, evidenciando presença do apêndice em seu interior. Procedeu-se à apendicectomia, ressecção com ligadura alta do saco herniário e hernioplastia à Litchenstein. O paciente apresentou boa evolução pos-operatória com alta no segundo dia pós-cirúrgico. CONCLUSÃO: Claudius Amyand realizou a primeira apendicectomia em 1735 em um menino de 11 anos com apêndice perfurado dentro de uma hérnia inguinal encarcerada. Um saco herniário pode conter gordura, omento, intestino delgado ou cólon. Em aproximadamente 1% dos casos, foi relatada a presença do apêndice como integrante da herniação. Entre os fatores predisponentes para esta condição incluem um grau deficiente de rotação embriológica intestinal e a presença de ceco longo e móvel com extensão pélvica.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA DE AMYAND | APENCIDE | PAREDE ABDOMINAL

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1666

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE PETIT: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HIGOR SOUZA CARLECH (HOSPITAL MARCIO CUNHA), MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RAYANE CORREA DE ALMEIDA (UNESC), YARA OLIVEIRA ALVES (FAMEVAÇO), MATHEUS MARTINS OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As hérnias lombares são raras, com aproximadamente 400 casos descritos. São definidas como a extrusão de conteúdo intra ou retroperitoneal através de qualquer ponto da região lombar. Podem ser congênitas ou adquiridas, sendo referidas como espontâneas ou secundárias (traumáticas e incisionais). As adquiridas ocorrem em dois locais de maior fraqueza da parede lombar: triângulo lombar superior (Grynfelt) e inferior (Petit). O triângulo de Petit tem como base a crista ilíaca, como limite anterior a borda posterior do músculo oblíquo externo e como limite posterior a borda anterior do músculo grande dorsal. Seu assoalho é composto pela fáscia transversalis e os músculos oblíquo interno e transverso, podendo o primeiro, que responde pela principal contenção ao nível do trígono supracitado, apresentar alteração em seu ponto de inserção, que, ao invés de se situar no osso ilíaco, produz ponto de fraqueza nesta topografia. RELATO DE CASO: S.S.B., 67 anos, hígida. Relatou lombalgia discreta à esquerda de início há um ano associado a entumescimento lombar. Ao exame: tumoração lombar de aproximadamente 4 cm que sofria aumento volumétrico à manobra de Valsalva, com redutibilidade parcial. À palpação, verificava-se atrofia da musculatura do triângulo de Petit. Realizado tratamento cirúrgico. CONCLUSÃO: O tratamento cirúrgico precoce no tempo do diagnóstico é a escolha mais apropriada devido à segurança relativa à técnica cirúrgica, com muito baixa taxa de complicações descritas. O principal fator predisponente nas hérnias de Petit reside na não-inserção do músculo oblíquo interno na crista ilíaca, permanecendo apenas a fáscia transversalis, enfraquecendo esta topografia favorecendo a herniação. A história e exame físico frequentemente permitem o diagnóstico. O conteúdo herniário encontrado foi o saco herniário e gordura retroperitoneal, que foram identificados, dissecados e invaginados. Foi realizada rafia do orifício herniário com inserção da prótese sobre a fáscia transversalis e fixada nos músculos limítrofes e nas estruturas ósseas como a 12ª costela e a crista ilíaca conforme descrição de Alexandre. Existe grande dificuldade quanto a escolha da técnica ideal devido ao reduzido número de casos utilizados nas descrições da literatura e a falta de consenso. No caso aqui relatado utilizamos prótese de Marlex devido às estruturas músculo-aponeuróticas delgadas e grande exposição da fáscia transversalis, com bom resultado até o momento.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA | PAREDE LOMBAR | TRIANGULO DE PETIT

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1674

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lipoma Gigante: relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE), BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), NINA ROSA TENÓRIO LIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), NORTON NUNES DE LIMA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), RODRIGO SANTIAGO MOREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), FRANCIS ANDREW DA SILVA SOUSA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), VICTOR CARVALHO MACIEL GIRÃO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), RAISSA DE ALMEIDA MARTINS (HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - HR), THIAGO SOUZA E SILVA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV)

RESUMO: Introdução: Os lipomas são neoplasias benignas do tecido adiposo e os tumores mais frequentes de origem mesenquimal. Comumente são indolores, mas quando atingem grandes proporções podem desencadear uma série de sintomas e limitações funcionais, tais como linfedema e compressão extrínseca de estruturas. O crescimento de lipomas é incomum, pois seu tamanho costuma limitar-se a 2 cm de diâmetro, não ultrapassando 10 cm. É referido como gigante quando atinge mais de 10cm de diâmetro e quando pesa no mínimo 1000g. Relato de caso: SSL, sexo masculino, 34 anos, natural da cidade de Pombos, interior do estado de Pernambuco, apresentava tumoração com cerca de 25 cm e aumento progressivo ao longo de 10 anos. Paciente assintomático, com queixas exclusivamente estéticas. A massa era sólida, de consistência amolecida, indolor à palpação, sem presença de sopros e batimentos arteriais. Foi solicitada tomografia de abdome total, a qual evidenciou massa restrita ao tecido subcutâneo. Optou-se pela abordagem cirúrgica através de incisão elíptica em base de tumoração localizada no hipocôndrio esquerdo, seguida de dissecação com eletrocautério seguindo planos de clivagem e ressecção de toda a massa, a qual media 30cm x 30cm de aspecto lipomatoso recoberto por pele. O paciente evoluiu bem, recebendo no mesmo dia do procedimento cirúrgico. Conclusão: O presente relato revela a peculiaridade da apresentação dos lipomas, o qual, nesse caso, era gigante, o que é raramente encontrado na literatura, único, com 30 cm, em tecido subcutâneo de parede abdominal. A ausência de sintomas foi a principal responsável pela procura tardia de parecer médico.

PALAVRAS-CHAVES: lipoma gigante; parede abdominal; | neoplasia benigna; tecido adiposo | tumor mesenquimal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1816

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE AMYAND: UM DIFERENCIAL PARA ABDOME OBSTRUTIVO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JESSICA CAROLINE VAZ DOS SANTOS (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA ? UNIR), ROBERTO ANDRADE LIMA (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), CAIO FELIPE CAMILO IBIAPINO (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), 5GABRIEL CAMPOS NUNES FREIRE (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), THAYANE VIDON ROCHA PEREIRA (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), CARLOS FELIPE GONÇALVES RODRIGUES (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), PEDRO HENRIQUE DE MEDEIROS DUTRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL ? DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA / CIRURGIA GERAL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As hérnias inguinais são relativamente comuns e continuam o tipo mais comum de hérnias da parede abdominal. Componentes incomuns, como ovários e bexiga, podem estar presentes nas hérnias inguinais. A presença do apêndice vermiforme no saco herniático, entretanto, é constatada em apenas 1% dos casos e constitui a chamada Hérnia de Amyand, condição que pode ou não estar acompanhada de apendicite aguda. As complicações como apendicite ou perfuração do apêndice são raras, correspondendo a cerca 0,1% das Hérnias de Amyand. Em qualquer dos casos, o diagnóstico pré-operatório é raro. RELATO DO CASO: Paciente masculino, procedente de Rolim de Moura-RO admitido no pronto socorro com quadro de abdome agudo obstrutivo, queixando-se de dor mal caracterizada em região inguinal direita, parada de eliminação de gases e fezes há 2 dias, apresentando vários episódios de vômitos no período e aumento de um abaulamento abdominal pré-existente há 7 anos. Ao exame, abdome distendido e presença de sinais flogísticos locais. A radiografia simples de abdome evidenciou padrão obstrutivo, com nível líquido em fossa ilíaca direita. Aos exames laboratoriais, apresentava 15.600 leucócitos e 2 bastões. Submetido à inguinotomia direita, foi evidenciada uma hérnia direta, com saco herniário habitado pelo apêndice cecal necrosado e perfurado, com secreção purulenta local. Realizou-se apendicectomia e correção cirúrgica da hérnia inguinal direita pela técnica de Lichtenstein. Houve boa evolução pós-operatória, e o paciente permaneceu internado por 15 dias em tratamento de broncopneumonia. CONCLUSÃO: A hérnia de Amyand é uma condição rara e frequentemente não diagnosticada no pré-operatório. Sua suspeição, entretanto, é importante para motivar tratamento imediato e evitar complicações, levando em conta a possibilidade de apendicite aguda mascarada pelo quadro geral.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia de Amyand | Hérnia Inguinal | Abdome Obstrutivo

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1826

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Herniorrafia de Hérnia Inguinoescrotal Gigante

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL VICTOR CAMPOS FREIRE BARELA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), MARCÍLIO CARDOSO DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MANUELA GOMES DE AGUIAR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), RENANNA LYRA LIMA BARBALHO COUTINHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ARTHUR LUIZ NORTE GOMES PEREIRA ARARUNA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ROBERTO MORENO MENDONÇA (INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE NATAL)

RESUMO: Introdução: As Hérnias que ultrapassam o ponto médio da face interna da coxa são denominadas de Hérnias Inguinoescrotais Gigantes. Tais situações são raras e estão geralmente associadas a procrastinação da procura pelo serviço de saúde, já que seu desenvolvimento leva anos para atingir tal dimensão. A Hérnia Inguinal, com conteúdo do Apêndice, é denominada pela literatura como Hérnia de Amyand, a qual tem uma incidência de 1% na população quando não complicada. Esse relato tem como objetivo documentar o caso de um paciente do Hospital Municipal Santa Isabel, que apresentou uma Hérnia Inguinoescrotal Gigante à Direita, com presença de alças intestinais em saco herniário. Relato do caso: J.B.F., 77 anos, com queixa de massa herniária gigante há 15 anos, dolorosa ao esforço físico e aumento de tamanho nos últimos 05 anos. Além disso, a hérnia evoluiu com irreducibilidade há dois anos. O paciente foi submetido à Herniorrafia com secção e dissecação por planos e redução do saco herniário para dentro da cavidade abdominal, no dia 30/11/2016. Também houve diminuição no diâmetro do Anel Inguinal Interno e reforço da parede posterior abdominal, sem intercorrências no ato cirúrgico. Conclusão: Esse caso demonstrou a importância de maiores orientações sobre buscar atendimento à saúde e a relevância do procedimento cirúrgico em questão na melhora da qualidade de vida do paciente, o qual estava evoluindo com dor incapacitante aos esforços físicos há dois anos, prejudicando sua saudável senescência. Ademais, não podemos deixar de ressaltar a melhora estética e fisiológica que o procedimento lhe trouxe.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia Inguinoescrotal Gigante | Herniorrafia | Parede Posterior Abdominal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1834

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PREVALÊNCIA DE DOR CRÔNICA PÓS-HERNIOPLASTIA INGUINAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SIMONE CARVALHO FONTENELE GRAMOZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), ELIO RODRIGUES DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), JOÃO LISBOA DE FLORES NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), MARIANA PIMENTEL LOPES (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ), JULIANA CUNHA DA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), LUCAS DE DEUS SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI), GERMANO DE SOUSA LEÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar a prevalência de dor crônica nos pacientes submetidos à hernioplastia inguinal no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) no período de março de 2014 a maio de 2015, bem como, caracterizar a dor quanto à frequência, tipo e intensidade. MÉTODOS: Trata-se de um estudo transversal, descritivo e caráter quantitativo, no qual foram analisados os prontuários de 95 pacientes submetidos à hernioplastia inguinal no HU-UFPI no dado período. Na pesquisa foram incluídos pacientes submetidos a hernioplastia inguinal no centro cirúrgico do HU-UFPI. Foram excluídos desse estudo os pacientes que apresentavam sinais de encarceramento ou estrangulamento da hérnia inguinal no pré-operatório, além dos que não puderam retornar ao ambulatório e aqueles que o contato telefônico não foi possível. Os pacientes foram procurados e solicitados a responderem o questionário da pesquisa. Esse questionário continha 6 perguntas que analisavam a presença, frequência, caracterização, localização, intensidade e quantificação da dor. A abordagem aos pacientes foi feita no mínimo com 3 meses. A medida da frequência relativa e absoluta foi feita através do IBM SPSS Statistic 2015. Todos os pacientes incluídos foram esclarecidos sobre os objetivos do trabalho e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo foi autorizado pelo comitê de Ética da UFPI através de cadastro na Plataforma Brasil. RESULTADOS: Obteve-se resposta do questionário em 67 pacientes (70%), sendo 57 homens (85%) e 10 mulheres (15%), dos quais 13 (19,4%) afirmaram sentir dor e 15 (22,3%) apenas um desconforto na região operada. A frequência da dor na maioria dos pacientes foi "raramente", a intensidade mais comum foi "leve", o tipo mais relatado foi "em pontadas" e a localização mais em evidência foi em volta da ferida operatória. Houve apenas 01 (um) paciente que apresentou recorrência da hérnia inguinal. CONCLUSÃO: O presente estudo teve uma alta prevalência de dor crônica em pacientes submetidos à hernioplastia inguinal, dado de grande valor para que se promova uma maior vigilância aos fatores de risco e assim, uma redução dessa complicação pós-operatória. BIBLIOGRAFIA: Gabriel Sandblom. Is chronic post-herniorrhaphy pain always chronic? A literature Review. Journal of Pain Research 2015; 8:241-245. Martin F, Andrea L, Parviz K, David C. Pain control following inguinal herniorrhaphy: current perspectives. Journal of Pain Research 2014; 7: 277-290

PALAVRAS-CHAVES: HERNIOPLASTIA | DÔR CRÔNICA | HERNIA INGUINAL

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1850

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE GRYNFELTT COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALESSANDRO XAVIER MOURA (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ), DENNIS BAIRD DAVISON ROBERTONI (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI), ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUSA (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI), RICARDO VIEIRA ZERATI (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI), HENRIQUE VIVI BUZO (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI), MARIANA FERNANDES INACIO (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI), FELIPE LOPES (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI), TAUJA LOURENZO CUNHA E CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Hérnias lombares são a protrusão de conteúdo intra-abdominal através de uma fraqueza na parede abdominal posterior. Embora anatomicamente situada na região posterior são classificadas como um tipo de hérnia da parede abdominal. São divididas com base na topografia anatômica, localizando-se nas regiões superior (triângulo de Grynfeltt) ou inferior (triângulo de Petit). Apresentam-se com cerca de 300 casos relatados na literatura desde que foi pela primeira vez descrita em 1672. Predominam no sexo masculino, unilateralmente, a esquerda e no triângulo lombar superior. O quadro clínico consiste em uma protrusão semiesférica na região lombar que aumenta de tamanho com o aumento da pressão local (tosse, atividade extenuante) pode ser acompanhado de náuseas, vômitos e dor à palpação. Pode apresentar como complicações: alça intestinal encarcerada ou estrangulada, isquemia ou perfuração intestinal. O diagnóstico ocorre através da suspeita clínica, exame físico e exames de imagem. O tratamento consiste na reparação cirúrgica. RELATO DO CASO: N.A.N., feminino, 69 anos, admitida no Hospital São Vicente de Paulo de Jundiaí com dor e abaulamento em região lombar esquerda há 10 horas, sem outras queixas. Refere hábito intestinal previamente normal, sem alterações de trânsito ou parada de eliminação de flatos ou fezes. Nega Febre. Refere quadro semelhante há 2 anos com melhora espontânea após uso de analgésicos. Hipertensa, hipotireoidea, antecedente de arritmia, correção de hérnia lombar a direita há 22 anos e umbilical há 18 anos. Ao exame físico, presença de cicatriz de correção de hérnia em região periumbilical e lombar direita. À região lombar esquerda notava-se abaulamento da região, em grande volume, com ruídos hidroaéreos, indolor a palpação, irreduzível e endurecida, sem sinais flogísticos. O abdôme apresentava-se globoso, com ruídos hidroaéreos diminuídos, indolor a palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Submetida a exames laboratoriais e de imagem, confirmando hérnia lombar superior a esquerda. CONCLUSÃO: Ao identificar a presença de hérnias lombares o objetivo é eliminar o defeito e reconstruir cirurgicamente uma parede abdominal que possa resistir aos estresses futuros. Duas possíveis técnicas são a abordagem direta aberta com uma incisão cutânea sobre o local da hérnia e a abordagem laparoscópica. O cirurgião deve escolher a abordagem de acordo com sua experiência e conhecimento da técnica. No presente caso foi optado pela abordagem direta.

PALAVRAS-CHAVES: PAREDE ABDOMINAL | HERNIA LOMBAR | GRYNFELTT

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1853

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hernia inguinal com apendicite aguda em seu interior - Hernia de Amyand relato de 4 casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI (CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), EDUARDO RUZZANTE PINHEIRO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), MARILIA COLTURATO CLETO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS)

RESUMO: A hernia de Amyand(HA) é a presença do apendice cecal em uma hernia inguinal. O objetivo deste trabalho é relatar o quadro clínico, diagnóstico e tratamento de uma série de 4 casos onde esta situação apresentava-se complicada com apendicite, entidade ainda mais rara com incidência de 0,13% das hérnias. Seu quadro clínico usual é semelhante a uma hernia encarcerada/estragulada e, portanto, torna-se muito difícil o diagnóstico pré-operatório, embora os exames de imagens sejam grandes auxiliares. O tratamento incluiu juntamente com a apendicectomia o reparo da hernia inguinal com tela. A hernia de Amyand geralmente tem bom prognóstico, embora tenham sido relatados casos graves. Os cirurgiões devem estar preparados se encontrarem a HA visto que o tratamento apropriado assegura a reparação da hernia juntamente com a apendicectomia quando há inflamação do apendice.

PALAVRAS-CHAVES: apendicite | hernia | apendicectomia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1942

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DA EQUIPE MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CURITIBA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENAN FERNANDO FERREIRA ALVES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANA), LUIZ CARLOS VON BAHTEN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), PAULO AFONSO LOPES LANGE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), HERICK MUNIZ NEQUER SOARES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ)

RESUMO: Fundamentos: A Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) é uma grave complicação advinda do aumento extremo e sustentado da Pressão Intra-abdominal (PIA), responsável por significativa morbidade e mortalidade, podendo levar a manifestações clínicas, neurológicas, cardiovasculares, pulmonares, renais, hepáticas e gastrointestinais adversas. O diagnóstico confiável de SCA deve ser realizado de acordo com os critérios preconizados pela World Society of the Abdominal Compartment Syndrome (WSACS), por meio da mensuração da pressão intra-abdominal. Objetivo: Identificar o conhecimento dos médicos relacionados a hipertensão intra-abdominal (HIA) e SCA e comparar com a conduta estabelecida na literatura. Método: Estudo quantitativo descritivo, observacional, transversal. Foram entrevistados 38 médicos por meio de um questionário com perguntas objetivas auto-aplicado. O estudo foi realizado em um hospital universitário, de referência terciária localizado em Curitiba. Resultados: A média de idade dos participantes foi de 28anos,60,5% eram do sexo feminino, e o tempo médio de experiência médica de 3,5 anos. Em relação ao conhecimento sobre o tema: 57,9% consideram que a SCA se inicia na HIA grau III, 50% consideraram a pressão de perfusão abdominal (PPA) o método mais fidedigno para determinar HIA, 89,4% consideraram a técnica de aferição intravesical como a mais utilizada, 71,1% consideraram a oligúria o sinal precoce de SCA. Não mensuravam a PIA 81,6% dos entrevistados, por não haver protocolo definido pelo serviço. Setenta e nove por cento dos entrevistados afirmaram não conhecer as definições do consenso do WSACS. Conclusão: Metade dos médicos é capaz de classificar Hipertensão Intra-Abdominal e indicar o início de um quadro de síndrome compartimental abdominal corretamente.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome Compartimental Abdominal|Hipertensão Intra-abdominal|Pressão de Perfusão abdominal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1997

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HERNORRAFIA INGUINAL BILATERA SIMULTÂNEA A HERNIORRAFIA UMBILICAL EM PACIENTE DE 54 ANOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC ARAGUAINA), BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA), ARIEL HERNANDEZ GUTIERREZ (PAM DE RIO BOM), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC ARAGUAINA), TATIANY PAES DA SILVA (UBS SAO BRAZ DE PIAUI), YURI GUILHEM RACHID JAUDY (ITPAC ARAGUAINA), FELIPE GUIMARAES DELGADO (ITPAC ARAGUAINA), JHONATA DE SOUZA MACIEL (ITPAC ARAGUAINA)

RESUMO: Introdução: As hérnias de parede abdominal são patologias cirúrgicas prevalentes na população geral. As hérnias inguinais são as mais comuns, ocorrendo em aproximadamente 1,5% da população geral. Como principais fatores de risco estão a fragilidade da parede abdominal e o aumento da pressão abdominal, como a tosse em pacientes tabagistas ou com doença pulmonar obstrutiva crônica, história familiar e a constipação intestinal. As hérnias inguinais bilaterais são mais raras, acometendo cerca de 12% dos pacientes. Já as hérnias umbilicais correspondem somente a 5% das hérnias de parede abdominal em adultos. Na literatura consultada, há uma escassez de trabalhos que relatem a concomitância de hérnias inguinais bilaterais e hérnia umbilical, e mais incomum ainda se torna reparo cirúrgico simultâneo utilizando técnicas diferentes como relataremos em diante. Relato de caso: Paciente, masculino, 54 anos, hipertenso, sem outras comorbidades, se apresenta no ambulatório de cirurgia geral com queixa de tumoração abdominal periumbilical e inguinais bilaterais há aproximadamente 15 anos. Durante o exame físico foi comprovado a existência de hérnias inguinais bilaterais, sendo indireta do lado direito, com conteúdo herniário no saco escrotal e direta do lado esquerdo, comprovado mediante a Manobra de Landivar. Também apresentava hérnia umbilical de fácil comprovação devido a abaulamento na região umbilical que aumentava a valsalva. Após realização de exames pre-operatórios o paciente foi encaminhado para cirurgia eletiva a qual foi realizada segundo segue: incisões para-inguinais bilaterais; do lado esquerdo, para a hérnia inguinal direta se realizou ligadura alta de saco e reparação da parede posterior segundo a técnica de Bassini, para a hérnia indireta do lado esquerdo, foi realizada a redução do saco, e reparada a parede posterior segundo técnica de Shouldice. O reparo da hérnia umbilical, que apresentava epiplon encarcerado no saco herniário, foi realizada segundo a técnica de Mayo. Não houve necessidade de colocação de tela para nenhuma das herniorrafias. O paciente evoluiu bem, com alta hospitalar no segundo dia pos-operatório. Conclusão: O relato traz aspectos incomuns da prática cirúrgica convencional, desde a apresentação rara de hérnias inguinais bilaterais e umbilicais simultâneas em paciente sem história de fatores de risco clássicos associados, até reparo cirúrgico atípico concomitante das hérnias de parede abdominal, com uma evolução favorável do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Hernia inguinal|hérnia umbilical|herniorrafia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2056

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Fístula enterocutânea espontânea em hérnia incisional domiciliada.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ LAÉRCIO DE ARAÚJO FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), CAROLINA DA SILVA GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), THIAGO DE SOUZA PERUSSOLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), PAULA SOTORIVA COELHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), SÁVIO LUIZ SANTOS LOPES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), IAN DA MOTA HERNANDEZ (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), GUSTAVO DE OLIVEIRA GONÇALVES (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), THALES DE SOUZA ISRAEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Introdução: Uma fístula é uma comunicação anormal entre duas superfícies epitelizadas, constituem complicações, por vezes, de alta gravidade; uma fístula enterocutânea (FEC) é uma comunicação anormal entre o intestino e a pele. Costuma ser uma complicação observada após cirurgias, cerca de 95% foram de pós-operatório, os outros 5% são consideradas espontâneas quando surgem de irradiação, doença inflamatória intestinal, doença diverticular, apendicite, isquemia intestinal, perfuração de úlcera péptica gastroduodenal e neoplasias ginecológicas. Com a terapia de suporte, o fechamento espontâneo ocorre em quase 70% dos pacientes. Relato de caso: M.E.O.S, mulher, 55 anos, negra, casada, do lar e hipertensa, admitida no setor de emergência com queixa de dor abdominal e febre. Apresentava hérnia incisional em região hipogástrica volumosa domiciliada, com sinais flogísticos e saída de secreção de odor fétido. Relata que convive com a patologia há 10 anos, mas piorou nos últimos 2 meses. Relata cirurgia prévia de histerectomia total abdominal com incisão infraumbilical há 10 anos. Ao exame físico a paciente se encontrava com abdome globoso, flácido, doloroso a palpação em andar inferior, sem sinais de irritação peritoneal. Em exames de entrada, constatado leucocitose, neutrofilia e anemia. À Tomografia Computadorizada de abdome evidenciou uma hérnia incisional domiciliada com formação de fístula enterocutânea de alto débito (>500ml/dia) e fascite necrosante da parede abdominal. Realizado desbridamento de tecido desvitalizado e controle de débito de fístula e antibioticoterapia. Indicado NPT para tratamento de fístula, porém sem resultado satisfatório. Indicado cirurgia para correção da hérnia incisional e reparo da fístula. A paciente evoluiu no pós-operatório imediato sem intercorrências, recebendo alta após 5 dias, recebendo dieta oral e com retorno das funções fisiológicas. Conclusão: A fístula enterocutânea é um evento incomum na forma espontânea. A terapia convencional na fase inicial é sempre conservadora e a terapia cirúrgica na admissão é contra-indicada, geralmente aguardam de três a quatro semanas porque a maioria das FECs se fecham espontaneamente com a terapia conservadora. No entanto, os pacientes com FEC com fatores adversos, como uma fístula de alto débito pode requerer intervenção cirúrgica precoce. O quadro da paciente estava associado a um quadro avançado que já causava uma Hérnia incisional, sendo necessária uma intervenção mais precoce.

PALAVRAS-CHAVES: Fístula|Enterocutânea|Hérnia incisional

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2073

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Evisceração espontânea em escroto por hérnia inguinal cronicamente encarcerada

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCUS FELIPE GONÇALVES FEITOSA (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), FERNANDES TAVARES ANDRADE (HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE), PAULO VICENTE DOS SANTOS FILHO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES), BEATRIZ SANTOS TEIXEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), MARIANA WILLES SANTANA SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), MILENA GUIMARÃES LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), NAZARETH FERREIRA BUENO (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Introdução: A hérnia inguinal é uma das patologias mais frequentes na prática do cirurgião geral. Atualmente, grande parte dos pacientes que procuram o atendimento destes profissionais apresentam hérnias de pequenas dimensões, por vezes assintomáticas, fato que torna cada vez mais raro o diagnóstico de hérnias inguino-escrotais gigantes. Relato do caso: Paciente do gênero masculino, 84 anos, hipertenso, foi atendido no serviço de urgência do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), com queixa de evisceração de alças intestinais pelo escroto enquanto dormia, associado a vômitos. Referiu surgimento de abaulamento em região inguinal direita há 24 anos, com herniação para escroto há 10 anos e encarceramento há 16 meses. Relatou que há 3 meses surgiram duas úlceras em pele do escroto. Mantinha dejeções diárias. Ao exame físico apresentava hérnia inguino-escrotal primária gigante, com evisceração de cerca de 30 cm de alça de intestino delgado por orifício de úlcera em região lateral superior direita do escroto. O mesmo apresenta-se edemaciado e com outra úlcera na sua face inferior direita. Foi indicado o tratamento cirúrgico de urgência, sendo submetido a inguinotomia à direita. O conteúdo intestinal foi reduzido para a região inguinal e durante esta manobra houve uma pequena perfuração em íleo terminal, que foi reparada com síntese em dois planos. Foi realizado um inventário das alças e estas se mostraram viáveis sem sinais de isquemia ou necrose. O apêndice cecal apresentava-se hiperemiado, sendo indicada a apendicectomia. Após a lavagem exaustiva das alças com soro fisiológico, estas foram reduzidas para a cavidade abdominal pela incisão. Foi realizada a reconstituição do assoalho da região inguinal, identificado o cordão espermático, tratado o saco herniário e realizado o reparo pela técnica de Bassini, em virtude da contaminação local. Realizada a síntese por planos da região inguinal e sutura do escroto com colocação de dreno de penrose. Paciente evoluiu no 1º DPO com distensão abdominal, com ruídos hidroaéreos débeis, normotenso e normocárdico, com edema em escroto e saída de líquido serosanguinolento pelo dreno. No 2º DPO evoluiu com dispneia importante, queda da saturação de oxigênio, sendo indicada o suporte com ventilação mecânica, porém o paciente evoluiu para óbito em 1 hora. Conclusão: Foi descrito o relato de um caso extremamente raro de evisceração espontânea de alças intestinais por escroto.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia inguinal | Herniorrafia | Evisceração

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2079

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABORDAGEM CIRÚRGICA DE HÉRNIA DE SPIEGEL COM PRÓTESE PRÉ-PERITONEAL: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FABIOLLA MARIA MARTINS COSTA (UNIVERSIDADE CEUMA), LETÍCIA REZENDE DA SILVA SOBRAL (UNIVERSIDADE CEUMA), ANA NILZA LINS SILVA (UNIVERSIDADE CEUMA), ISAAC RUBENS BRITTO DIAS NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), CARINA BRAÚNA LEITE (UNIVERSIDADE CEUMA), DOMINGOS DA SILVA COSTA (UNIVERSIDADE CEUMA), SÁDINA MAYARA DOS SANTOS OLIVEIRA (UNIVERSIDADE CEUMA), DÉBORA PINHEIRO DE ANDRADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As hérnias de Spiegel se caracterizam por serem um tipo de hérnia rara da parede abdominal, correspondendo a apenas 1% das hérnias da parede abdominais, e, apesar de serem bem descritas, possuem somente cerca de 1.000 casos relatados na literatura médica. Decorrem da fraqueza congênita ou adquirida na parede abdominal, numa área denominada fáschia spigeliana, que é constituída pela camada aponeurótica limitada medialmente pelo reto abdominal e lateralmente pela linha arqueada. Representam um desafio diagnóstico, considerando-se que em geral se apresentam apenas com dor localizada e sem protrusão abdominal. O tratamento cirúrgico, seja aberto ou laparoscópico, se impõe diante do elevado risco de estrangulamento, devido ao estreito colo que em geral apresentam. RELATO DO CASO: M. R. S. C., 60 anos, sexo feminino, casada, doméstica, foi admitida com queixa de massa abdominal dolorosa em fossa ilíaca esquerda. De história mórbida progressiva, relatava hipertensão arterial sistêmica havia 5 anos em tratamento. História mórbida familiar era sem particularidades. Ao exame encontrava-se em bom estado geral, normocorada, hidratada, eupnêica, afebril, normotensa, 88bpm, 16rpm. O abdome encontrava-se globoso, flácido, presença de massa endurecida em fossa ilíaca esquerda, irreductível, fixa e dolorosa à palpação superficial e profunda. Apresentava 10.500/mm³ de leucócitos e 2% de bastonetes. Os demais exames laboratoriais encontravam-se normais. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico aberto, com correção do defeito herniário com tela de polipropileno em posicionamento pré-peritoneal. Em acompanhamento ambulatorial, não se observaram sinais de recidiva. CONCLUSÃO: A hérnia de Spiegel é uma patologia de difícil diagnóstico por múltiplos motivos, entre eles: sintomatologia inespecífica e escassa, difícil palpação na posição de decúbito, frequente coexistência de obesidade e raridade do quadro, sem contar que hérnias localizadas mais abaixo confundem-se com hérnias inguinais. Há poucas publicações sobre esse assunto na literatura brasileira. O diagnóstico pré-operatório correto conta com a experiência médica e com procedimentos diagnósticos apropriados, porém não é infrequente o diagnóstico só ocorrer no ato cirúrgico. É necessário manter-se alerta sobre a existência deste tipo específico de hérnia, já que, por mais que seja rara, apresenta importante risco de estrangulamento do conteúdo nelas presentes, sendo mandatório tratamento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: hernia de spiegel | hernioplastia | prótese pré-peritoneal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2084

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL MORFOLÓGICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS HÉRNIAS INCISIONAIS DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO MÉDICO DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO VENANCIO DE CARVALHO (ISCMSP), RENAN LUIS SASAKI (ISCMSP), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (ISCMSP), SERGIO ROLL (ISCMSP), ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR. (ISCMSP), VICTOR SERGIO STOCKLER BRUSCAGIN (ISCMSP), CARLOS JOSÉ LAZZARINI MENDES (ISCMSP), MAURICE YOUSSEF FRANCIS (ISCMSP)

RESUMO: OBJETIVO O objetivo do estudo é delinear o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de hernia incisional e os fatores preditivos que possam determinar maior risco para a incidência de hernia incisional. MÉTODOS Os dados serão coletados de maneira prospectiva no ambulatório do grupo de parede abdominal da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em pacientes portadores de hérnia incisional da parede abdominal. As variáveis analisadas serão: Sexo, Idade, Procedimento cirúrgico inicial, Se caráter emergencial ou eletivo, Tempo do procedimento inicial, Complicações na ferida operatória, Tempo evolução da hérnia, Índice de massa corpórea, Presença de comorbidades. RESULTADOS Com os dados levantados no ambulatório da Santa Casa percebemos que o perfil epidemiológico do paciente portador de hérnia incisional é: Sexo feminino Pós cirurgia de emergência Imc médio de 30 Tabagista ou ex-tabagista em aproximadamente 40% dos casos. CONCLUSÃO Percebe-se a importância da identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de uma hérnia incisional tanto no paciente pré quanto no pós operatório para, assim, tentarmos evitar o seu aparecimento ou conduzirmos da melhor forma seu tratamento. BIBLIOGRAFIA 1. F. E. Muysoms. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia* 2009;2. Voeller GR. Innovations in ventral hernia repair. *Surg Technol Int* 2007;16:117-123. Jacobus Willem Annes Burger. *Incisional Hernia: Etiology, Prevention and Treatment*, 1 ed. : ; 2006. 4. Hoer J, Lawong G, Klinge U, Schumpelick V. Factors influencing the development of incisional hernia. A retrospective study of 2,983 laparotomy patients over a period of 10 years. *Chirurg*. 2002;73: 474-80. 5. Sørensen LT, Hemmingsen UB, Kirkeby LT, Kallehave F, Jørgensen LN. Smoking is a risk factor for incisional hernia. *Arch Surg* 2005; 140(2): 6. Adell-Carceller R, Segarra-Soria MA, Pellicer-Castell V, Marcote-Valdivieso E, Gamón-Giner R, Martín-Franco MA, Ibáñez-Palacin F, Torner-Pardo A. Incisional hernia in colorectal cancer surgery. Associated risk factors. *Cir Esp* 2006; 79(1): 7. Diener MK, Voss S, Jensen K, Buchler MW, Seiler CM. Elective midline laparotomy closure: the INLINE systematic review and meta-analysis. *Ann Surg*. 2010; 251: 843-8. Seiler CM, Bruckner T, Diener MK, Pappan A, Golcher H, Seidlmayer C, et al. Interrupted or continuous slowly absorbable sutures for closure of primary elective midline abdominal incisions: a multicenter randomized trial (INSECT). *Ann Surg*. 2009; 249: 576

PALAVRAS-CHAVES: Parede Abdominal | Hérnia Incisional | Santa Casa de São Paulo

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2086

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HERNIA DE AMYAND: ABORDAGENS CIRÚRGICAS - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUTEMBERG GONÇALVES LOURA (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO - BA), CICERO DIEGO DE CASTRO SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), LARISSA RICCIO TEIXEIRA CEITA (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), GÉSSICA PEREIRA GOMES (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), ITALO MASCARENHAS C MENEZES (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), LEONARDO CORDEIRO MENDES (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), MURILO MARTINS VIEIRA DE FARIA (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO), FREDY LUIZ COELHO DE CASTRO (HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO)

RESUMO: Introdução: Hérnia de Amyand é um tipo raro de hérnia inguinal, definida pela presença de apêndice cecal no saco herniário, estando acompanhada ou não de quadro de apendicite. Pode apresentar-se como uma protrusão inguinal ou inchaço inguinoescrotal e geralmente é diagnosticada como hérnia inguinal estrangulada ou irreductível. Foi relatada pela primeira vez em 1731, pelo francês, Rene Jacques Croissant de Garangeot, porém, coube ao cirurgião inglês, Claudius Amyand, a realização, em 1735, da primeira apendicectomia exitosa por apêndice perfurado dentro de um saco herniário inguinal encarcerado, acarretando na denominação desta condição em sua homenagem. Relato de caso: Paciente masculino, 45 anos, pardo, agricultor, deu entrada no serviço de emergência do Hospital Regional de Juazeiro (HRJ), em Juazeiro/BA, com quadro de dor e abaulamento em fossa ilíaca direita (FID) associada a distensão abdominal, náusea vômitos e parada de eliminação de fezes e flatos há cerca de 4 dias da admissão. Ao exame, evidenciado abaulamento doloroso e não redutível em região inguinal direita. Antecedente de hernioplastia inguinal direita há cerca de 15 anos. Submetido a procedimento cirúrgico sob raquianestesia, realizada incisão oblíqua em região inguinal direita; observada hérnia inguinal indireta com grande saco herniário contendo epíplon, ceco e apêndice cecal; todas as estruturas sem evidências de sofrimento vascular. Realizada ampliação de anel inguinal interno e redução do conteúdo herniado, não sendo realizada apendicectomia. Procedida a secção e ligadura alta do saco herniário e reforço do anel inguinal seguida de aposição de tela de polipropileno, e correção da hérnia pela técnica de lichtenstein. Paciente evoluiu em pós operatório com íleo adinâmico, sem outras complicações. Recebeu alta no quarto dia de pós operatório assintomático, com normalização de transito intestinal. Retornou ao ambulatório após 15 e 45 dias da alta médica, sem queixas e com evolução favorável. Conclusão: A abordagem cirúrgica baseia-se no estado do apêndice vermiforme. Embora a apendicectomia não seja procedimento de rotina, em casos de apendicite aguda ou nos quais o estado inflamatório adere o apêndice à superfície do saco da hérnia, uma apendicectomia torna-se necessária. A rápida identificação e bordagem são determinantes no sucesso terapêutico e diminuem sobremaneira o risco de complicações sépticas e desfechos desfavoráveis.

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA DE AMYAND | HERNIOPLASTIA | APENDICECTOMIA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2099

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Inguinodinia em pacientes submetidos a hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO GARCIA DIAS (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), MARCUS FELIPE GONÇALVES FEITOSA (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), DIEGO MARQUES FERNANDES (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), PAULO VICENTE DOS SANTOS FILHO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES), MICHEL LUIZ OLIVEIRA ANDRADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), RAFAEL ADAILTON DOS SANTOS JUNIOR (UNIVERSIDADE TIRADENTES), TIAGO DA SILVA NUNES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), VALDINALDO ARAGAO DE MELO (COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES)

RESUMO: Introdução: O desenvolvimento das técnicas de reparo livre de tensão possibilitou a diminuição das taxas de recidivas de hérnias inguinais, anteriormente consideradas a principal complicação pós-operatória. Em contrapartida, vem se notando um aumento da incidência e dos relatos de dor inguinal crônica - também chamada inguinodinia - e por esse motivo, tem sido considerada atualmente a complicação de maior importância no pós-operatório das hérnias inguinais. A cronicidade é geralmente definida por um período de dor de três meses, no entanto, na inguinodinia devido aos processos inflamatórios pós-operatórios, é definida após um período mínimo de seis meses. Sua etiologia é multifatorial, podendo ser causada por dano a um ou mais nervos da região inguinal, repercutindo em uma dor do tipo neuropática e/ou devido o processo inflamatório decorrente do uso de tela ou relacionada a outros fatores, resultando em dor somática. Objetivo: avaliar a incidência de dor crônica e o seu impacto na qualidade de vida de pacientes submetidos à hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein na Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia localizada na cidade de Aracaju, Estado de Sergipe, Brasil. Método: trata-se de estudo transversal descritivo, no qual foram rastreados nos arquivos hospitalares pacientes operados de hérnia inguinal pela técnica convencional sob anestesia raquidiana, no período de fevereiro de 2013 a fevereiro de 2015, e que já haviam completado seis meses de pós-operatório. Os selecionados foram questionados sobre a presença de dor inguinal crônica e caso confirmada, convidados a uma consulta na qual foi feita análise da qualidade da dor e seu impacto na qualidade de vida. Resultados: do total de 158 pacientes submetidos ao procedimento, 7,6% foram identificados como portadores de inguinodinia. Destes houve impacto na qualidade de vida em 25%. Conclusões: observou-se incidência de inguinodinia pós-hernioplastia e repercussão na qualidade de vida semelhante à literatura mundial e evidenciou-se necessidade de acompanhamento rigoroso no pós-operatório dos pacientes submetidos a esse procedimento.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia inguinal | Dor crônica | Herniorrafia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2109

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Endometriose Umbilical: relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MICHELLY SAMPAIO BONATES DURANS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), ARTUR SERRA NETO (HUUFMA), ADRIANA CARNEIRO CORRÊA NASCIMENTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), WALDIR DA SILVA CASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), ANA GISELIA PORTELA DE ARAUJO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), LISEANA DE OLIVEIRA BARBOSA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), ROCLIDES CASTRO DE LIMA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO)

RESUMO: Introdução: A endometriose é uma doença ginecológica benigna comum definida como a presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina. A prevalência de endometriose umbilical (EU) não é conhecida, mas é uma desordem rara. A incidência dessa doença é estimada em torno de 0,5 a 1% de todos os casos de endometriose extragenital (2). A apresentação clínica típica é um nódulo discreto, roxo azulado no umbigo, que se torna edemaciado, doloroso e sangra concomitantemente com a menstruação. Caso Clínico: Paciente de 46 anos, feminino, que iniciou quadro de abaulamento na região umbilical durante gestação em 2009, indolor, que regrediu após o parto cesariano. Refere que há 4 meses o abaulamento evoluiu com aumento progressivo, tornou-se doloroso e com drenagem de secreção hemática concomitante com o período menstrual. A paciente negava sintomas de endometriose pélvica como dismenorréia, dor abdominal ou dispareunia. Ela não estava utilizando anticoncepcionais e tinha ciclo menstrual regular. O exame físico revelou uma massa firme, localizada na cicatriz umbilical, coberto por pele marrom violácea, dolorosa a palpação, com drenagem espontânea de secreção serohemática. A massa era irreduzível, porém palpava-se anel herniário de aproximadamente 2cm. Paciente apresentava cicatriz de Pfannenstiel sem alterações e o restante do exame físico não demonstrou massas abdominais, linfadenopatia ou visceromegalias. A Ultrassonografia demonstrou presença de nódulo sólido cístico de cicatriz umbilical. A excisão da nodulação mais correção da hérnia foram realizadas sob raqui-anestesia. Foi realizada incisão circular no umbigo, retirando o conteúdo em bloco até a aponeurose, com identificação do anel herniário de aproximadamente 1,5cm com presença de gordura pré-peritoneal. Realizada sutura simples do anel, sem uso de tela. A análise histopatológica confirmou a suspeita clínica de endometriose umbilical. A paciente teve evolução favorável, recebendo alta hospitalar no primeiro dia após a cirurgia. Segue em acompanhamento ambulatorial sem sinais de recorrência até o momento. Conclusão: Endometriose umbilical deve ser suspeitada no diagnóstico de massas umbilicais, especialmente em mulheres com história de cirurgias pélvicas prévias. Este representa um caso típico de endometriose com sinais e sintomas clássicos. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica e geralmente tem desfecho favorável.

PALAVRAS-CHAVES: endometriosis|abdominal wall|surgery

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2112

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia incisional gigante

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA DE CARVALHO ROCHA (UNIFOA), MARIANA ARAGÃO BARQUETTE ABRAHÃO (UNIFOA), CAIO VIEIRA GRANATO (UNIFOA), ÍTALO BRUNO DO NASCIMENTO MOURA (UNIFOA), PATRICK SILVEIRA GUIMARÃES (UNIFOA), GUILHERME HENRIQUE NOVAES DE SOUZA (UNIFOA), CRISTINA RIBEIRO DIAS BARROSO (UNIFOA), ELIANE CAMARGO DE JESUS (UNIFOA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Hérnia da parede abdominal (HIA) pode ser definida por um defeito na continuidade músculo-aponeurótica, permitindo a passagem de órgãos ou estruturas da cavidade abdominal, mantida a integridade da pele e do peritônio. A HIA é uma complicação comum, ocorrendo após cerca de 15% das cirurgias abdominais. Segundo a classificação de Chevrel e Rath, hérnias abdominais gigantes são aquelas com largura acima de 15cm, ocorrendo principalmente nas incisões medianas. São fatores predisponentes para as HIA os de ordem técnica, relacionados à cirurgia prévia, como sutura realizada de maneira inapropriada, e os ligados ao paciente, como diabetes mellitus, obesidade, anemia e deficiência vitamínica. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 61 anos, obeso, renal crônico, portador de leucodermia e com história prévia de cirurgia com ressecção intestinal e colostomia, por possível neoplasia de cólon, seguida de posterior reconstrução do trânsito intestinal há 3 anos. Procura serviço de cirurgia geral devido à hérnia incisional volumosa com perda de domicílio. Possui bolsa de colostomia em região de hipocôndrio direito. Nega etilismo ou tabagismo. Em tomografia de abdome realizada no ano anterior foi evidenciada diástase do músculo reto abdominal com cerca de 17cm, apresentando herniação de segmentos de alças e gordura peritoneal. Em virtude do tamanho do anel herniário e da obesidade do paciente, foi realizada hernioplastia incisional com uso de tela especial Sepramesh? IP Composite, composta de polipropileno monofilamentar do lado parietal e de hidrogel biorreabsorvível do lado visceral, com tamanho de 30,5 x 35,6cm, fixada abaixo do plano subcutâneo. O paciente evoluiu favoravelmente no pós-operatório, que transcorreu sem intercorrências. Após alta hospitalar o acompanhamento passou a ser ambulatorial. **CONCLUSÃO:** A correção de HIA é umas das cirurgias mais comumente realizadas. A tendência habitual das HIA é a de aumentarem progressivamente, acarretando em aumento das complicações e das dificuldades técnicas na sua correção. A hérnia incisional gigante com perda de domicílio possui grande potencial de complicações relacionadas ao seu reparo, como a síndrome compartimental abdominal, caracterizada pela hipertensão abdominal associada à redução do retorno venoso, diurese e queda do padrão ventilatório, podendo ser fatal. Além disso, a necessidade de grandes próteses leva a inconvenientes como a não retomada da complacência e elasticidade normais da parede abdominal.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia incisional | Hérnia incisional abdominal | Hérnia incisional gigante

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2117

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A LAPAROTOMIA INFRAUMBILICAL MEDIANA COMO VIA DE ACESSO EM ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BEATRIZ MONTEIRO PEREIRA (UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO - UNIFENAS), JOAO BATISTA VIEIRA DE CARVALHO (UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO - UNIFENAS), ALINE STIVANIN TEIXEIRA (UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO - UNIFENAS), KEYFANNE DELMONDEZ OLIVEIRA (UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO - UNIFENAS), DIEGO FURTADO DA CUNHA (UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO - UNIFENAS), NAYHAN ANDRADE DOS SANTOS (UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO - UNIFENAS), HELOISA PAIVA DA SILVA PALOMBO (UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO - UNIFENAS), LARA VARINI SOARES (UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO - UNIFENAS)

RESUMO: OBJETIVO Discutir a indicação da laparotomia mediana infraumbilical como via de acesso cirúrgico no abdome agudo inflamatório e comparar com as incisões clássicas de acesso ao apêndice na apendicite aguda. MÉTODO Apresentação revisão de caso dez casos de pacientes com diagnóstico pré-operatório de apendicite aguda, 7 do sexo masculino e 3 com abdome agudo inflamatório internado no serviço de cirurgia do Hospital Universitário Alzira Vellano em Alfenas, MG. Todos foram submetidos no início a incisão de Ellio-Babcock-Davis. RESULTADO Em quatro pacientes (40%) o quadro de apendicite aguda foi grau 1-2 e portanto o acesso com incisão de Davis permitiu o tratamento cirúrgico adequado sem necessidade de higienização maior ou outras manobras cirúrgicas complementares. Em cinco pacientes (50%) a apendicite aguda foi grau 3-4 sendo que em quatro pacientes foi necessário maior manipulação das vísceras com limpeza e desbridamento da área envolvida pelo processo infeccioso. Nestes pacientes a incisão de Davis não foi adequada para o adequado tratamento cirúrgico sendo necessário incisão complementar de laparotomia mediana infraumbilical para complementação do tratamento. Em um paciente (10%) o diagnóstico inicial de apendicite aguda não foi confirmado mas o diagnóstico cirúrgico foi de colecistite aguda alitiásica em paciente diabético. O acesso complementar foi laparotomia mediana supraumbilical que permitiu o tratamento adequado da doença cirúrgica. CONCLUSÕES: As incisões clássicas para via de acesso ao apêndice são efetivas e permitem o tratamento cirúrgico adequado. Quando há dúvidas a respeito do diagnóstico ou quando a apendicite aguda envolver graus mais avançados de acometimento apendicular ou de vísceras vizinhas (peritonite localizada com perfuração-graus 3 e 4), a via de acesso com laparotomia mediana infraumbilical pode oferecer melhor exposição e facilitar o tratamento e desbridamento das áreas peritoneais envolvidas podendo também ser estendida cranial e caudalmente. Em casos de dúvida diagnóstica é uma boa opção para o acesso cirúrgico. BIBLIOGRAFIA: 1. Tazima, MFGS; Vicente, YAMVA; Moriya, T. Laparotomia. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 33-8 2. Edelmuth, RCL; Buscariolli, YS; Ribeiro Júnior, MAF. Cirurgia para controle de danos: estado atual. Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40(2): 142-1513. P Wolff - Revista UNIPLAC, 2016. Disponível em Acesso em: 15/03/2017

PALAVRAS-CHAVES: abdome agudo inflamatório | acesso | laparotomia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2238

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA UMBILICAL E/OU HÉRNIA EPIGÁSTRICA RECIDIVADAS INSERIDAS EM DIÁSTASE DOS RETOS: CORREÇÃO SUBLAY COM TELA EM MINI-INCISÃO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCO ANTONIO DE OLIVEIRA PERES (UNICAMP), HEITOR SEBASTIAO DE BARCELOS NETO (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS)

RESUMO: Tem se observado constante aumento no número de recidivas de herniorrafias umbilicais e epigástricas nas últimas décadas. E a grande maioria destes recorrências ocorre em pacientes acima dos 40 anos, com obesidade e presença de diástase dos retos abdominais. Portanto, reforçamos o conceito de ser uma doença (hérnia) dentro de outra doença (diástase) que deveriam ser corrigidas simultaneamente já no primeiro ato e com tela de polipropileno. A literatura define o conceito de "queijo suíço" à doença da linha alba com múltiplos pequenos orifícios e falhas já na primeira apresentação, nem sempre clinicamente diagnosticados; a tomografia computadorizada tem colaborado no diagnóstico mais detalhado destes orifícios. O diagnóstico de diástase dos retos é clínico. A correção pode ser realizada por três métodos: 1) intraperitoneal, por vídeo-laparoscopia, IPOM; 2) dissecação subcutânea, por vídeo, ONLAY; 3) por mini-incisão, SUBLAY, alvo deste trabalho. De nov/13 a set/16, 66 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico por mini-incisão e fixação de tela SUBLAY, sendo 37 do sexo masculino (56%) e idade média de 44,2 anos. Sob anestesia geral, fez-se incisão mediana supra-umbilical de 8 a 10 cm (ressecando a anterior); abre-se o estojo dos retos bilateralmente e, posteriormente, chega-se ao apêndice xifóide e ao arco de Douglas; rafia-se a fáscia posterior, fixa-se a tela SUBLAY e fecha a incisão anterior pequena. A drenagem a vácuo foi utilizada em 2/3 dos casos. Como complicações, notado um seroma (tratado por punção no 10º PO); e uma re-operação no 1º PO por sangramento ativo (arteríola do músculo reto). Não houve recidiva e a satisfação foi completa. Concluindo, pacientes com hérnia umbilical e/ou epigástrica devem ser investigados quanto à presença de diástase e tratados simultaneamente; havendo recidiva da hérnia quando não tratada a diástase, a técnica de fixação de tela SUBLAY por mini-incisão é rápida, de fácil execução e eficaz.

PALAVRAS-CHAVES: hérnia umbilical | hérnia epigástrica | diástase dos retos

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2242

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TÉCNICA DE STOOPA NA HERNIOPLASTIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), VALTER FABRICIO FERREIRA DARI (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), FERNANDA NEIVA RIBEIRO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUANA ARRUDA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), HUGO SAMARTINE JUNIOR (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), MARILIA IAIA NAHAS JUNQUEIRA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Atualmente existem diversas técnicas cirúrgicas utilizadas para a correção da hérnia inguinal. A escolha da técnica deve levar em consideração diversas variáveis: taxa de recidiva, risco de complicações, recuperação pós-operatória e qualidade de vida, curva de aprendizagem e custos. Para hérnias com grandes defeitos, ou recidivadas e complexas, a técnica pré-peritoneal com tela de Stoopaa é uma das opções para estes casos, buscando um reforço com baixa recidiva. RELATO DO CASO: Paciente AC, 42 anos, sexo masculino, pedreiro, procedente de Campinas ? SP. Atendido no ambulatório de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi ?Ouro Verde?, com queixa de abaulamento em região inguinal bilateral. Relata hernioplastia inguinal bilateral sem uso de tela há 4 anos, porém após 9 meses de pós-operatório durante esforço laboral evoluiu com dor local e abaulamento. Ultrassonografia evidenciando hernia inguinal bilateral recidivada. Paciente encaminhado a procedimento cirurgico eletivo em fevereiro de 2016 e optado por realização de hernioplastia aberta com uso de tela pré-peritoneal de polipropileno. Tempo de internação hospitalar de dois dias. Evolui com boa cicatrização, demonstrando ser um bom reforço para hernias bilaterais recidivadas. CONCLUSÃO: O reparo com tela pré-peritoneal, pela técnica de Stoopaa, mostra-se uma excelente opção para hérnias com grandes defeitos, uni ou bilateal, recidivadas ou não. A técnica possui índice de recidiva baixa, complicações aceitáveis, retorno das atividades mais demorada em comparação com a técnica laparoscópica, porém uma menor curva de aprendizado, sendo assim de fácil reprodução.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA|STOOPA|TELA DE PROPILENO

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2290

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A transposição com a linha alba (TLA) na abdominoplastia para correção das grandes diástases

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME SERONNI (PUC GO), TRISTÃO MAURÍCIO DE AQUINO FILHO (PUC GO), ANNA MARIA MACHADO GANEM (PUC GO), RENATO MIRANDA DE MELO (PUC GO)

RESUMO: Introdução: A transposição com o saco herniário foi idealizada por Lázaro da Silva (1971), para reparar hérnias incisionais medianas, empregando incisões relaxadoras longitudinais bilaterais na bainha dos músculo retos (posterior à esquerda e anterior à direita), e o próprio saco herniário, o que reconstitui a linha alba, evitando tensão excessiva nas linhas de sutura e não aumenta a pressão intra-abdominal (PIA). Na correção de grandes diástases (distância interretal >7,5cm), a plicatura mediana daqueles músculos, classicamente realizada na abdominoplastia, poderia provocar efeitos adversos dessa ordem, levando à recidiva ou mesmo à síndrome compartimental. Nesses casos, procedendo à transposição com a linha alba distendida (TLA), tais complicações seriam prevenidas. Relato de Caso: Paciente feminina, 41 anos, IMC 24, não tabagista e sem comorbidades. G3 P3 A0, último parto ocorrido cinco anos antes (cesárea com histeriorrafia umbilical), desenvolvendo grande diástase logo após. Ao exame, o abdome era flácido, em avental, apresentando muitas estrias e diástase xifopúbica (10cm de largura x 20cm de comprimento); a cicatriz à Pfannesntiel estava de bom aspecto. Após profilaxia antimicrobiana com cefazolina 2g, bloqueio anestésico e anestesia geral, a abdominoplastia com a TLA foram realizadas mediante incisão transversa bicrista ilíaca e mediana supra-umbilical (restrita), com dermolipectomia, confecção de neumbigo e drenagem pré-aponeurótica a vácuo. Os fios empregados na TLA foram todos de polidioxanona calibre 2/0 (Bioline Fios Cirúrgicos, Anápolis/GO) em sutura contínua. O procedimento consumiu cerca de 30 minutos, e a pressão de platô traqueal ou de via aérea manteve-se inalterada (16cmH₂O). A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. Conclusão: A TLA, como alternativa à plicatura para corrigir grandes diástases, é procedimento exequível, que não estende esse tempo operatório nem altera a PIA. A pressão de platô traqueal foi utilizada para demonstrar o seu caráter não hipertensivo. Outros estudos para avaliação estética e da aplicabilidade desta proposta cirúrgica são necessários.

PALAVRAS-CHAVES: Diástase Abdominal | Abdominoplastia | Síndrome Compartimental

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2291

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uso de terapia de pressão negativa para fechamento de parede abdominal: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO PINHEIRO ORTEGA (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO), RODRIGO GONÇALVES SILVA (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO), BARBARA ALVES RHOMBERG (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO), MONICA MAZZURANA BENETTI (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), ROBSON PARREIRA DE MORAIS JÚNIOR (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), GUINES ANTUNES ALVAREZ (HOSPITAL GUILHERME ALVARO)

RESUMO: INTRODUÇÃO:A terapia de pressão negativa auxilia na aproximação e cicatrização de tecidos, reduzindo o edema tissular e exsudato inflamatório, aumentando a perfusão na região e estimulando a formação de tecido de granulação. Sendo cada vez mais utilizada no tratamento de síndrome compartimental e peritonistomias.RELATO DE CASO:R.C.O.S, 20 anos, procedente de Praia Grande, procurou atendimento devido a dor abdominal em cólica há 4 meses, acompanhada de diarreia mucossanguinolenta, náuseas, vômitos, febre e perda ponderal de 18kg neste período. Paciente com diagnóstico de doença inflamatória intestinal, em uso de Mesalazina há 2 meses, com piora progressiva do quadro. Iniciado antibioticoterapia e corticoterapia associado a manutenção da Mesalazina. No 7º dia de internação evoluiu com enterorragia, sendo introduzido Azatioprina. No 8º dia de internação manteve enterorragia e evoluiu com instabilidade hemodinâmica sem resposta a hemotransfusão maciça. Indicada abordagem cirúrgica: paciente submetido a colectomia subtotal com ileostomia terminal via laparotômica, preservando 5cm de sigmóide. No 9º pós operatório apresenta secreção purulenta abundante em ferida operatória e eventração, indicada reabordagem cirúrgica, feito lavagem de cavidade com soro fisiológico 0,9% aquecido e ressutura de parede abdominal. Paciente apresentou piora do quadro infeccioso e no 10º PO, introduziu-se carbapenêmico, porém sem resposta. Evoluiu com saída de secreção purulenta pela ferida operatória no 12º PO, sendo novamente indicada reabordagem cirúrgica, evidenciado pus em região pélvica, perihepática, periesplênica e gástrica, realizado lavagem da cavidade e locado dreno siliconado em pelve e leito hepático, e fechamento por peritoneostomia. No 2º PO foi submetido a reabordagem cirúrgica para nova lavagem de cavidade abdominal e colocação de curativo à vácuo. Realizado troca de curativo com lavagem da cavidade e aproximação das bordas após dois dias. Após 48h foi submetido à retirada de curativo à vácuo com fechamento da parede abdominal e locação de dreno portovac em pelve. No 7º PO paciente evoluiu com boa resposta ao tratamento clínico e segue em acompanhamento ambulatorial.CONCLUSÃO:Não há, na literatura, muitos estudos referentes terapia de pressão negativa. Os artigos ainda descrevem variações nas técnicas, o que dificulta a interpretação de resultados reportados. Trata-se de um modalidade terapêutica promissora porém novos estudos são necessários.

PALAVRAS-CHAVES: peritonistomia | terapia de pressão negativa | parede abdominal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2293

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FISTULAS ENTEROCUTÂNIAS PÓS HERNIA INCISINAL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLARISSA MARIA DE LIMA SANTOS NASCIMENTO (FAMENE), EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA), FERNANDA LUCENA DA COSTA (FAMENE), RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA), THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA), ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA), DENISE DE ALBUQUERQUE ANDRADE (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA), ZALMIR REICHERT FILHO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA)

RESUMO: A hérnia incisional é uma complicação comum do fechamento da parede abdominal. Estudos prospectivos mostram uma incidência que varia de 5% a 20% após laparotomias medianas longitudinais, no primeiro ano de seguimento (Revista da AMRIGS, 2016). Entretanto, estudos prospectivos de 10 anos demonstraram que menos de 50% das hérnias incisionais ocorrem no primeiro ano após a cirurgia, enquanto 35% aparecem cinco anos ou mais após o procedimento (Revista da AMRIGS, 2016). As hérnias incisionais podem dar origem a graves complicações, como fístulas enterocutâneas e obstruções intestinais (KUMAR, 2016). As fístulas enterocutâneas podem ocorrer de forma espontânea ou no período pós-operatório. As causas não relacionadas à cirurgia são observadas em menos de 10% das fístulas enterocutâneas e incluem irradiação, doença inflamatória intestinal, doença diverticular, apendicite, isquemia intestinal, perfuração de úlcera péptica gastroduodenal, neoplasias ginecológicas e tuberculose (KUMAR,2016). A fístula pós-operatória representa mais de 90% de todas as fístulas intestinais (1). M.A.A., sexo Feminino, 72 anos, proveniente da cidade de Cabedelo/PB, foi encaminhada ao Hospital Municipal Santa Isabel, em João Pessoa/PB, com queixa de dor, calor, rubor e saída de secreção após deiscência de ferida operatória. A mesma afirma história de herniorrafia incisional, há 23 dias, no abdômen inferior. Após internação da mesma foi iniciado antibióticoterapia inicialmente com ciprofloxacino 400mg, apresentado uma melhora quadro infecioso, contudo ainda foi observado persistência da saída de secreção pela ferida operatória. No 3º dia de internação, foi realizado um fistulograma e uma tomografia de abdome total com contrastes venoso e oral que, por sua vez, constatou a presença de fistula enterocutânea. No 10º dia de internação hospitalar a paciente evoluiu com dor, edema, rubor e moderada saída de secreção em ferida operatória. Diante desse quadro foi associado Metronidazol 500mg e drenagem do abscesso por mais 12 dias. No 22º dia de internação hospitalar a paciente apresentou uma melhora significativa do quadro, com abdômen flácido, indolor a palpação, ausência de sinais flogísticos com pequena quantidade de secreção entérica. Mesmo apresentando uma fístula enterocutânea como manifestação da complicação tardia de uma hernioplastia incisional, foi possível realizar um procedimento menos invasivo e de maneira eficaz para o tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: Hernia | Fistula | Cirurgia Geral

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2294

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia incisional pós-herniografia para-colostômica: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLARISSA MARIA DE LIMA SANTOS NASCIMENTO (FAMENE), FERNANDA LUCENA DA COSTA (FAMENE), EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA), LEANDRO MAIA OLIVEIRA FERNANDES (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA), JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO (FAMENE), THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA), ZALMIR REICHERT FILHO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA), DENISE DE ALBUQUERQUE ANDRADE (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA), ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- JOÃO PESSOA)

RESUMO: As hérnias incisionais ocorrem como resultado da tensão excessiva e cicatrização inadequada de uma incisão prévia, que em geral se associa a infecção do acesso cirúrgico. Com o passar do tempo essas hérnias tendem a aumentar de volume, provocando dor, obstrução intestinal, encarceramento e estrangulamento. Obesidade, idade avançada, desnutrição, ascite são condições que aumentam a PIA, que predispõe para o aparecimento de uma hérnia incisional. Hérnias volumosas podem resultar em perda do domínio abdominal, esses grandes defeitos podem resultar da incapacidade de fechar o abdome primariamente, por edema do intestino, tamponamento abdominal, peritonite e laparotomias de repetição. Com perda do domínio abdominal também pode resultar em edema do intestino, estase do sistema nervoso esplâncnico, retenção urinária e constipação. O retorno da víscera deslocada à cavidade abdominal durante reparo pode gerar maior PIA, síndrome compartimental abdominal, IRA. M.J.R.Q, 46 anos, sexo feminino, procurou o serviço de coloproctologia do HMSI para Reconstrução de Trânsito Intestinal e Hérnia para-colostômica após colectomia por doença diverticular prévia. Foi realizado uma anastomose termino-terminal com grampeador, herniorrafia para-colostômica e ooforectomia à direita. Após o procedimento cirúrgico a paciente apresentou-se com abdome flácido, indolor a palpação, dreno de Black com aspecto seroso e débito moderado. Recebeu alta hospitalar após sete dias do procedimento cirúrgico. Após quatro meses a paciente retornou ao ambulatório com quadro de hérnia incisional em flanco esquerdo na cicatriz da colostomia, foram solicitados novos exames para nova abordagem cirúrgica. A indicação da correção das hérnia incisionais nos casos assintomáticos é controvertida. No entanto, sabe-se que com o passar do tempo, a tendência habitual é a de aumentarem progressivamente, acarretando também aumento das complicações (encarceramento/estrangulamento, alterações cutâneas desde úlceras até fistulização intestinal, prejuízo do padrão de vida com limitação da atividade física e, porque não, efeito estético muitas vezes constrangedor) e das dificuldades técnicas na sua correção. Mesmo as correções bem sucedidas, com a utilização ou não de grandes próteses, não são os procedimentos isentos de inconvenientes, pois a parede abdominal não retoma a sua elasticidade e complacência normais.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia | Cirurgia Geral | Abdomen

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2300

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE SPIEGEL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), LUCIANO CRUANES GULLO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), ALFONSO JOSE BORRAS TAVARES (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), BRENO NAGAMINE BENJAMIN DE SOUZA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), MARILIA IAIA NAHAS JUNQUEIRA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), FERNANDO BARATELLA DE ASSIS (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A hérnia de Spiegel é um tipo raro de hérnia, correspondendo a apenas 0,1 a 2% das hérnias da parede abdominal. Descrita como uma protrusão, predominantemente de gordura pré-peritoneal, através de uma fraqueza congênita ou adquirida da fáschia spigeliana, formada pela aponeurose compreendida medialmente pelo músculo reto abdominal e lateralmente pela linha semilunar. Seu diagnóstico é desafiador e por vezes tardio, devido seus sintomas frustrados representados por dor localizada em flanco e discreto abaulamento local, necessitando muitas vezes de exames de imagem complementares para o exato diagnóstico. Seu tratamento é cirúrgico, por acesso aberto ou laparoscópico, com ou sem o uso de malhas sintéticas, indicado devido alto risco de encarceramento e estrangulamento. RELATO DO CASO: Paciente S.S.A., 44 anos, sexo feminino, branca, casada, católica, vigilante, natural e moradora de Campinas ? SP. Apresenta obesidade grau II, com história cirúrgica prévia de salpingectomia há quatro anos por gravidez ectópica. Negou doenças prévias, tabagismo ou etilismo. Atendida no ambulatório de cirurgia geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi ?Ouro Verde? em fevereiro de 2015, devido queixas de dor e abaulamento progressivos em flanco abdominal esquerdo há dois anos. Ao exame físico notava-se abaulamento redutível pouco doloroso em flanco esquerdo, aventando-se hipótese diagnóstica de hérnia de Spiegel. Exames pré-operatórios sem alterações, sendo indicado o procedimento cirúrgico eletivo. Realizado hernioplastia, com uso de tela de polipropileno fixado em espaço pré peritoneal, em agosto de 2015, sem intercorrências. Tempo de internação de dois dias. Retornou em consulta ambulatorial pós-operatória após sete dias, sem queixas ou intercorrências desde a alta hospitalar. Retorno tardio após 45 dias da cirurgia, apresentando-se assintomática, com ferida operatória com boa cicatrização, sem sinais de flogose ou de recidiva herniária, manifestando satisfação com o procedimento cirúrgico, recebendo alta ambulatorial. CONCLUSÃO: Apesar de ser um tipo raro de hérnia de parede abdominal, seu diagnóstico deve ser sempre aventado em caso de abaulamento nesta região, devendo sua correção cirúrgica ser de domínio de todo cirurgião geral. Seu tratamento não requerer grande experiência ou recursos materiais de difícil disponibilidade, se não corrigido corretamente a tempo possui grande risco de complicações como encarceramento e estrangulamento.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA ABDOMINAL|SPIEGEL|TELA DE POLIPROPILENO

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2301

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES MAIORES DE SETENTA ANOS SUBMETIDOS A HERNIOPLASTIA INGUINAL ELETIVA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), MANOEL XAVIER DE SOUZA JUNIOR (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), FERNANDO BARATELLA DE ASSIS (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUANA ARRUDA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), FERNANDA NEIVA RIBEIRO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI)

RESUMO: OBJETIVO: Avaliar a qualidade de vida de pacientes maiores de 70 anos no pós-operatório de hernioplastias inguinais, realizadas em serviço totalmente público de residência médica em cirurgia geral no interior do estado de São Paulo. MÉTODO: Foi realizado estudo longitudinal retrospectivo através da análise e levantamento de informações de prontuários e aplicação de questionários em consulta ambulatorial de pacientes submetidos a hernioplastia inguinal no serviço de cirurgia geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas-SP, no período compreendido entre os meses de setembro de 2015 e outubro de 2016. O estudo tem um formato comparativo, onde os pacientes foram divididos em dois grupos distintos de acordo com a idade em anos: grupo A maiores de 70 anos e grupo B entre 20 e 40 anos, independentemente do sexo e técnica cirúrgica optada. RESULTADOS: Estavam aptos para o estudo 61 pacientes, sendo 52,46% (n=31) pertencentes ao grupo de pacientes maiores de 70 anos, e 47,54% (n=29) pertencentes ao grupo de pacientes na faixa etária entre 20 e 40 anos. Pode-se observar que 93,4% (n=97) dos pacientes são do sexo masculino e 6,6% (n=4) são pertencentes ao sexo feminino. Com relação a Classificação de Nyhus, pode-se observar que os mais frequentes foram o Nyhus II e IIIA, sendo que a técnica mais utilizada em 98,4% dos pacientes foi a Técnica de Lienchtenstein. Das complicações apresentadas na amostra, as mais frequentes foram relacionadas à ferida operatória (n=11), como seroma, hematoma e infecção de ferida operatória, e à bolsa escrotal (n=3), como edema e aumento de volume. CONCLUSÕES: Não houve relação de significância estatística quando comparadas as complicações com idade, sexo, tempo cirúrgico e Classificação de Nyhus. Houve relação de significância estatística quando comparadas as complicações com tempo de sintoma pré-operatório maior do que 5 anos. A qualidade de vida foi globalmente modificada com o procedimento cirúrgico. Houve relação estatística significativa quando comparada melhora plena da qualidade de vida e Classificação de Nyhus. A nota global de satisfação pessoal foi de 9,8.

PALAVRAS-CHAVES: QUALIDADE DE VIDA | HERNIOPLASTIA | IDOSOS

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2303

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL DOS PACIENTES ACIMA DOS 70 ANOS SUBMETIDOS À HERNIOPLASTIAS INGUINAIS NO COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUANA ARRUDA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), FERNANDA NEIVA RIBEIRO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), VALTER FABRICIO FERREIRA DARI (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), MARILIA IAIA NAHAS JUNQUEIRA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI)

RESUMO: OBJETIVO: Descrever o perfil dos pacientes submetidos á hernioplastias inguinais com mais de 70 anos, realizadas em serviço totalmente público de residência médica em cirurgia geral no interior do estado de São Paulo. MÉTODO: Foi realizado estudo longitudinal retrospectivo através da análise e levantamento de informações de prontuários de pacientes submetidos a hernioplastia inguinal no serviço de cirurgia geral do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas-SP, no período compreendido entre os meses de setembro de 2015 e outubro de 2016. Utilizado como variáveis do estudo sexo, técnica utilizada, classificação de nyhus, complicações pós-operatórias e tempo de internação. RESULTADOS: Foram analisados no total 58 pacientes acima dos 70 anos. Cerca de 90% (52 pacientes) foram do sexo masculino. Os sintomas tiveram inicio em 39% em até 1 ano e 38% de 1 a 3 anos. 50% dos pacientes apresentavam hérnia inguinal à direita, seguido de 36% á esquerda e 24% bilateral. A hérnia mais comum foi a indireta, porém a associação com defeito da parede posterior foi relevante. O procedimento cirúrgico de escolha em todos os casos foi a técnica com utilização de tela de polipropileno ou de Lichtenstein. O tempo de internação foi de 24h para mais de 90% dos pacientes. Como complicações foi observado seroma (4 casos), infecção de ferida (2 casos), recidiva (2 casos) e hematoma (1 caso). CONCLUSÕES: O trabalho demonstrou que a hernioplastia a Lichtenstein é considerada um procedimento seguro em pacientes idosos, em especial aos acima dos 70 anos, com tempo de internação baixa e complicações aceitáveis e de acordo com a literatura.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIOPLASTIA INGUINAL|IDOSOS|LICHTENSTEIN

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2304

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TÉCNICA DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES: Uma revisão bibliográfica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LORENA MARQUES DE PIAU VIEIRA (UNIPAM), EDSON ANTONACCI JR. (UNIPAM), IRIS ISABELA DA SILVA MEDEIROS GUIMARÃES (UNIPAM), LOHANNE DE OLIVEIRA CARNEIRO (UNIPAM), ALINE ROSA GUIMARÃES (UNIPAM)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Atualmente, reestruturar complexas deformações do abdômen ainda é um grande obstáculo. A técnica de separação de componentes (TSC) é um procedimento capaz de ampliar a circunferência abdominal possibilitando a correção destes defeitos. A descrição original foi feita pelo Dr. Oscar Ramirez em 1990. Já neste período a essência era a realização de incisões que aproximassem os músculos retos.OBJETIVO: Este estudo é uma revisão de literatura cujo objetivo é assimilar as particularidades da TSC, identificando bons estudos e suas lacunas. Busca-se definir indicações, contraindicações, complicações e resultados promovendo clareza e embasamento teórico sobre o tema.METODOLOGIA: Trabalho de caráter exploratório cuja meta é a análise crítica das publicações. Para tal, foram selecionados artigos científicos divulgados nas principais bases de dados.RESULTADO: Fundamentados no molde de Ramirez, a TSC sofreu adaptações sendo desmembrada em anterior e posterior. A TSC anterior define-se pela dissecação dos músculos com posterior separação de suas camadas concedendo expansão de cada unidade muscular. Faz-se uma incisão e dissecação do oblíquo externo liberando-o do oblíquo interno, já fornecendo avanço da parede.Em caso de insucesso da TSC anterior pode-se utilizar a posterior. Inicia-se com uma incisão na aponeurose posterior do músculo reto. Em seguida, realiza-se a liberação do músculo transversos. Por fim, sutura-se o saco peritoneal fornecendo integridade à cavidade.A complicação mais comum é a infecção do sítio cirúrgico. Slater, N.J, et al, em 2015 avaliou a frequência de complicações após uso da TSC corroborando que em 13,3% dos casos a infecção da ferida foi a complicação mais prevalente, seguida do seroma com 12%, necrose da pele com 9,3%, hematoma com 6,7% e a formação de abscesso com 1,3%.CONCLUSÃO: É temática que carece de debates, sendo um conteúdo de alta relevância. É portanto, uma terapêutica que através de conhecimentos anatômicos da parede abdominal, tem potencial para restaurar a funcionalidade da parede, fornecendo uma cobertura estável do tecido e garantindo uma boa aparência estética.BIBLIOGRAFIA: LISIECKI, J.S.B; et al. Abdominal wall dynamics after component separation hernia repair. Journal of surgical research, p. 497-503, 2015.SLATER, N.J; et al. Large and complex ventral hernia repair using ?components separation technique? without mesh results in a high recurrence rate. The American Journal of Surgery, v.209, n.1, jan.2015.

PALAVRAS-CHAVES: abdômen|separação de componentes|parede abdominal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2306

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HERNIA DE SPIEGEL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAULO CAVALIERI PEREIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ), MARCIO NUCCI DOS SANTOS (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ), LUCAS GARCIA DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI)

RESUMO: Paciente, 50 anos, sexo feminino, branca, admitida no presente serviço devido hérnia abdominal em quadrante inferior direito presente há 1 ano. Paciente obesa, sem outras comorbidades e antecedentes pessoais de histerectomia há 17 anos. Ao exame físico apresentava-se em abdome na inspeção estática apresentava hérnia em quadrante inferior direito pouco visível devido obesidade, com alteração diminuta à manobra de Valsalva, a ausculta apresentava RHA+ e à palpação abdome flácido e indolor. Submetida a procedimento cirúrgico em que foi realizada incisão oblíqua em fossa ilíaca direita de aproximadamente 10 cm, . Identificado saco herniário de aproximadamente 7 cm de diâmetro, seguido de sua invaginação para cavidade abdominal, correção da falha aponeurótica e colocada tela de polipropileno sobre aponeurose. Paciente evoluiu bem, recebendo alta no quinto dia pós operatório. As hérnias de Spiegel caracterizam-se por serem raras e de difícil diagnóstico devido a sua clínica inespecífica. Denominadas hérnia de Spiegel ou hérnia ventrolateral espontânea do abdome e apresentam protrusão de um saco peritoneal, gordura pré-peritoneal, ou algum órgão por um defeito na região aponeurótica do transverso abdominal, situada entre a linha semilunar e a borda lateral do reto abdominal, na zona de Spiegel. Na maioria dos casos o diagnóstico é clínico, porém o advento da ecografia possibilitou o aumento do número de diagnósticos e possibilitou uma maior segurança no diagnóstico diferencial com apendicite, abscesso apendicular, neoformação da parede abdominal e hematoma da bainha dos retos. A tomografia computadorizada é muito útil é quando essas hérnias se tornam encarceradas ou estranguladas e a cirurgia laparoscópica é pouco utilizada como diagnóstico por requerer invasão da cavidade abdominal com conseqüente trauma peritoneal e risco de injúria visceral. O diagnóstico precoce pode em muitos casos, ser retardado por fatores como ausência de sintomas típicos e a falta da experiência médica com esse tipo de hérnia, sendo ainda mais complicado pelo fato da aponeurose do músculo oblíquo externo encontrar-se intacta, cobrindo o defeito da parede abdominal. A hérnia de Spiegel pode complicar encarcerando ou estrangulando, por isso a importância de se diagnosticar e tratar prontamente. A cirurgia é primordial e atualmente as técnicas de hernioplastia pré-peritoneal tension-free tem sido as técnicas de escolha, baseando em uma incisão transversa seguida de reparo primário.

PALAVRAS-CHAVES: hernia|spiegel|abdominal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2364

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise do uso da técnica Laparoscópica para correção de Hérnia Inguinal no Hospital Geral de Fortaleza

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE ANTONIO CARLOS O.DAVID MORANO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), DANIEL PAIS MARTINS DE MIRANDA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LUCAS DE OLIVEIRA LIMA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), YILON LIMA CHENG (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LUCAS BRUNO BORGES (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Com o advento da Laparoscopia, algumas técnicas minimamente invasivas foram propostas para a correção das hérnias, usando como prerrogativa a recuperação mais rápida, os resultados finais semelhantes e a redução em algumas complicaçõesOBJETIVO: Fazer um apurado das cirurgias laparoscópicas para correção das hérnias inguinais no Hospital Geral de Fortaleza nos últimos 2 anos analisando seus resultados, complicações e perfil dos pacientes operadosMETODOLOGIA: Esse estudo trata-se de um desenho observacional, retrospectivo e descritivo realizado a partir da revisão de prontuários médicos arquivados no Hospital Geral de Fortaleza (CE).Foram coletados dados dos pacientes submetidos a correção cirúrgica eletiva de Hérnia Inguinal por Videolaparoscopia (VLP), cujos procedimentos foram realizados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016.Foram coletados dados a partir de prontuários de pacientes submetidos ao procedimento entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016 que tinham como descrição de procedimento ?hernioplastia inguinal?, ?herniorrafia inguinal?, ?correção cirúrgica de hérnia inguinal? ou semelhantes e cujo procedimento foi iniciado por VLP.RESULTADOS:Nesse período foram realizadas 23 hernioplastias inguinais pelo Centro Cirúrgico Eletivo do HGF, sendo destas 3 (13,04%) em 2015 e 20 (86,95%) em 2016. No total, 6 cirurgiões participaram desses procedimentos como Cirurgião Principal. A média de idade dos pacientes foi de 53,91 anos, com idades variando entre 19 e 84 anos, sendo 8 (34,78%) destes considerados idosos (idade > ou = 60 anos). O gênero masculino foi predominante, com 21 (91,3%) dos pacientes pertencentes a este gênero contra apenas 2 (8,7%) do gênero feminino, o que corresponde a 10,5:1. A média de peso dos correspondeu a 67,78kg, com medidas variando entre 52 e 86kg. De acordo com o a classificação de ASA, 9 (39,13%) foram catalogados como ASA 1, 10 (43,48%) como ASA 2 e 4 (17,39%) como ASA 3 e nenhum dos pacientes operados foram classificados como ASA 4 ou superiorCONCLUSÃO:A técnica laparoscópica mostrou-se válida para o tratamento das hérnias inguinais e factível em nosso meio, apresentado índice de complicações similar aos descritos na literatura internacional e não apresentando registro de reabordagem ou recidivas precoces no referido períodoO perfil dos pacientes operados por VLP pelo HGF condiz com o observado nos estudos epidemiológicos, excetuando-se a proporção de hérnias diretas que se mostrou maior que as indiretas.

PALAVRAS-CHAVES: hernia|laparoscopia|hernia por video

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2368

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fechamento de Peritoneostomia: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMILA ALOISE CRUZ (HIAE), GLAUCO LEONEL PERTICARRARI OSÓRIO (HIAE), GIULIANO CAMPOLIM GAGLIOTI (HIAE), GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA (HIAE), LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS (HIAE), FELIPE MARTIN BIANCO ROSSI (HIAE), PAULO MARCOS LONGUINI MAZILI (HIAE)

RESUMO: Introdução:O objetivo principal do fechamento abdominal temporário é controlar as perdas de fluidos e minimizar a perda de domínio. Com o tempo, a aponeurose se retrai da linha média, o intestino subjacente torna-se aderente à cavidade peritoneal. e as complicações também aumentam. O melhor método de fechamento abdominal temporário entretanto não foi determinado. Técnicas de fechamento com tela como a utilizada podem minimizar a retração aponeurótica facilitando seu fechamento posterior, entretanto o controle do fluido é subótimo e, assim, são freqüentemente usadas em conjunto com um sistema de pressão negativa para prevenir a maceração da pele e simplificar o cuidado da ferida. Relato de caso: Paciente do sexo masculino de 60 anos, obeso, tabagista, submetido a correção eletiva de Aneurisma de Aorta Abdominal Infra-renal e Artérias Ilíacas Comuns evoluiu no 8PO com distensão abdominal, leucocitose, aumento de PCR, piora da função renal e instabilidade hemodinâmica. Submetido a laparotomia exploradora com identificação de necrose e perfuração bloqueada de sigmoide e reto alto. Submetido a retossigmoidectomia, colostomia terminal e peritoneostomia com curativo á vácuo. Em revisão de peritoneostomia optado por fechamento temporário em ponte com tela de polipropileno suturada com chuleio de Prolene aproximando as bordas aponeuróticas, sobre material plástico estéril evitando o contato direto com as alças intestinais. Após 72h realizado fechamento definitivo de parede abdominal com tela de polipropileno suturada em ponte aproximando bordas aponeuróticas, sobre o omento maior. Paciente evoluiu sem complicações da ferida operatória e sem o surgimento de hérnia incisional. ConclusãoO uso de tela de polipropileno na peritoneostomia possibilitou o fechamento definitivo na próxima reabordagem, com tela fixada sem tensão ou hipertensão intra-abdominal. Apesar do risco de hérnia ventral nesses pacientes, o nosso resultado foi satisfatório, o que nos leva a crer na eficácia da técnica utilizada.

PALAVRAS-CHAVES: Peritoneostomia | Abdome Agudo | Parede Abdominal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2382

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hernia Incisional por Trocater pós Nefrectomia: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS MEDINA AREOSA (UFAM), GERSON SUGUIYAMA NAKAJIMA (UFAM), FERNANDO CESAR FACANHA FONSECA (UFAM), ADRIANO PESSOA PICANÇO JR (UFAM), MATHEUS COIMBRA BARROSO (UFAM), JOSE EDUARDO PEREIRA MARTINS DA SILVA (UFAM), JORDI GOMES MARINHO (UFAM), HANIEL BENIGNO MONTEIRO LAMEGO DE OLIVEIRA (UFAM)

RESUMO: IntroduçãoHérnias incisionais em sítios de portais vem crescendo em incidência, principalmente, devido à popularização da técnica videolaparoscópica (VLP). Representam cerca de 0,18 ? 2,8% das hérnias incisionais, número este que pode estar subestimado. Fatores de risco associados incluem características do material como diâmetro acima de 10mm (raro Relato de CasoPaciente masculino, 83 anos, com história pregressa de ectasia de raiz da aorta e disfunção diastólica de VE evidenciado por ecocardiograma, previamente submetido à gastrectomia parcial + linfadenectomia por GIST, nesta internação submetido à nefrectomia direita VLP após achado RM pré-operatória de nódulo sólido em rim direito, medindo cerca de 3,5 x 3,2 x 3,1 cm.17 PO evoluiu com parada de eliminação de flatos e fezes, distensão abdominal e vômitos fecaloides, não referindo dor. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, lucido e orientado, abdome distendido, protuso em flanco direito, no local da alocação do portal da cirurgia prévia, à ausculta RHA sem metalização, timpânico à percussão e doloroso à palpação local. Realizada TC evidenciou-se alça de delgado encarcerada em topografia de flanco direito, associada a níveis hidroaéreos.Realizada cirurgia de urgência, laparoscopia diagnóstica mostrou alça sem sinais de sofrimento, feita sua regressão, ampliação da incisão do portal e colocação de tela de polipropileno. Paciente apresentou evolução satisfatória e recebeu alta.ConclusãoA incidência das hérnias nos sítios dos portais é incerta devido à escassez de dados na literatura, que pode dever-se ao sub diagnóstico, tanto pelas hérnias assintomáticas, quanto pelo não retorno do paciente ao cirurgião que o operou previamente. Existe pouca evidencia que justifique o fechamento do local de inserção do portal, há consenso em fechar aberturas a partir de 10mm. Dentre tantas controvérsias é certo que sua incidência vem crescendo de forma que o cirurgião deve estar atento, principalmente, pelo maior risco de encarceramento. Utilizar telas é recomendado na presença de comorbidades, na ausência destas, a sutura é suficiente.

PALAVRAS-CHAVES: Hernia incisional | laparoscopia | Trocater

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2396

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfuração de divertículo de colón sigmoide em hérnia inguinal encarcerada: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ DELLARETI BARRETO MARTINS (HOSPITAL FELICIO ROCHO), ROBERTO CARLOS DE OLIVEIRA E SILVA (HOSPITAL FELICIO ROCHO), GUSTAVO LARANJO AVELAR (HOSPITAL FELICIO ROCHO), PAULA CAROLINA DE OLIVEIRA ANDRADE (HOSPITAL FELICIO ROCHO), DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND (HOSPITAL FELICIO ROCHO), LUIZ AUGUSTO DE OLIVEIRA MACHADO (HOSPITAL FELICIO ROCHO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O reparo de hérnias é um dos procedimentos mais comuns do cirurgião geral. Cerca de 75% das hérnias ocorrem na região inguinal. A prevalência das hérnias aumenta com a idade, assim como o estrangulamento, causa mais comum de complicação das hérnias inguinais. Existem poucos relatos na literatura de perfuração de víscera oca herniada na região inguinal. RELATO DE CASO: C.P.A.R., 88 anos, procurou atendimento médico no Hospital Felício Rocho com quadro de abaulamento da região inguinal esquerda e de bolsa escrotal ipsilateral, não redutível a manobras usuais, associado a hiperemia e dor local. Foi diagnosticada hérnia inguinal encarcerada crônica, sem sinais de estrangulamento, que foi inicialmente tratada de forma conservadora pelo alto risco cirúrgico do paciente. Devido manutenção da dor e hiperemia local, foi realizada TC de abdome e pelve que revelou sigmóide dentro do saco herniário, além de coleção heterogênea decorrente da perfuração de um divertículo. A cavidade abdominal não foi contaminada. A coleção foi prontamente drenada e higienizada. Paciente evoluiu com fístula entero-atmosférica sendo necessária nova abordagem cirúrgica com realização de colostomia em alça de cólon transverso. Paciente evoluiu bem, sem novas intercorrências até alta hospitalar. DISCUSSÃO: O conteúdo das hérnias inguinais pode ser muito variável. Normalmente o intestino delgado ou omento são encontrados no saco herniário, porém, existem relatos de casos de herniação da bexiga, tubas uterinas, ovários, divertículo de Meckel e apêndice cecal. A abordagem cirúrgica deve ser guiada por grau de contaminação local, se há contaminação da cavidade peritoneal, sinais de sepse ou sofrimento do segmento herniado. Neste caso, não houve contaminação fecal da cavidade peritoneal. A colostomia em alça ou a cirurgia de Hartmann são procedimentos muitas vezes necessários para controle da contaminação local. O reparo da hérnia, quando possível, não deve ser feito com técnicas que utilizem materiais sintéticos, devido ao grau de contaminação local. CONCLUSÃO: Um divertículo perfurado do cólon sigmóide se apresentando em uma hérnia inguinal encarcerada é uma entidade rara, que requer tratamento clínico-cirúrgico e avaliação radiológica imediata. A abordagem cirúrgica desta afecção pode variar de acordo com o grau de contaminação local e intra-peritoneal.

PALAVRAS-CHAVES: hernia inguinal encarcerada | fistula abdominal | diverticulo de colon perfurado

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2421

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABSCESSO DE ÚRACO ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ANTONIO SCROCCO DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), CAMILLY SCHWANZ WANDERMUREM (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), RAPHAEL FERNANDO FONSECA GENEVCUS (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Introdução: o úraco é uma comunicação intra-embrionária, patente entre o alantóide e a cloaca, formada a partir da 5ª semana de gestação. Por volta da 20ª semana ocorre a migração da bexiga primitiva para região pélvica, ocorrendo a atresia progressiva até sua obliteração total ao nascimento. Após, o úraco comunicará a cúpula vesical ao umbigo, localizando-se preferencialmente entre o peritônio e a fáscia transversal. Existem diversas apresentações de persistência do úraco, entre elas: a) úraco patente; b) sinus; c) divertículo e d) cisto de úraco. Estas anormalidades são raras e mais comumente diagnosticadas na infância. Na presença de infecção associada podem ocorrer dor em região hipogástrica, massa abdominal palpável, drenagem umbilical de secreção purulenta, disúria e, em alguns casos uma evolução para peritonite generalizada. Relato de Caso: paciente gênero feminino, branca, deu entrada no PS de cirurgia geral com queixa de dor em região de hipogástrio há aproximadamente dois meses com piora nos últimos 3 dias e aparecimento de massa no local. Ao exame físico evidenciou-se regular estado geral, paciente emagrecida, descorada ++/4+, anictérica, acianótica, afebril, lúcida e orientada, presença de massa abdominal de aproximadamente 20cm em região de hipogastro, fixa, de consistência fibroelástica, não aderida à pele, dolorosa à mobilização. Os exames laboratoriais apresentavam alterações compatíveis com o quadro infeccioso. Paciente foi internada, instituída antibioticoterapia e solicitada uma tomografia computadorizada, na qual se observou uma coleção localizada na cavidade pélvica e no tecido celular subcutâneo adjacente anteriormente à bexiga. Feita hipótese diagnóstica de abscesso de úraco, optou-se pela realização de drenagem do abscesso. Foi realizada uma incisão transumbilical até púbis, abertura de loja abscedada, aspirado 500mL de um conteúdo purulento espesso. Optou-se por manter o ferimento operatório aberto para cicatrização por segunda intenção. Recebeu alta hospitalar após 5 dias, sem queixas. Após 3 semanas, paciente compareceu ao ambulatório com ferida operatória de bom aspecto com tecido de granulação em região periumbilical. Conclusão: as malformações do úraco devem ser lembradas nos casos de tumor hipogástricos, principalmente nos infectados. Conclusão: as complicações decorrentes da persistência do úraco devem ser lembradas nos pacientes com quadro de abdômen agudo inflamatório na região infra-umbilical.

PALAVRAS-CHAVES: Úraco | Abscesso | Laparotomia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2458

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA AMYAND ENCARCERADA: RELATO DE UM CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS DE CARVALHO BASSANI (SANTA CASA POÇOS DE CALDAS), ANTONIO ANGELO ROCHA (SANTA CASA POÇOS DE CALDAS), JULIANO RODRIGUES OLIVEIRA (SANTA CASA POÇOS DE CALDAS), DENNISON GUERREIRO COVAS (SANTA CASA POÇOS DE CALDAS), EDUARDO PEREIRA BUENO (SANTA CASA POÇOS DE CALDAS), ALCIDES JOSÉ RIZZO BRAGA (SANTA CASA POÇOS DE CALDAS)

RESUMO: A descrição de uma hérnia inguinal com o apêndice cecal em seu interior foi realizada, pela primeira vez por Claudius Amyand em 1735. Desde então, esta hérnia tem recebido do seu nome como homenagem. Hérnia de Amyand é caracterizada pela presença de apendicite no interior do saco herniário. Porém vem sendo usado mesmo naquelas situações em que o apêndice cecal encontra-se normal. A incidência de Hérnia de Amyand é de aproximadamente 1% de todas as hérnias. Este trabalho tem por objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente com encarceramento herniário por hérnia de Amyand com presença de aderência importante em saco herniário de apêndice cecal. Paciente foi submetido a inguinotomia direita, sendo encontrado hérnia inguinal indireta (Nyhus II), com presença do ceco como conteúdo herniário e apêndice cecal aderido firmemente ao saco herniário. Realizado apendicectomia, seguido de herniorrafia à Lichtenstein. A hérnia de Amyand é uma condição rara (aproximadamente 1% de todas as hérnias) em que o apêndice vermiforme é parte do conteúdo da hérnia e pode, eventualmente, evoluir como apendicite de difícil diagnóstico. Tem manifestação clínica variável, sem faixa etária preferencial, atingindo predominantemente o sexo masculino. No caso em questão, houve a presença de apêndice cecal, firmemente aderido ao saco herniário, sem sinais de estrangulamento herniário e/ou apendicite aguda. Diferentemente do caso descrito, a presença de complicações é comum, com evolução para perfuração e peritonite, que, é um dos principais fatores que determinam o prognóstico. Em relação ao tratamento, a prioridade é a resolução das complicações, com realização de apendicectomia associada à herniorrafia na maioria dos casos. Entretanto, a realização de apendicectomia profilática, nos casos em que não há sinais de apendicite aguda é controversa, sendo a conduta definida pela maioria dos autores como ideal, devido à possibilidade de recidiva de hérnia e à dificuldade de diagnóstico mais tardio de complicações. É necessário considerar a possibilidade de hérnia de Amyand na presença de hérnia inguinal indireta, especialmente se houver sinais de encarceramento ou estrangulamento. A hérnia de Amyand, apesar de descrita há muito tempo, ainda trás dificuldades no seu diagnóstico pré-operatório e controversas no seu tratamento. Fatos esses que obrigam o cirurgião a lembrar sempre desta patologia ao se abordar uma hérnia inguinal, principalmente em pacientes masculinos.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia inguinal | Amyand | Herniorrafia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2462

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Infecção de ferida operatória com tela de polipropileno por *Providencia* spp ? Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL SOUZA CURY (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MATHEUS GRECHI MARTINS GAMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), DIEGO ADAO FANTI SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MILTON SCALABRINI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), EDUARDO ALEXANDRINO SERVOLO DE MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), RAMIRO COLLEONI NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), GASPAR DE JESUS LOPES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: Infecção de prótese é uma complicação pós-operatória potencialmente grave. A infecção da tela, geralmente, é causada por microrganismos capazes de formar biofilme, como *Staphylococcus coagulase-negativos*, *Staphylococcus aureus* e enterobactérias. Anaeróbios também são patógenos em potencial. *Providencia* spp é uma enterobactéria que causa infecções hospitalares, representando um problema emergente graças ao aumento da resistência aos antibióticos devido à produção de β -lactamases de espectro estendido e à hiperprodução de β -lactamases. Raramente, podem causar infecções de ferida operatória e de implantes protéticos, como telas, com repercussão clínica significativa, necessitando de remoção ou troca do material. Relato de Caso: Mulher, 65 anos, previamente hígida, foi submetida à correção de hérnia incisional com tela de polipropileno associada à reconstrução do trânsito após sigmoidectomia por diverticulite complicada. Apresentou secreção purulenta e deiscência da ferida operatória. A cultura da secreção da ferida cirúrgica foi positiva para *Providencia* spp, resistente às cefalosporinas e aos aminoglicosídeos. Os exames de imagem não identificaram coleções na parede abdominal. Na cultura de fragmento da tela não houve crescimento de bactérias aeróbias. Foi reinternada para antibioticoterapia com meropenem por sete dias e a paciente recusou a proposta de retirada da tela Após melhora do quadro clínico e alta hospitalar, retornou em 15 dias com secreção purulenta fétida e deiscência, cuja cultura mostrou persistência do agente infeccioso. Foi submetida a reoperação com retirada da tela e realizada antibioticoterapia com meropenem por 21 dias. Encontra-se em seguimento ambulatorial há um ano com boa evolução, sem outras intercorrências. Conclusão: O tratamento de infecções relacionadas a implantes geralmente requerem a retirada do material implantado pela presença de biofilme e dificuldade do antibiótico atingir a concentração adequada no material. Enterobactérias têm se tornado um microrganismo frequente em infecções relacionadas a próteses e podem exibir alto nível de resistência às cefalosporinas. Nessas situações os carbapenêmicos, quando sensíveis, são as drogas de escolha

PALAVRAS-CHAVES: *Providencia* spp | Infecção hospitalar | Hérnia incisional

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2472

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DESMÓIDE ORIUNDO DE CICATRIZ EM TOPOGRAFIA DE INCISÃO DE PFANNENSTIEL PRÉVIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO E RECONSTRUÇÃO PARIETAL IMEDIATA COM TELA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLA VIEIRA STRAUCH (FTC), MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (UNIFACS), FERNANDA SILVA CAMPOS (EBMSP), WAGNER LUIZ LORA FILHO (FTC), JOHN THIERRY MARQUES DE JESUS (FTC), PAULA ARAÚJO AUAD (FTC), MARCUS DE ALMEIDA CORREIA LIMA (FTC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Tumor Desmóide (TD) ou Fibromatose Agressiva são raras neoplasias de partes moles, benignas, infiltrativas, com baixo potencial metastático e grande agressividade local. TD provém da proliferação monoclonal de fibroblastos, podendo ser esporádicos ou associados à Polipose Ademotatosa Familiar. O surgimento está associado a traumas, inclusive cirúrgicos e desequilíbrio hormonal (estrogênio). TD já foi relatado em cicatrizes de diversos procedimentos. TD podem ser de localização extra-abdominais, intra-abdominais ou de parede abdominal, sendo este mais comum em mulheres em idade fértil. O tratamento pode ser ou não cirúrgico, sendo ressecção radical com bordas negativas considerado o ideal. Devido à complexidade da estrutura da parede abdominal, a abordagem cirúrgica e a técnica utilizada na reconstrução devem ser determinadas de acordo com a situação do tumor e do defeito parietal resultante de sua ressecção, priorizando preservação de função e qualidade de vida. RELATO DO CASO: Paciente de 36 anos com tumoração recidivada em região inguinal direita em topografia de incisão de Pfannenstiel prévia, compatível com fibromatose. Apresentava dor, endurecimento e abaulamento locais. Ao exame de imagem: lesão expansiva sólida, infiltrativa, heterogênea e hipervascular comprometendo a parede abdominal da região pélvica e sem sinais de extensão intraperitoneal, medindo cerca de 4,7 x 2,8 x 6,7 cm nos seus maiores eixos. O diagnóstico de fibromatose foi confirmado pelo perfil biológico (imuno-histoquímica) da biópsia. A paciente foi submetida à intervenção cirúrgica para ressecção do tumor. No procedimento evidenciou-se presença de tumor endurecido infiltrando bainha de reto abdominal, musculatura oblíqua externa, interna e transversa, estendendo-se até a bainha dos vasos femorais, os quais estavam parcialmente comprimidos. Realizada ressecção da tumoração com preservação dos vasos femorais e reconstrução imediata do defeito parietal, utilizando tela de baixo peso molecular. Recebeu alta hospitalar do 1º DPO. Evoluiu com seroma e desconforto local tratados satisfatoriamente de maneira conservadora. CONCLUSÃO: Em razão do potencial de invasão de estruturas adjacentes e da sintomatologia apresentada, o tratamento cirúrgico foi considerado a melhor opção terapêutica. Devida à necessidade de ressecção completa e dos grandes defeitos parietais resultantes deste procedimento, optou-se pela utilização de tela na reconstrução parietal, obtendo-se bons resultados.

PALAVRAS-CHAVES: tumor desmóide | tratamento cirúrgico | reconstrução parietal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2502

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CORREÇÃO DE HÉRNIA INCISIONAL GIGANTE ASSOCIADA À HÉRNIA DE COLOSTOMIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), WALDÊNIO ARAÚJO BARROS DOS SANTOS (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), LARISSA DE OLIVEIRA FERNANDES BORBA (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), SAMIA LAIZ ALVES DA FONSECA (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), FILIPE DE PADUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA - FCM-PB), ALEXANDRE BARBOSA DE ALBUQUERQUE (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA - FCM-PB), FERNANDO SALVO TORRES DE MELLO (CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO DO HULW. PROFESSOR ASSISTENTE DA FAMENE.), TARCIANA VIEIRA DA COSTA (GASTROENTEROLOGISTA DO HULW. PROFESSORA ASSISTENTE DA FAMENE.)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As hérnias são definidas como protrusões anormais de órgãos ou tecidos através de um defeito da parede abdominal adjacente. As hérnias incisionais predominam em mulheres (3:1), e ocorrem em 11% à 20% dos pacientes submetidos a laparotomia para quaisquer fins, sendo classificadas em pequenas (menores que 5 cm), médias (entre 5 e 10cm) e gigantes (quando maiores que 10 cm). Diagnosticadas clinicamente, a Ultrassonografia (USG) e a Tomografia Computadorizada (TC) referendam o diagnóstico, e dimensionam a falha herniária. As hérnias gigantes são corrigidas através de técnica com tela, e devido às altas recidivas, devem ser acompanhadas periodicamente após o procedimento cirúrgico. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 53 anos, admitido em hospital municipal de João Pessoa (PB), com dor e aumento de volume abdominal, relacionado aos esforços. Ao exame: abdome com cicatrizes em linha mediana - volumoso abaulamento periumbilical - e em estomia. Cirurgia prévia por abdome agudo perfurativo (retossigmoidectomia à Hartmann), seguida de infecção de sítio cirúrgico; reconstrução de trânsito intestinal em seguida, e surgimento de hérnias incisionais posteriormente. Realizada hernioplastia, com achado de falhas incisionais ventrais (mediana - cerca de 25cm, e no orifício de colostomia anterior); alças intestinais aderidas fixamente à parede do saco herniário, sendo este dissecado e preservado. Realizada plicatura do saco herniário, com colocação de tela de Polipropileno (30x30cm) pela técnica de Rives. Mantido dreno de sucção 6.4 no subcutâneo, para aspiração de seroma. Diminuição progressiva do débito do dreno, sendo negativo à aspiração e retirado no 4º. dia pós operatório (DPO), quando o paciente recebeu alta hospitalar. Atualmente, evolui com mínimo abaulamento em região de Fossa Ilíaca Direita e infraumbilical, sem sinais clínicos ou radiológicos de recidiva. CONCLUSÃO: Realizada correção cirúrgica de hérnias incisionais gigante (mediana) e de orifício de estoma simultaneamente; empregou-se o saco herniário como reparo pela técnica de Rives, não se observando complicações a médio prazo.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia incisional | Laparotomia | Colostomia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2521

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE EXPANSÃO CAVITÁRIA E PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL NO PNEUMOPERITÔNIO ARTIFICIAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), CAMILLY SCHWANZ WANDERMUREM (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), LUCAS CARTAFINA BARBOSA DE SOUSA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Objetivo: avaliar a melhor relação entre expansão cavitária e pressão intra-abdominal (PIA) no pneumoperitônio artificial em diferentes gêneros, faixas etárias e índices antropométricos. Materiais e Métodos: estudo clínico prospectivo, aprovado pela Comissão de Ética institucional, realizado em hospital estadual secundário no período de outubro de 2015 a junho de 2016. Foram incluídos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico laparoscópico eletivo de colecistectomia, operados pela equipe de cirurgia geral, risco cirúrgico ASA I e II, que concordaram em participar desta pesquisa assinando o TCLE. Após admissão, foi realizada aferição antropométrica (peso, altura, circunferência abdominal, massa magra, índice de adiposidade). Os pacientes foram submetidos a técnica anestésica e cirúrgica padronizadas. Foram determinados quatro pontos por palpação na parede abdominal: os pontos X (xifóide), P (púbis), D e E (cristas ilíacas). Antes e durante a realização do pneumoperitônio (até 18mmHg) foram medidas as distâncias entre os pontos XP e DE e anotado o volume corrente respiratório. Os resultados foram submetidos à análise estatística. Resultados: participaram 44 pacientes, sendo 36 mulheres e 8 homens. As medidas XP e DE progrediram proporcionalmente ao aumento da PIA. XP apresentou maior crescimento no gênero feminino, obesos e idosos. A medida DE não apresenta diferença de progressão entre os grupos estudados. O volume corrente respiratório apresenta decréscimo proporcional ao aumento da PIA, alcançando redução média de 38% quando a PIA era de 18mmHg, e é mais acentuado no gênero feminino. Conclusões: o aumento da PIA até 18mmHg determina expansão cavitária proporcional, sendo mais significativa em mulheres, idosos e obesos, e redução também proporcional do volume corrente respiratório. Bibliografia: 1. ZamanM, Singal S, Singal R et al. Comparasion of open and closed entry techniques for creation of pneumoperitoneum in laparoscopic surgery in terms of time consumption, entry-related complications and failure of technique. World Journal of Laparoscopic Surgery 2015; 8(3):69-71 2. Azevedo JLMC. Establishing an artificial pneumoperitoneum for laparoscopic procedures. BrasJVideo-Sur, 2011; 4(1):35-41

PALAVRAS-CHAVES: Laparoscopia | Cavidade abdominal | pneumoperitônio

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2532

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COMPARAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE HERNIOPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA DA REGIÃO INGUINAL E OUTROS SÍTIOS POR MEIO DAS TÉCNICAS TEP E TAPP: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO TULIO VALE FRAZÃO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), LUCIANO LEAL NEVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), ELIAQUIM RIBEIRO DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), DANIVAL FERREIRA DE CASTRO JÚNIOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), LORENA PASSOS SOARES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), KENNY ROGERS MARCONDES PINTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), DIEGO NEVES OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG), GENTIL AUGUSTO FRAZÃO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: OBJETIVO: Analisar a prevalência das técnicas Transabdominal Pré-Peritonal (TAPP) e a Totalmente Extraperitonal (TEP) de hernioplastia videolaparoscópica inguinal (HVI) e outros sítios próximos. MÉTODOS: Realizou-se uma revisão sistemática feita por busca no banco de dados PubMed, LILACS e pesquisa manual. As palavras chaves para a estratégia de busca foram: Videolaparoscopic herniorrhaphy inguinal nos anos de publicação entre 2012 a 2017. O critério de elegibilidade foi definido de acordo com o número de pacientes submetidos à HVI por técnicas TEP e TAPP. RESULTADOS: Dos 25 artigos analisados 13 artigos referente a HVI por meio da técnica TAPP e 12 artigos por TEP. Com população geral de 57.636, sendo 43.390 (75,28%) da técnica TAPP e 14.248 (24,72 %) com TEP. Os Pacientes foram classificados quanto a idade em menor que 65 anos (87,20%) e maiores que 65 anos (12,80%); sexo masculino (77,11%) e feminino (22,89%), ASA (sociedade americana de anestesiologia) classificação II (51,10%), localização da região inguinal (97,70%), duração da operação e estadia hospitalar. CONCLUSÃO: Percebeu-se uma predileção maior à técnica TAPP quando comparada a TEP. Os pacientes selecionados são em sua maioria menores que 65 anos do sexo do masculino e classificados como ASA II o que vai de acordo com a literatura, em grande parte são cirurgias eletivas. Embora, exista uma pequena discrepância entre o tempo de duração da TEP sendo menor e TAPP maior, o estadiamento hospitalar são iguais. Nas cirurgias de hérnias encarceradas percebeu-se o aumento do procedimento com predomínio da TAPP com tempo de evolução do encarceramento de até 1 hora, o que mostra uma maior tendência a execução desta técnica. Os estudos são mais direcionados a tratamento da hérnias inguinal unilateral ou bilaterais e demonstram carência desses quando se refere a outros sítios da parede abdominal. A abordagem pela TEP e TAPP representam técnicas seguras e eficazes para a reparação da hérnia inguinal. No entanto, requer cirurgiões experientes para garantir a segurança com especial atenção aos principais pontos técnicos, bem como a gestão de complicações.

PALAVRAS-CHAVES: Herniorrafia | Videolaparoscópica | Inguinal

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2558

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem cirúrgica vídeo-assistida de hérnia intercostal abdominal espontânea

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTA MARCHI DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), DIEGO ADAO FANTI SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), LILIAN KANAWA TANGODA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), CLAUDIO RENATO PENTEADO DE LUCA Fº (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), MILTON SCALABRINI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), DAVID CARLOS SHINGUEOKA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), RAMIRO COLLEONI NETO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO), GASPAR DE JESUS LOPES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: A hérnia intercostal abdominal espontânea é rara, ocorrendo principalmente em homens acima dos 50 anos, estando relacionada ao aumento súbito da pressão intra-abdominal, particularmente, a tosse. A protrusão do conteúdo abdominal ocorre através de descontinuidade diafragmática e/ou da musculatura intercostal, manifestando-se como abaulamento na região toracoabdominal, podendo associar-se a equimose e desconforto local. O diagnóstico baseia-se no exame clínico associado a um método de imagem, preferencialmente, a tomografia computadorizada, que permite uma avaliação detalhada da localização, tamanho do defeito e do conteúdo herniado. A conduta é cirúrgica e consiste na correção do defeito, com o uso opcional de tela. Apresentamos um caso de hérnia intercostal abdominal espontânea à direita, corrigida por cirúrgica vídeo-assistida. Relato do caso: Mulher, 81 anos, com abaulamento progressivo de parede torácica e hipocôndrio direito nos últimos 4 meses, redutível, associado a dor à movimentação, com equimose local de manifestação recente. Correlacionava o início dos sintomas com episódios de tosse incoercível, negando trauma local. Ao exame clínico, apresentava abaulamento entre arcos costais inferiores à direita, redutível, com movimento ventilatório paradoxal e equimose extensa. A tomografia computadorizada, evidenciou hérnia no 9º espaço intercostal direito, que se continuava inferiormente pela parede lateral do abdome, entre os músculos oblíquo externo e interno, com colo medindo 7,5 x 10,5 cm, com protrusão de gordura mesentérica, ângulo hepático do cólon e de parte do segmento VIII hepático. A paciente foi submetida a cirurgia vídeo-assistida para facilitar o acesso local. Foi evidenciado defeito no músculo transverso do abdome e na inserção diafragmática, com fechamento do orifício e reinserção do diafragma em sua posição original, sendo colocada tela de polipropileno revestida com celulose em posição intraperitoneal, fixada com grampos de poligalactina. A paciente evoluiu com derrame pleural não complicado à direita, sem necessidade de intervenção, recebendo alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório. A paciente não apresentou sinais de recidiva até o 6º mês de pós-operatório. Conclusão: A hérnia intercostal espontânea é um defeito raro, sendo a cirurgia vídeo-assistida uma alternativa técnica para sua correção.

PALAVRAS-CHAVES: hérnia intercostal | hérnia | cirurgia minimamente invasiva

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2605

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Desafio de hernioplastia incisional em paciente vítima de bombardeio: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EUDES CARVALHO ASSIS FILHO (FACIPLAC), FERNANDA CRISTINA SOUSA SILVA (FACIPLAC), ANNA CLARA BARROS REGATIERI (FACIPLAC), ANA BEATRIZ BALIZA BARROS (FACIPLAC), GABRIEL BROM ANDRADE (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA), DANIELLA SILVA MENA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA), GIULIANO TROMBETTA AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA), SÉRGIO HITOSHI MIYAZAKI (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA)

RESUMO: Introdução: As hérnias ventrais são caracterizadas por protrusão através da fáscia abdominal anterior que incluem tanto as hérnias espontâneas quanto, mais comumente, as hérnias incisionais após operação abdominal. A correção cirúrgica de hérnias incisionais abdominais (HIA) ainda é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns, ocorrendo em cerca de 11% das laparotomias. Em geral, as hérnias surgem nos primeiros cinco anos após a operação. O presente estudo descreve o caso de um paciente do sexo masculino, 68 anos, admitido no serviço do Hospital Regional do Gama-DF (HRG) devido a hérnia ventral e inguinal, natural da Palestina e vítima de bombardeio na Faixa de Gaza há 50 anos, sendo submetido, desde então, a 13 cirurgias devido a lesões causadas por estilhaços de bomba. Dentre essas abordagens, 9 foram abdominais, trazendo um grande desafio para a definição de terapêutica e conduta. Relato de caso: Paciente procurou o serviço por conta de uma hérnia inguinal à direita e hérnia ventral abdominal. Ao exame, observaram-se múltiplas cicatrizes abdominais, presença de anel inguinal externo direito frouxo com protrusão de conteúdo herniário à valsava. Apresentava, ainda, incisão transversal abdominal supraumbilical, com abaulamento importante a ortostase associado a anel herniário com cerca de 12cm, redutível. Paciente sabidamente diabético, hipertenso e com arritmia cardíaca. Realizou-se incisão elíptica em cicatriz prévia transversa em hemiabdomine com cerca de 25cm, dissecação por planos até identificar a presença de três grandes anéis herniários com cerca de 3, 4 e 5 cm de diâmetro, isolamento e dissecação, mantendo a integridade do peritônio e síntese dos anéis herniários. Realizada a colocação de tela de polipropileno subaponeurótica (supra peritoneal) e fixada em aponeurose de músculo reto com prolene 0-0 e pontos em U. Além de colocação de dreno hemovac supra aponeurótico seguido de síntese por planos. Conclusão: Sabidamente o diagnóstico de hérnia ventral e inguinal é realizado sem muita dificuldade. Porém, neste caso, houveram vários obstáculos. Primeiramente, em relação ao diagnóstico, pois o paciente já havia sido submetido a 9 cirurgias abdominais e por isso as relações anatômicas já se encontravam bastante alteradas. Segundamente, em relação à técnica cirúrgica utilizada, devido a indisponibilidade da tela de polidioxanona (Proceed) na secretaria de saúde, utilizando-se como alternativa a tela de polipropileno subaponeurótica.

PALAVRAS-CHAVES: Hernioplastia | Incisional | Tela

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2770

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TÉCNICA DE TRANSPOSIÇÃO PERITÔNIO-APONEURÓTICA ACRESCIDA DE TELA MARLEX ONLAY PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA INCISIONAL: UMA OPÇÃO COM BAIXAS TAXAS DE RECIDIVAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LORENA MARQUES DE PIAU VIEIRA (UNIPAM), EDSON ANTONACCI JR. (UNIPAM), ISABELA MARIA OLIVEIRA MIRANZI (UNIPAM), MICHELLE OLIVEIRA NINA ROCHA (UNIPAM)

RESUMO: Introdução: Com uma alta frequência, a correção de hérnias incisionais abdominais (HIA) representa 11% das laparotomias. Em geral, manifestam-se nos primeiros 5 anos após a cirurgia. Os pacientes que são submetidos a cirurgias bariátricas comumente evoluem com hérnias incisionais. A associação de comorbidades como o diabetes e distúrbios nutricionais, aumenta a incidência desse tipo de defeito. Existem várias técnicas para correção destas hérnias, dentre elas a transposição peritônio-aponeurótica, descrita por Lázaro da Silva. Define-se como o aproveitamento do saco herniário no reforço parietal das hérnias incisionais como uma prótese autóloga, inócua e com baixos índices de recidiva. A técnica inicia-se com a incisão de pele, retirando-se a cicatriz anterior sem abrir o saco herniário. É feito o descolamento dos retalhos para exposição ampla do saco herniário e das aponeuroses anteriores dos retos abdominais. Realiza-se uma incisão do saco herniário, obtendo-se dois retalhos peritônio-fibrosos, ultrapassando-se com a secção os limites do anel herniário. Expõe-se então, as bordas mediais dos músculos retos do abdome, realizando-se em seguida uma transposição peritônio-aponeurótica em camadas. Relato de caso: JDNN, sexo masculino, 61 anos, internado para cirurgia de correção de volumosa hérnia pós-cirurgia bariátrica em face anterior do abdômen com extensão xifo-púbica. Diante do quadro clínico do paciente foi realizada uma hernioplastia por meio da técnica de transposição peritônio aponeurótica. Ao final desse procedimento realizou-se uma abdominoplastia em âncora com finalidade estética. O paciente apresentou-se com a parede abdominal complacente, funcional, dinâmica e esteticamente favorável. No caso do paciente JDNN a técnica de Lázaro da Silva foi acrescida de posicionamento de tela de Marlex® ?onlay?, reparando todo o defeito, para aumentar a segurança do reparo herniado. Conclusão: Portanto, o procedimento realizado no paciente JDNN mostrou-se uma excelente alternativa aos cirurgiões diante do baixo percentual de complicações e recidivas. Ademais, fornece benefícios estéticos e mantém a funcionalidade muscular do paciente. BIBLIOGRAFIA:[2] Melo de, R. M. Reconstruindo a parede abdominal: o advento de uma técnica. Revista colégio Brasileiro de cirurgia, Goiânia, v.37, n.6, p. 450-456, 2010.[3] Roxo, C. D. et al. Tratamento das hérnias incisionais nas abdominoplastias. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, Rio de Janeiro, v. 23, p. 184-188, 2008.

PALAVRAS-CHAVES: hérnia incisional | abdominoplastia | hernioplastia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2795

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia de Spiegel: revisão da literatura e relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CYBELE CUNHA FARIA (UNAERP), LEONARDO CLÁUDIO ORLANDO (UNAERP), AMANDA ALVES DE OLIVEIRA (UNAERP)

RESUMO: Introdução: As hérnias de Spiegel (HS) localizam-se ao nível da linha semilunar de Spiegel, no bordo lateral dos músculos retos abdominais. São entidades raras, correspondem de 0,12 a 2% de todas as hérnias da parede abdominal. Pode ser considerado um defeito congênito ou adquirido, e quando adquirido, costuma se desenvolver durante a quarta e a sétima décadas de vida. Afeta ambos os lados direito e esquerdo, sendo discretamente mais frequente em mulheres. O diagnóstico pode ser obtido através da clínica, mas ultrassonografia e tomografia computadorizada são recursos bastante utilizados. Habitualmente estas hérnias têm indicação cirúrgica pelo risco de encarceramento que ronda os 25% e pelo risco de estrangulamento que pode atingir os 10%. Pode ser realizada reparação primária, com tela ou cirurgia laparoscópica. Relato do caso: Paciente C.C.S, 38 anos, G6P6A0, com queixa de dor e abaulamento em região periumbilical direita há 1 ano e 5 meses. Relata que os sintomas tiveram início após último parto cesáreo e que os mesmos atrapalham suas atividades diárias, nega melhora da dor com uso de analgésicos simples. Sem outras comorbidades. Ao exame: abdome semigloboso, doloroso a palpação profunda, com presença de abaulamento em região de QID, acentuado por manobra de Valsalva. Feito diagnóstico de hérnia incisional (Spiegel) e indicado correção cirúrgica. Foi realizada abordagem anterior, com abertura dos planos, dissecação e redução do conteúdo herniário e encerramento do orifício. Optado por colocação de prótese sintética, devido ao tamanho da hérnia e por garantir melhores resultados. Conclusão: Ao contrário da maioria das hérnias da parede abdominal anterior, o sintoma mais frequente na HS é a dor e não a tumefação, sendo por isso considerado um diagnóstico de exclusão. Muitas vezes é necessário o auxílio de exames de imagem para confirmação diagnóstica. Este caso descrito reitera a importância de um alto nível de suspeição perante a clínica de dor ao longo da linha de Spiegel, em particular se for localizada inferiormente ao umbigo. O diagnóstico e abordagem cirúrgica precoce, evitam complicações como estrangulamento, que na HS atinge até 10% dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia de Spiegel | linha semilunar de Spiegel | hérnia incisional

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2798

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia incisional encarcerada com perfuração de alça em saco herniário por palito: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KELLY CRISTINA TEIXEIRA DA SILVA (FAMINAS BH), VINÍCIUS NOBRE FLÁVIO (HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D'AMATO), WILSON SANTANA SILVA JUNIOR (FAMINAS BH), ROBERTO ELIAS DO NASCIMENTO SOARES (HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D'AMATO), MARCOS PAULO FERREIRA C. ALVES REIS (HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D'AMATO), VICTORIA VICTOR (HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D'AMATO), ALEXANDRE MARQUES DOS SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D'AMATO), ELIPHAS LEVI ASSUMPÇÃO EGG GOMES (INSTITUTO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES - IPTAN)

RESUMO: Introdução: A hérnia incisional é definida como protusão do conteúdo abdominal através de áreas enfraquecidas na parede abdominal em virtude de intervenções cirúrgicas anteriores. A sua ocorrência tem sido relatada em até 10% dos casos em procedimentos cirúrgicos abdominais, sendo resultantes do excesso de tensão nas margens aponeuróticas e da cicatrização inadequada da parede, principalmente em pacientes hipertensos, diabetes, obesos, renais crônicos e que fazem uso de corticosteroides. As hérnias incisionais ocorrem principalmente nas incisões infra-umbilicais medianas, seguidas pelas supra-umbilicais medianas, infra e supra umbilicais de urgência, incisões para apendicectomias e do trato biliar. A pele e o tecido subcutâneo suprajacentes estão estirados e lesionados e geralmente os pacientes sentem dores na região lombar, devido a lordose resultante da retração da musculatura de sustentação e da eficiência reduzida do músculo reto abdominal. E esses sintomas podem levar a dificuldade de micção e evacuação. Relato de caso: MLH, feminina, 75 anos, admitida em pronto socorro com quadro de constipação intestinal há 4 dias, evoluindo abruptamente com dor abdominal, vômitos, diarreia e prostração. Ao exame, paciente sudoreica, dor abdominal à palpação com sinais de irritação peritoneal. Presença de tumoração na cicatriz cirúrgica. Paciente levada ao bloco cirúrgico, submetida a laparotomia exploradora que evidenciou saco herniário incisional (região umbilical) contendo alça de íleo perfurada por palito intraluminal, com contaminação local por conteúdo entérico. Realizada ressecção de segmento afetado de íleo e anastomose primária látero-lateral íleo-ceco. Posicionado dreno a vácuo (portovac) em subcutâneo. Boa evolução pós-operatória, retirado dreno e alta em 06° DPO, sem queixas. Conclusão: A hérnia incisional deve ser tratada precocemente e de forma cirúrgica. É importante o conhecimento das principais incisões abdominais, uma vez que algumas são mais susceptíveis a evolução para hérnias incisionais entre pacientes com os fatores de risco citados anteriormente.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia Incisional | Perfuração de Alça | Saco Herniário

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2804

FORMA DE APRESENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO ORAL

TÍTULO: ABDOMINOPLASTIA ASSOCIADA À CORREÇÃO DE DEFEITOS DA PAREDE ABDOMINAL ? EXPERIÊNCIA NO HUGG

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDUARDO COSTA TEIXEIRA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), FLÁVIO MARQUES DE CARVALHO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), MARCUS VINICIUS DA SILVA COIMBRA FILHO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), EDWIN CHARRIS CABALLERO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), FERNANDA MARSICO DO COUTO TEIXEIRA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO), MAYARA FERNANDA VICTAL (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL E ESPECIALIZADA - EMC/UNIRIO)

RESUMO: INTRODUÇÃO - O abdômen ocupa uma posição central do corpo humano, sua forma é dada pela estrutura esquelética, pela quantidade e distribuição de tecido adiposo, aspecto e situação da pele, integridade do sistema músculo aponeurótico e o conteúdo intracavitário. Sendo cada um desses componentes uma variável independente dentro do diagnóstico da deformidade da parede abdominal determinando o tipo de tratamento a ser indicado para o paciente. Pitanguy divide as deformidades abdominais em duas categorias: alterações estéticas e funcionais. Os defeitos estéticos são aqueles que modificam o contorno corporal e devem-se principalmente à flacidez da parede abdominal, acúmulo de gordura e enfraquecimento músculo-aponeurótico. Os defeitos como as hérnias comprometem o aspecto funcional da parede abdominal. A correção de hérnias incisionais abdominais permanece como um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns uma vez que ela ocorre em torno de 11% das laparotomias. A dermolipectomia abdominal pode ser indicada para o tratamento cirúrgico dessas alterações estéticas e funcionais da parede do abdômen, bem como dos aspectos psicológicos referentes à autoestima dos pacientes. OBJETIVOS - Avaliar a viabilidade da associação da abdominoplastia com a correção dos defeitos de parede abdominal (hérnias incisionais, umbilicais e epigástricas volumosas). METODOLOGIA ? Estudo retrospectivo, incluindo 36 pacientes submetidos a dermolipectomias abdominais associadas a correção de defeitos da parede abdominal no HUGG no período de 2005 à 2016. Foi avaliada a efetividade da técnica proposta na correção das hérnias, bem como os índices de complicações e recidivas e o tempo de internação. RESULTADOS ? O estudo mostrou que a técnica proposta permitiu a correção das hérnias em todas as pacientes em que foi indicada. A maior parte foi de hérnias incisionais, seguidas pelas umbilicais e epigástricas. Não foram observadas recidivas. As complicações relatadas foram compatíveis com as descritas na literatura para as abdominoplastias convencionais, sendo as mais comuns: seromas, deiscências de suturas, abscessos e cicatrizes hipertróficas. CONCLUSÕES ? Os autores concluem que a associação da dermolipectomia abdominal (Abdominoplastia) com a correção de hérnias ventrais é uma alternativa válida para a correção das deformidades da parede abdominal.

PALAVRAS-CHAVES: Abdominoplastia | eventração | hérnia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2885

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE AMYAND E LITRE ENCARCERADA À ESQUERDA OCACIONANDO ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA (INSTITUTO VIGOR), TIAGO COSTA DO AMARAL (HOSPITAL PRONTO SOCORRO JOÃO PAULO II), RENATA CARLOTTO DE LIMA (HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO), FLAVIA RAIANE DA SILVA DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), KATHERINE GUIMARÃES DE ALENCAR (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), ANA CLARA REIS BORGES (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), LETÍCIA LOPES CORDEIRO SOARES (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), ÉRIKA ALVES DUTRA DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO Hérnia inguinal é a protusão do conteúdo abdominal através do anel inguinal profundo ou através da parede posterior do canal inguinal. Cerca de 7% dos casos apresentam estruturas incomuns no interior do saco herniário. Hérnia de Amyand possui apêndice vermiforme no saco herniário, podendo ou não estar inflamado. Hérnia de Littré caracteriza-se pela presença de divertículo de Meckel no interior do saco herniário. Ambas as patologias possuem incidência menor que 1%.RELATO DO CASO V.V.S, homem, 73 anos, refere dor abdominal em flanco esquerdo há 5 dias, com parada da eliminação de fezes e flatos, associado a êmese. Relata ser portador de hérnia inguino-escrotal esquerda há 10 anos. Ao exame físico o paciente apresentava pressão arterial de 170x90 mmHg, frequência cardíaca 86 bpm, abdome flácido, distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos, doloroso a palpação profunda em flanco esquerdo, ausência de irritação peritoneal e volumosa hérnia inguino-escrotal esquerda não redutível. Exame radiográfico com nível hidroaéreo sem pneumoperitônio. O paciente foi encaminhado para cirurgia com hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo. Realizado inguinotomia transversa, observou-se que o saco herniário possuía grandes dimensões e no seu interior havia intestino delgado com divertículo de Meckel, ceco com apêndice e parte do colón ascendente, sem sinais de sofrimento de alças, sem apendicite ou inflamação do divertículo de Meckel. Foi reduzido o conteúdo herniado para a cavidade e realizado rafia do saco herniário. Além disso, realizou-se reforço posterior através da técnica de Lichtenstein. Paciente recebeu alta após 3 dias.CONCLUSÃO Na maior parte dos casos, a hérnia de Amyand ocorre do lado direito, provavelmente devido à posição anatômica do apêndice. No caso supracitado, a hérnia apresentou-se do lado esquerdo, constituindo uma entidade rara, pois poucos são os relatos na literatura a respeito desta posição à esquerda. Ambas as hérnias, quando se apresentam no lado esquerdo, estão associadas à situs inversus, mal rotação intestinal e mobilidade cecal. O diagnóstico destas enfermidades é feito, na maioria dos casos, durante o ato operatório e o tratamento instituído varia de acordo com as condições clínicas e o comprometimento do conteúdo do saco herniário.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia de Amyand | Hérnia de Littré | Abdome agudo obstrutivo

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2887

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia inguinal e situs inversus totalis: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YURI KOSSA BARBOSA (HOSPITAL DAS CLINICAS - UFG), NATÁLIA GOMES NAGATO (HOSPITAL DAS CLINICAS - UFG), HIGOR COSTA GOMES (HOSPITAL DAS CLINICAS - UFG), PATRICK CORREIA DE SOUZA ARAÚJO (HOSPITAL DAS CLINICAS - UFG), FERNANDO GONÇALVES LIMA (HOSPITAL DAS CLINICAS - UFG)

RESUMO: Introdução: Hérnias da parede abdominal são comuns, estimando-se que cerca de 5% da população venha desenvolver alguma. Dessas, 75% ocorrem na região inguinal, sendo 2/3 do tipo indiretas, ocorrendo mais comumente a direita e com propensão 25 vezes maior em homens em relação a mulheres. Situs inversus totalis é uma anomalia rara, com incidência de 1/10000 nascimentos, associado com padrão de herança autossômica recessiva na qual há inversão total dos órgãos torácicos e abdominais, respeitando a linha sagital. Está associada com Síndrome de Kartagener, na proporção de 1/25.000 nascimentos. Relato do caso: Paciente de 55 anos chega ao ambulatório com queixa de abaulamento em região inguinal esquerda de aparecimento há 14 anos. Relata ainda presença de vômitos e epigastralgia constantes, associados com aumento do abaulamento supracitado. Ao exame físico, presença de hérnia inguinal à esquerda com perda de domicílio, sem sinais de estrangulamento. Solicitados pré-operatórios e endoscopia digestiva alta. Nesta última, visualizado desvio de rotação do estômago e duodeno, sugestivos de situs inversus totalis. Paciente traz ainda radiografia de tórax com dextrocardia. Solicitada tomografia de abdome total para investigar conteúdo herniário, na qual foi visualizada inversão total dos órgãos abdominais com sigmoide redundante a direita, atravessando a linha sagital e herniando através do canal inguinal a esquerda. Programada cirurgia para correção do defeito, realizada técnica de Lichtenstein para correção de hérnia inguinal indireta, sem abertura do saco herniário, com colocação de tela de Malex sem intercorrências. Conclusão: Este caso demonstrou que a presença de situs inversus totalis, quando isolado, é assintomático para o paciente, sendo um achado ocasional. Especificamente neste paciente, a particularidade se dá pelo sigmóide estar do lado direito mas sendo conteúdo de uma hérnia inguinal contra-lateral. Em relação à técnica o conteúdo não interferiu, sendo o reparo feito livre de tensão sem intercorrências.

PALAVRAS-CHAVES: hérnia inguinal | situs inversus totalis | perda de domicílio

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2902

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uso de telas biológicas em correção de hérnias incisionais: Relato de casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMYLLE REIS FIGUEIREDO (IAMSPE), ELLEN TREVELIN (IAMSPE), REBECCA MARIAN M. CORREIA SAMAAN (IAMSPE), RICARDO TOLEDO (IAMSPE), ANDRESSA ABNADER MACHADO (IAMSPE), JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH (IAMSPE)

RESUMO: IntroduçãoHérnia incisional é uma afecção comum, com incidência após laparotomias de aproximadamente 11-20%. A correção de hérnia incisionais ventrais com sutura tem uma taxa de recidiva de cerca de 36-56%. Com o advento de materiais sintéticos, esta taxa caiu para cerca de 19-32%. Telas de material sintético são utilizadas em larga escala, porém em pacientes alto risco de infecção, cada vez mais encontra-se o papel de telas biológicas.O objetivo deste trabalho é relatar dois casos nos quais foram utilizadas telas biológicas em pacientes considerados de alto risco para complicações infecciosas.Relato de CasosPaciente R.P.B.S, 60 anos, feminino, diabética, com passado de apendicectomia laparotômica que evoluiu com hérnia incisional um ano após. Realizada herniorrafia, inicialmente com colocação de tela sintética. Paciente evoluiu com episódios de abscessos de parede e recidiva. Paciente procura o pronto socorro do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE) por novo quadro infeccioso. Ao exame físico, identificava-se área endurecida com hiperemia em região supraumbilical. Realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou volumosa hérnia paraumbilical esquerda com falha aponeurótica de 5,1 cm e coleção próxima de 9,2x4,1x4,0 (com volume estimado de 79ml). Optado por drenagem de abscesso. Iniciado antibioticoterapia. Após melhora, realizada correção da hérnia incisional. Observado defeito aponeurótico de 8x5cm. Corrigido defeito. Localizado retalho de tela biológica porcina sobre aponeurose íntegra. Paciente evoluindo após nove meses sem sinais de recidiva.O segundo relato trata-se da paciente O.J.P, 77anos, feminino. Veio ao pronto socorro do HSPE com hérnia incisional encarcerada. Ao exame, encontrava-se com volumosa hérnia em topografia umbilical, irreductível. Indicada correção da hérnia de urgência. Evidenciado defeito aponeurótico de cerca de 12cm, com saco herniário em seu interior. Optado por manutenção do saco herniário com fechamento do mesmo e colocação de tela biológica porcina por cima do mesmo. Paciente sem sinais de complicações infecciosas e sem recidiva da hérnia após 02 meses do procedimento.ConclusãoO uso de telas em cirurgias de herniorrafias incisionais é algo que diminui chances de recidiva. No contexto de pacientes com alto risco de infecção, o uso de telas biológicas vem apresentando vantagens. Em ambos os casos relatados, acredita-se que o seu uso diminuiu ou minimizou as chances de complicações infecciosas.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA | BIOLÓGICA | TELA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2951

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pneumoperitônio Progressivo no Tratamento das Hérnias Incisionais Gigantes: Relato de Casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUIZ AUGUSTO DE OLIVEIRA MACHADO (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), PAULA CAROLINA DE OLIVEIRA ANDRADE (HOSPITAL FELICIO ROCHO), GUSTAVO LARANJO AVELAR (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), ANDRÉ DELLARETI BARRETO MARTINS (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND (HOSPITAL FELICIO ROCHO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O tratamento das hérnias inficionais gigantes continua desafiando cirurgiões experientes. A perda do domicílio do conteúdo abdominal herniado acaba por reduzir a volumetria da cavidade peritoneal. A tentativa de reduzir o conteúdo herniado sem proporcionar previamente espaço na cavidade peritoneal para recebê-lo pode ocasionar intercorrências potencialmente fatais no pós-operatório decorrente da hipertensão abdominal. Essa hipertensão abdominal, motiva grandes transtornos ventilatórios e hemodinâmicos e pode caminhar para a síndrome de compartimento abdominal. Esta, é fatal quando não imediatamente reconhecida e tratada. RELATO DE CASOS: Caso 01: Paciente H.A, 33 anos, sexo masculino, vitima de acidente automobilístico, submetido a laparotomia de urgência, evoluiu com eventração no pós-operatório imediato com posterior hérnia incisional gigante. Caso 02. Paciente O.P., 67 anos, sexo masculino, submetido à apendicectomia convencional com posterior reintervenção cirúrgica por complicação pós-operatória evoluindo com grande hérnia incisional em fossa ilíaca direita. Para o tratamento de ambos os pacientes foi implantado um cateter vascular na cavidade peritoneal e realizado pneumoperitônio progressivo com insuflação de ar ambiente, durante 12 dias. Após este período, os pacientes foram submetidos a herniorrafia com utilização de tela de polipropileno. Evoluíram sem complicações pós-operatórias, recebendo alta hospitalar. CONCLUSÃO: O pneumoperitônio progressivo, através de uma técnica simples, com insuflação de ar ambiente diariamente, satisfaz essa necessidade, criando espaço para receber essas vísceras herniadas. Esses dois casos, recentemente tratados, reacenderam a importância dessa abordagem, em que pese tantos recursos modernos de técnica operatória no tratamento desta entidade.

PALAVRAS-CHAVES: Pneumoperitônio progressivo | Hérnias incisionais gigantes | Correção cirúrgica de hérnias incisionais gigantes

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2968

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA INCISIONAL, EM LOCAL DE TROCATER, PÓS LAPAROSCOPIA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KÁCIO DA SILVA MOURÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), GUSTAVO DE OLIVEIRA GONÇALVES (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), JORGE KEVIN NASCIMENTO NEGREIROS (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), MARJA LUCENA DE SOUZA (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), LEVINDO ALVES DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), KLEBER LEMOS REIAL JÚNIOR (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), MARCIO FREIRE DE MELO LIMA (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), RANDIELLY MENDONÇA DA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Introdução: Hérnia Incisional (HI) é uma complicação freqüente das cirurgias convencionais abertas, sendo encontrada em 5 a 15% dos casos. Esta prevalência varia conforme os diferentes estudos, o subgrupo de pacientes estudados e a duração do acompanhamento. Objetivo: Relatar caso de hérnia incisional em área de introdução de trocáter oito anos após o procedimento. Métodos: Realizou-se revisão literária em bancos de dados (Scielo e Pubmed) e análise retrospectiva de prontuário. Discussão: apresentamos o caso de uma mulher, 55 anos, admitida no Pronto- Atendimento Airton Rocha referindo dois desmaios, ausência de fezes e flatos, vômito, hiporexia além de dor, em compressão, em hipocôndrio direito com irradiação em faixa para a região lombar (9/10). Em exame físico, apresentou massa palpável em quadrante inferior direito. Realizou exames laboratoriais que apresentou glicemia pos-prandial de 210,30 mg/dL, creatinina 3,44mg/dL, além de radiografia de abdome que evidenciou obstrução intestinal e tomografia de abdome que constatou coleção em região retroperitoneal e estrangulamento de alça. Conclusão: Apesar de associada a menor risco de HI, as operações laparoscópicas não estão isentas desta complicação (0,8% a 2,8%). A despeito de sua raridade, hérnia encarcerada em orifício de trocater lateral não deve ser esquecida pelos cirurgiões como potencial responsável por casos de obstrução intestinal precoce, ocorrendo tipicamente entre o terceiro e sétimo dia pós-laparoscopia, sobretudo em pacientes obesos.

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA INCISIONAL|TROCATER|LAPAROSCOPIA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 3057

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERSISTÊNCIA DE ÚRACO EM PACIENTE DE MEIA-IDADE:RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE DE MATTOS FERREGUTTI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA), ANDREIA MARTINS GORI (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI), KARIN HACKEL (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Úraco é um remanescente de alantoide de superfície ventral do seio urogenital até o cordão umbilical, que conecta o ápice da bexiga. Normalmente regride e torna-se o ligamento umbilical médio no adulto. O úraco persistente é uma anomalia congênita rara, que ocorre em 1,6% das crianças menores de 15 anos e em 0,063% dos adultos.RELATO DE CASO: CIW, sexo feminino, de 51 anos, comparece ao serviço de urgência do nosso serviço, com quadro de sangramento ativo em região de cicatriz umbilical há 15 dias, após queda da própria altura., associado a dor e com piora ao tossir. Exame físico, se apresentava em bom estado geral, corada, hidratada, eupneica e afebril. Abdome globoso, flácido, , indolor a palpação. Apresentava leve sangramento em região de cicatriz umbilical, além de hérnia umbilical redutível. Foi indicado o procedimento cirurgico, com incisão mediana transumbilical , evidenciando a presença de bolsa de úraco, abaixo da cicatriz umbilical. Paciente evolui bem no pós operatório imediato, recebendo alta após 3 dias. Anatomopatológico evidenciou processo inflamatório agudo, ao lado de infiltrado linfocitário, e tecido de granulação.CONCLUSÃO: Lesões úracais raramente apresentam manifestações clínicas em adultos, sendo mais frequentes os problemas em crianças. O diagnóstico de anormalidades úracais pode ser feito através de um bom exame físico associado a um estudo de imagem apropriado. No presente estudo, o fato que distingue-se dos demais estudos vistos em diversas plataformas, , é o fato da paciente já ser adulta. Outro fator preponderante é a idade já avançada da paciente (51 anos) sendo observado na literatura, relatos em pacientes adultos com variações de idade de 25 a 38 anos.

PALAVRAS-CHAVES: PERSISTÊNCIA ÚRACO EM ADULTOS|PERSISTÊNCIA DE ÚRACO|ÚRACO

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 3064

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Bloqueio perineural em hernioplastia inguinal ? Um aditivo para o controle da dor : Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS AZEVEDO FARIA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), BÁRBARA DA SILVA OLIVEIRA FONSECA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), KENIA DAZZI BERGI (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), LUIS GUSTAVO ORIGA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), JOSÉ REINALDO RIBEIRO DE QUEIROZ JUNIOR (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), GUILHERME AUGUSTO NUNES CORREA LIMA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), FABIO PIMENTEL MARTINS (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE)

RESUMO: Introdução: Cerca de 5% da população desenvolve hérnia na parede abdominal. Aproximadamente 69% de todas as hérnias ocorrem na região inguinal com uma relação de 80% dos casos atingindo homens e 20% mulheres. O tratamento dessa doença baseia-se essencialmente na correção cirúrgica. A incidência de dor após hernioplastia inguinal pode variar de 11,5% a 47% e é um fato que leva a grande desconforto pós operatório especialmente nos pacientes candidatos a alta hospitalar precoce. Objetivo: O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso que foi atendido na Santa Casa de Belo Horizonte e incluído no estudo cuja amostra foi composta por 36 pacientes submetidos a hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein com identificação, preservação e bloqueio perineural dos nervos da região inguinal, com intuito de melhor analgesia e redução de complicações pós operatórias. Relato de caso: S.F.O., 62 anos, compareceu para consulta com a VIII Clínica Cirúrgica no Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizonte com queixa de dor e abaulamento em região inguinal esquerda com cerca de cinco meses de evolução. Ao exame foi constatado hérnia inguinal esquerda, de conteúdo redutível. Paciente foi submetido a hernioplastia inguinal esquerda pela técnica de Lichtenstein sob raquianestesia. Durante o procedimento foi realizada identificação e preservação dos nervos ilioinguinal, ilio hipogástrico e ramo genital do genitofemoral seguido de bloqueio perineural dos mesmos com 1 ml de Bupivacaína 0,5%. Após 6h do procedimento foi reavaliado pela equipe. O paciente estava tranquilo no leito, sem queixas álgicas, já tolerava dieta oral e deambulava sem dificuldades. Recebeu alta hospitalar 12 horas após a cirurgia, não tendo sido necessário a utilização de nenhum analgésico durante a internação. Conclusão: Os resultados evidenciaram que 83% dos pacientes não apresentaram nenhuma queixa de dor nas primeiras 6-8 horas pós-operatórias, apenas 16,6% necessitaram de 1g de dipirona em dose única cerca de 4h após o procedimento e apenas um paciente apresentou dor intensa pela escala visual analógica e fez uso de Paracetamol com Codeína. Conclui-se que o paciente submetido a infiltração perineural apresenta maior conforto por ocasião da alta, menor consumo de analgésicos, facilita a alta hospitalar precoce e retorno mais rápido às suas atividades.

PALAVRAS-CHAVES: hernioplastia inguinal | bloqueio perineural | neuralgia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 3094

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reparo Robótico das Hérnias Ventrais: Utilização da Técnica Onlay para Defeitos Complexos da Parede Abdominal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAMYRES ZANIRATI DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), HENRIQUE RASIA BOSI (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE), MARIANA BLANCK ZILIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL), LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE)

RESUMO: Introdução A plataforma robótica apresenta-se como uma possibilidade de reparo de hérnias ventrais complexas em uma tentativa de reduzir as complicações cirúrgicas frequentes nesse grupo de pacientes. Assim, nosso objetivo é descrever uma hernioplastia incisional assistida por robô (HIAR) por técnica onlay com uso de tela no espaço pré-aponeurótico (subcutâneo). Relato de caso V.R.S., masculino, 47 anos, metalúrgico, ex-tabagista com história de carcinoma colônico e colectomia direita(D) 6 meses antes apresenta-se em ambulatório d3 hospital universitário terciário de Porto alegre com HI em linha média. Informava dor aos esforços, negando alterações em hábitos intestinais e sem sinal de encarceramento. Após avaliação pré-operatória, foi decidido por HIAR por técnica TAPP. Paciente posicionado em decúbito dorsal com leve extensão do dorso. Realizada punção no espaço de Palmier e iniciado pneumoperitônio. Colocação de trocater de 12mm(T12) em flanco esquerdo(E). Revisão da cavidade e sítio de punção, identificando HI em linha média contendo epíplon, com 10,5 cm de largura por 15cm de comprimento. Colocação de portal 8mm hipocôndrio E e fossa ilíaca(FI) E sob visão direta(SVD). Side docking 90°. Redução do conteúdo herniário, abertura do saco herniário(SH) à D com entrada no espaço subcutâneo preservando o SH aderido à pele. Liberação de 8 cm laterais ao defeito no espaço subcutâneo. Punção com T12 no flanco D SVD, interessando apenas o subcutâneo. Colocação de tela 13x21cm parcialmente enrolada abaixo do T12, fixada com vicryl2-0 em pontos cardinais. Colocação de portais subcutâneos no hipocôndrio e FI D SVD. Undocking. Inversão do paciente 180°, side docking 90°. Continuação da dissecação subcutânea no lado E do paciente, até obter 4 cm caudal e cranial de liberação e 8cm lateral. Fechamento do defeito com V-LOCK 0 e sobrecamada de V-LOCK2-0 em pontos contínuos sem tensão, não sendo necessária separação de componentes da parede abdominal. Abertura da tela, fixada com vicryl2-0. Colocação de drenos de Portovac 1/4 retirados pelos portais em FI bilateralmente, fixados com seda2-0. Retirada do pneumo SVD. Sutura da pele com nylon4-0. Boa evolução no pós-operatório, com alta no quinto pós-operatório após redução da drenagem do portovac para menos de 30ml/dia. Conclusão. A técnica se mostrou segura e eficaz, podendo ser uma das ferramentas no armamentário cirúrgico robótico em pacientes com defeitos complexos da parede abdominal.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia robótica | Hérnia ventral | Hérnia complexa

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 3119

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: hernia de amyand : relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME DE LIMA POZZATTO (IRMANDADE DE MISERICORDIA DE CAMPINAS)

RESUMO: Relato de caso hérnia de amyand tratamento cirúrgico autores: guilherme de lima pozzatto, mariana garcia freitas franco, marcela dias, amanda fernandes fregoneis, leandro leonel, gustavo fonseca dos santos, suellen chaves torres, andressa araujo, carlos eduardo soares souza lima Introdução: hérnia de amyandi consiste em uma hérnia inguinal contendo apêndice vermiforme em seu interior. É uma entidade rara, mais comum em homens, com diagnóstico pre operatório difícil, sendo diagnóstico feito durante ato cirúrgico. Independente estar em apendicite ou não, o tratamento cirúrgico é mandatório com a correção da hérnia e apendicectomia no mesmo tempo operatório. Objetivo: relato de caso de paciente do sexo masculino, idoso com dor em região inguinal direita há 1 dia, associada a abaulamento da região inguinal sem sinais flogísticos, não redutível. Metodologia: Relato de caso com levantamento de prontuário e revisão de literatura pelo pubmed e scielo Resultados: Realizado exames laboratoriais sem evidenciar leucocitose ou desvio. Foi indicado tratamento cirúrgico com diagnóstico de hernia inguino - escrotal direita estrangulada. Optada pela herniorrafia inguinal direita, sendo achado durante procedimento o apêndice vermiforme dentro do saco herniário, com sinais de processo inflamatório agudo. Optada pela apendicectomia estratégica, com posterior correção da hérnia pela técnica de Bassini. Paciente apresentou boa evolução clínica no pós operatório, recebendo alta com antibioticoterapia e seguimento ambulatorial. Conclusão: a ocorrência de apendicite aguda em saco herniário e descrito em pacientes com idade variando entre três semanas e oitenta e oito anos. Sendo o diagnóstico desta enfermidade é feito frequentemente na mesa de cirurgia durante o ato operatório . Nos casos com complicação com apendicite aguda, o paciente apresenta quadro de abdome agudo e o diagnóstico diferencial é feito com hérnia encarcerada e/ou estrangulada. Nos casos com apêndice normal não se recomenda a apendicectomia, apenas a redução da víscera e tratamento do saco herniário como realizado no caso descrito. Já nos casos com apendicite aguda a literatura recomenda a apendicectomia através da inguilotomia e, quando não houver contaminação intra-cavitária, deve-se realizar o reparo da hérnia mesmo tempo cirúrgico desta afecção, na sua correta conduta terapêutica desta emergência cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: hernia, amyand, apendicite, parede abdominal | amyand | apendicite

TRAUMA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 310

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Variante de incisão trap-door: relato de caso e revisão de literatura.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA DANIELLY DA FONSECA (DISCENTE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)), ADRIANO DIAS TRAJANO (PROFESSOR ORIENTADOR DA LAC-PB. MEMBRO DA CBC. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP), IASMIN FLORÊNCIO DE ARAÚJO SILVA (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE)), FELIPE SIQUEIRA TEIXEIRA (DISCENTE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)), THALITA FRANÇA PAGELS (DISCENTE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)), LUCAS DE PAULO ARAÚJO DE ALMEIDA (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE)), NAYYARA MARCIA FERREIRA CARREIRO (DISCENTE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)), GEORGE PALMEIRA BRAGA (DISCENTE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB))

RESUMO: Introdução: Lesões dos vasos subclávios (VS) são incomuns e decorrem, na maioria das vezes, de ferimentos penetrantes, apresentando elevada morbidade e mortalidade. Desse modo, lesões de VS representam um desafio para o cirurgião. São descritas várias incisões para a abordagem dessas lesões de acordo com o local: intratorácica, desfiladeiro ou zona I cervical. Dentre elas a incisão do tipo trap-door, também chamada em "porta de alçapão" ou "em livro", em casos de lesão intratorácica, é a técnica disponível para acesso dos VS. Relato de caso: Paciente masculino, 28 anos, foi atendido no Hospital de Trauma de João Pessoa, Paraíba, vítima de ferimento por arma de fogo em região cervical há cerca de 20 minutos. Apresentava-se falando, MV diminuído à esquerda, saturando 93% com oxigênio, pulso radial ausente e frequência cardíaca de 130 bpm; Glasgow de 15; orifício de entrada em região cervical anterior, zona I, sem orifício de saída. Paciente foi rapidamente encaminhado ao centro cirúrgico, onde foi realizada intubação orotraqueal e drenagem torácica esquerda com saída inicial de 1500 mL de sangue. Foi prontamente realizada toracotomia anterolateral esquerda ao nível do quinto espaço, com detecção de sangramento ativo dos vasos subclávios à esquerda na sua origem da aorta. Realizado clampamento dos vasos com pinça de Satinsky, e iniciada reposição volêmica com duas unidades de concentrado de hemácias tipo O. O paciente apresentou piora do estado hemodinâmico com frequência cardíaca de 150bpm e pressão arterial 50/20mmHg. Optou-se, então, por incisão supra-clavicular esquerda, com ressecção do terço medial da clavícula e controle distal dos vasos subclávios. Em virtude da piora dramática do quadro hemodinâmico, realizou-se incisão para-esternal esquerda e abertura da junção costochondral esquerda, variante mais rápida da incisão trap-door ou em livro. Evoluiu para o óbito 12 horas após o procedimento cirúrgico por falência metabólica e coagulopatia. Conclusão: A maioria dos autores recomenda a combinação de incisão clavicular e esternotomia mediana para o acesso aos VS. No entanto, em lesões do segmento proximal dos VS esquerdos, a incisão trap-door apresenta-se como melhor alternativa. No caso relatado, optou-se pela incisão costochondral, em detrimento da esternotomia. A variante promove um acesso mais rápido às estruturas intra-torácicas, já que não requer o uso da serra de esterno ou faca de Lipski para realização da esternotomia.

PALAVRAS-CHAVES: Incisão|Trauma|Veia subclávia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 316

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fístula quilosa cervical após trauma torácico fechado

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FRANCISCO SCHOSSLER LOSS (FACULDADE ASSIS GURGACZ), MARCO NISIIDE (I-CAN), FERNANDA KREVE (FACULDADE ASSIS GURGACZ), JONAS TAKADA (I-GAST), JANAINA GATTO (FACULDADE ASSIS GURGACZ)

RESUMO: I.S., 48 anos, sexo feminino, encaminhada ao hospital após acidente automobilístico. Apresentava-se lúcida, hemodinamicamente estável e relatava dor torácica. Após quinze dias do acidente, paciente relatou dispnéia e limitações de movimentos no ombro esquerdo concomitante com o surgimento de uma massa supraclavicular esquerda. Massa elástica, indolor, com dimensões irregulares, não pulsátil, na região cervical lateral esquerda, fossa supra-clavicular esquerda. Por suspeita de trauma ósseo foi encaminhada ao ortopedista. Realizada tomografia computadorizada, apresentou uma coleção de 64,6 mm na região supra-clavicular esquerda. A paciente foi submetida a drenagem percutânea diagnóstica da coleção. A amostra obtida, de aspecto turvo e leitoso, foi encaminhada para análise, sendo constatado 340mg/dl de triglicérides, confirmando o diagnóstico de fístula quilosa. A paciente foi internada para realizar drenagem e esvaziamento da coleção, sendo colocado inicialmente um cateter para drenagem. Estabeleceu-se dieta oral zero gordura, orientada por nutricionista e realizada pela nutrição do hospital. O volume drenado diminuiu gradativamente e a drenagem percutânea revelou melhora líquido colhido, apresentando-se com aspecto mais seroso. Paciente recebeu alta hospitalar sendo orientada para realizar dieta zero gordura em domicílio para eficácia do tratamento. Após 15 dias, houve recidiva da coleção supra-clavicular, sendo necessária internação da paciente para uma segunda intervenção. Nessa realizou-se drenagem aberta com dreno laminar, sendo que o líquido não tornou a ser turvo e a drenagem foi sempre inferior a 50ml/dia. Associou-se nutrição parenteral total para diminuir a produção de quilo e melhorar a reposição de fluidos e eletrólitos, mantendo um estado nutricional adequado. Após sete dias da internação, a paciente apresentou quadro diarreico, evoluindo para sepse e necessitando de cuidados na UTI, onde desenvolveu Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto (SARA), necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Após 20 dias em UTI, a paciente apresentou significativa melhora do quadro séptico e SARA. Houve diminuição progressiva do débito da fístula, até cessar. Retirou-se o dreno e houve o fechamento da fístula. Paciente recebeu alta e foi orientada a seguir uma dieta com baixo nível de gorduras. Realizou-se tomografia de controle que não apresentou nova recidiva. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial.

PALAVRAS-CHAVES: Fístula quilosa cervical | Linfocele supraclavicular | Linfocele cervical

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 345

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE DA PRESENÇA DE TRAUMA SISTÊMICO ASSOCIADO AO TCE EM PACIENTES ADMITIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DE URGÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCOS RAYONE DE FREITAS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), SANRRANGERS SALES SILVA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), LUIZ EURIPEDES ALMONDES SANTANA LEMOS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), JAINE DE OLIVEIRA E SILVA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), WANESSA RODRIGUES NASCIMENTO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), DIEGO ANDERSON BORGES DOS REIS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), ARIOSTO RODRIGUES RIBEIRO FILHO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI), ANDERSON RICARDO SANSÃO DE ALMEIDA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI)

RESUMO: OBJETIVO: Identificar a prevalência de trauma sistêmico associado a vítimas de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital de Urgências de Teresina-PI (HUT), bem como determinar seu impacto na letalidade intra-hospitalar. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo cuja amostra incluiu os pacientes com TCE admitidos na UTI do HUT, no período de janeiro a dezembro de 2016. Análise estatística foi realizada através de análise univariada por regressão logística considerando óbito intra-hospitalar como variável dependente e a presença de trauma associado como variável independente. Considerou-se valor de p menor que 5% para descartar hipótese nula e intervalo de confiança de 95%. RESULTADOS: A amostra abrangeu 87 pacientes vítimas de TCE com média de idade de $28,93 \pm 12,72$ anos e predominância do gênero masculino (88,5%). Na pesquisa, 59,8% dos pacientes apresentaram trauma sistêmico associado ao TCE. Destes, 35 (40,2%) não apresentavam qualquer trauma sistêmico associado ao TCE. 24 pacientes apresentavam Trauma torácico (27,6%), dos quais 10 foram necessitaram de cirurgia. Um paciente apresentou trauma abdominal associado. 11 pacientes (12,6%) apresentaram associação com trauma musculoesquelético, dos quais seis foram operados. 11 pacientes (12,6%) apresentaram múltiplos traumas, em mais de um segmento corpóreo, associados ao TCE. Seis pacientes apresentaram traumas em outros segmentos. Na análise univariada inicial, não houve correlação significativa de óbito intra-hospitalar com trauma sistêmico associado ($p=0,373$). CONCLUSÃO: Identificou-se elevada taxa de trauma sistêmico associado ao TCE. Houve predominância de trauma torácico, seguido de musculoesquelético. Em análise univariada, não houve significância estatística entre trauma sistêmico e óbito das vítimas de TCE. BIBLIOGRAFIA: 1) Lopes RD, Costa PP, Carvalho FT. Perfil Epidemiológico dos pacientes acometidos por Trauma Cranioencefálico assistidos em um hospital público de Teresina. Rev Bras NeuroPsiq, 2013 7(3):80-90. 2) Maia BM, Paula FRP, Cotta GD, Cota MAL, Públio PG, Oliveira H, Oliveira TA. Perfil Clínico-Epidemiológico das Ocorrências de Trauma Cranioencefálico. Rev Neurocienc. 2013; 21(1):43-52. 3) Dantas IEF, Oliveira TT, Machado Neto CD. Epidemiologia do traumatismo cranioencefálico (TCE) no nordeste no ano de 2012. REBES. 2014; 4(1):18-23.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma; |Terapia Intensiva; |Epidemiologia;

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 351

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INSERÇÃO DO US FAST NA ROTINA DO CIRURGIÃO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL LINHARES CARDOSO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), BRUNO GABRIELE COSTA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), OLAVO NAPOLEAO DE ARAUJO NETO (UNICHRISTUS)

RESUMO: OBJETIVOS: Revisar evidências na literatura sobre utilização do US FAST. Apresentar benefícios da implantação do método em serviços de trauma. Correlacionar curva de aprendizagem, viabilidade da implementação e eficácia do método. Comparar US FAST e TC para screening. METODOLOGIA: Revisão da literatura abordando US FAST como screening no trauma. Estudo transversal buscando dados nas bases: The Cochrane Library, MEDLINE e UpToDate. Publicações de 1994 a 2016 em português e inglês foram revisadas priorizando mais recentes e alto fator de impacto. RESULTADOS: US surgiu como ferramenta diagnóstica na 2 guerra mundial e o termo FAST (Focused Assessment with Sonography in Trauma) em 1996, para descrever padrão de exame no trauma. Rápido, pouco invasivo e de fácil execução e repetição. Permite abordagem rápida e geralmente ocorre no C (circulation) da escala de abordagem do ATLS, objetiva detectar focos hemorrágicos, gerados principalmente por traumas abdominais contusos. Tem alta especificidade e baixa sensibilidade para identificar lesões viscerais. Permite triagem rápida se necessidade cirúrgica e evita TC desnecessária, diminuindo exposição à radiação, causa de 2% dos cânceres nos EUA por ano, além de diminuir custos. Primeiro objetivo é identificar líquido livre no pericárdio, intratorácico ou intraperitoneal, se apresentam hipo/anecóicos. Há ordem de prioridades na realização: janela pericárdica, hepatorenal, esplenorrenal e pélvica, justificada pelo princípio: "verificar primeiro o que oferece o maior risco de vida". Método operador dependente, existe variação de 63-100% na sensibilidade. Curvas de aprendizado e qualidade da imagem crescem sem atingir plateau e curvas de sensibilidade e especificidade para detecção de líquido livre atingem valores de 80% e 96%, respectivamente, quando médico não radiologista realiza 50 exames. Tempo médio para diagnóstico é 3x menor e para centro cirúrgico diminui em 64%, comparado com TC. Limitações do exame: não diferenciação entre tipos de líquido, prejuízo da imagem em pacientes obesos ou com enfisema subcutâneo e baixo índice de detecção de líquido livre em quantidades

PALAVRAS-CHAVES: US FAST | TRAUMA | SCREENING

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 352

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESPLENECTOMIA TOTAL SEGUIDA OU NÃO DE AUTOIMPLANTE DE BAÇO NO TRAUMA ESPLÊNICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL LINHARES CARDOSO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), AMANDA LINHARES CARDOSO (UNICHRISTUS)

RESUMO: OBJETIVO: Revisar evidências na literatura do autoimplante esplênico no trauma de baço. Expor benefícios da implantação do método. Correlacionar viabilidade e repercussões a longo prazo. MÉTODO: Revisão da literatura relacionando esplenectomia e autoimplante esplênico no trauma. Estudo transversal buscando dados nas bases: The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE e UpToDate. Revisou-se publicações de 1990 a 2016 em português e inglês, priorizando mais recentes e alto fator de impacto. Manejo das referências utilizou-se EndNoteX7. RESULTADOS: Trauma é causa mais comum de morte entre população economicamente ativa e menor de 45 anos. Trauma abdominal representa 10% dessa estatística. Baço é segundo órgão mais lesado, necessária cirurgia em 30% dos casos que o envolvem. Risco de apresentar sepse grave pós-esplenectomia é de 5%, pode ocorrer em qualquer período após remoção do baço e a taxa de mortalidade é >50%. Aproximadamente 25% dos pacientes asplênicos desenvolverá infecção grave. Único órgão capaz de eliminar antígenos não opsonizados da circulação. Agentes comumente responsáveis por infecções pós-esplenectomia são bactérias encapsuladas. Guidelines da Sociedade de Infecção Cirúrgica recomendam que pacientes submetidos à esplenectomia total recebam vacinação, essas não substituem a função esplênica e a maioria destes não as recebe porquê não são orientados. Alternativa para evitar consequências da esplenectomia total é autoimplante, principalmente no grande omento, devido sua rica vascularização e drenagem através do sistema porta, medida que requer 30% do tecido esplênico para prover completamente suas funções e 4 meses para realizá-las. Procedimento simples que carece cerca de 10 minutos desde preparo dos fragmentos até suturas no grande omento e que seja realizado em paciente estável hemodinamicamente. CONCLUSÕES: Autoimplante esplênico é procedimento simples e rápido cuja realização deve ser cogitada pois pode preservar funções do baço e evitar complicações relacionadas à esplenectomia total. BIBLIOGRAFIA: Coldwell, C. et al. (2011). Spleen conserving surgery versus splenectomy for injured patients with splenic trauma. Chiotoroiu, A. L. et al. (2014). Splenic implant assessment in trauma. Maung, A. A. et al. (2015). Management of splenic injury in the adult trauma patient. Kaplan, L. J. et al. (2016). Surgical Management of splenic injury in the adult trauma patient. Pasternack, M. S. (2016). Clinical features and management of sepsis in the asplenic patient.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA ESPLÊNICO | AUTOIMPLANTE | GRANDE OMENTO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 368

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SALPINGITE POR CORPO ESTRANHO INTRAVAGINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NEEMIAS MOREIRA DA SILVA JUNIOR (SANTA CASA DE BELO HORIZONTE), ANDY PETROIANU (SANTA CASA BELO HORIZONTE), KELLY RENATA SABINO (SANTA CASA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A presença de corpos estranhos intravaginais corresponde a mais de 10% das causas de corrimento vaginal sanguinolento em adolescentes e é responsável por 4% das consultas médicas nessa faixa etária. Sua principal causa é abuso sexual seguida de distúrbio comportamentais [1]. As manifestações clínicas encontradas em presença de corpos estranhos intravaginais são dor vaginal e pélvica, corrimento sanguíneo, febre, inapetência e recolhimento da adolescente acompanhado de tristeza. Por medo ou vergonha, a adolescente pode esconder essa agressão e permanecer com o corpo estanho por tempo prolongado[2,3,4,5]. Este relato apresenta o caso de corpo estranho intravaginal retido por dois anos. RELATO DE CASO: Uma adolescente de 15 anos, viciada em drogas procurou o serviço médico do da Santa Casa de Belo Horizonte com queixa de dor abdominal, associada a disúria e corrimento vaginal fétido durante o período de dois anos. Nesse tempo, a paciente emagreceu 10 kg. Essas manifestações surgiram após abuso sexual, que a paciente não soube relatar adequadamente, por ter ocorrido enquanto ela estava sob efeito de alucinógeno. Ao exame físico o abdome era doloroso à palpação no hipogástrico, onde era percebida uma massa rígida. Ao toque vaginal, foi diagnosticou-se um corpo estranho semelhante a um copo, com orifício de 2,5 cm de diâmetro e que foi confirmado ao exame especular. O exame ultrassonográfico confirmou o corpo estranho endovaginal e revelou espessamento das tubas uterinas. Desde a introdução do corpo estranho, a paciente foi tratada de infecções urinárias recorrentes e salpingite crônica por vários médicos, que não a examinaram. Sob bloqueio anestésico raquidiano e após cateterização vesical apenas peroperatória, o corpo estranho foi removido completamente por via vaginal. Constatou-se ser uma tampa de frasco de aerossol. Não houve lesão da vagina, uretra ou útero decorrente do corpo estranho ou de sua retirada. A evolução pós-operatória foi sem intercorrências e a alta foi dada ao final da antibioticoterapia, no sétimo dia. Durante o acompanhamento ambulatorial pelo período de um ano, não foram registradas complicações nem novos episódios infecciosos. CONCLUSÃO : Toda paciente com corrimento vaginal, independemente de sua natureza deve ser submetida a anamnese e exame físico cuidadoso, em qualquer idade. A possibilidade de corpo estranho intravaginal não pode ser descartada, mesmo se a paciente não fornecer indícios de sua existência.

PALAVRAS-CHAVES: CORPO ESTRANHO INTRAVAGINAL | SALPINGITE | INFECÇÃO URINÁRIA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 470

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FERIMENTO POR ARMA DE FOGO EM TRANSIÇÃO TÓRACOABDOMINAL DIREITO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CELENE BENEDITI BRAGION (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CAROLINA DE CAMPOS SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), RONALDO NONOSE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), MURILO ROCHA RODRIGUES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), GABRIELA SILVA SANTOS NATIVIDADE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: O atendimento às vítimas de trauma está em constante aprimoramento e tem como finalidade principal o tratamento adequado do paciente, com o objetivo de diminuir a mortalidade e a ocorrência de sequelas definitivas. Mesmo com o progresso dos métodos diagnósticos por imagem, ainda persistem dúvidas na abordagem e condução dos pacientes com ferimento por arma de fogo (FAF) em transição toracoabdominal. As variáveis são muitas e a possibilidade de ocorrer lesão cirúrgica é ampla. Muitas publicações mostram que 20 a 30% desses pacientes foram submetidos à laparotomias desnecessárias. Relato do Caso: trata-se de um paciente de 19 anos, sexo masculino, atendido em hospital referência em trauma, trazido pelo SAMU, vítima de FAF. Baseado no ATLS (Advanced Trauma Life Support), realizou-se o exame primário evidenciando via aérea pérvia, frequência respiratória de 18 irpm, saturando 98% em ar ambiente, pressão arterial 110x70 mmHg, Frequência Cardíaca 90 bpm, sem sinais de hemorragia aparente. Pupilas isofotorreagentes, Glasgow 15. Após exposição completa do paciente, encontrou-se orifício circular de aproximadamente 3 cm em transição toracoabdominal direita, doloroso à palpação, sem sinais de peritonite. Por se tratar de um paciente estável, foi realizado Rx Tórax (fratura da porção lateral do 9º arco costal direito) e Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome (hematoma intraparenquimatoso hepático, grau III, de 11cm no eixo latero-lateral, acometendo os segmentos VIII e IV, com projeteis metálicos adjacentes, ausência de pneumoperitônio). Devido à estabilidade hemodinâmica do paciente, optou-se pelo tratamento não operatório (TNO). Após 6 dias de internação sob constante vigilância, sem intercorrências, paciente recebeu alta hospitalar com seguimento ambulatorial. Conclusão: A abordagem do trauma abdominal está mudando. Sem dúvida um dos grandes dilemas para o cirurgião do trauma, no atual momento, é decidir se o tratamento cirúrgico de rotina é realmente a melhor opção para o paciente com FAF na transição toracoabdominal direita ou se, em condições pré- estabelecidas e bem definidas, o TNO pode ser realizado com segurança. Apesar dos bons resultados conseguidos nos estudos recentes, a opção por TNO nesses casos deve ser visto com cautela e somente ser realizada em serviços com infraestrutura adequada e profissionais qualificados.

PALAVRAS-CHAVES: FÍGADO | TRAUMATISMOS TORÁDICOS | TRAUMATISMOS ABDOMINAIS

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 514

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento hemodinâmico e ortopédico em politraumatizado vítima de acidente motociclístico com lesão de aorta torácica descendente e diástese de sínfise púbica.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VINICIUS RODRIGO BULLA VASCONCELLOS (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO), GUSTAVO FALAVIGNA GUILHERME (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO), ERISVALDO FERREIRA CAVALCANTE JUNIOR (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO), PAULO CESAR ESPADA (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO), RODRIGO FLORENCIO ECHEVERRIA (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO), ROBERTO KAORU YAGI (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO)

RESUMO: Introdução: Lesões aórticas são a segunda maior causa de mortes em trauma e a primeira em traumas torácicos fechados, apresentando 81,4% de injúrias associadas. O mecanismo de ruptura ocorre em duas etapas: De imediato há a lesão da camada íntima e média sendo que, após um intervalo de duração imprevisível, há a ruptura da adventícia e, conseqüentemente, total do vaso. Baseado nisso, em situações de múltiplas lesões e comorbidades, pode ser postergado o tratamento aórtico, realizando-o após a correção de outros agravos importantes e estabilização do paciente. Sua terapêutica varia conforme a característica, localização da lesão, e estado hemodinâmico, podendo ser conservador, cirúrgico ou endovascular. Atualmente estudos demonstram menor morbimortalidade quando se utiliza o tratamento hemodinâmico. Relato de caso: R.M.S, 49 anos, masculino, condutor de moto vítima de colisão contra carro, em rodovia. Na sala de trauma: A- ok B- ok C- PA: 80 x 40 mmHg (FC: 109 bpm), infundidos 2 litros de ringer lactato em pré-hospitalar. ABC score ? 1 / Index Shock ? 1,36 Realizado 1 grama de ácido tranexâmico e duas bolsas de concentrado de hemácias O negativo. FAST - Negativo RX tórax - Alargamento de mediastino e hipotransparência pulmonar a esquerda. RX pelve ? Diástese de 5 cm da sínfise púbica (realizada imobilização pélvica com lençol). D- ECG 14 (Abertura ocular) E- Luxação em ombro esquerdo Em curso de hemocomponentes na sala de trauma, presença de melhora hemodinâmica, sendo realizada tomografia de crânio, abdome (normais) e tórax. TC Tórax ? Hematoma mediastinal, hemotórax a esquerda e lesão em aorta torácica descendente, após iminência de artéria subclávia esquerda. Paciente encaminhado a fixação ortopédica supracetabular de pelve em centro cirúrgico com drenagem torácica (débito de 600ml de sangue). Após, realizada a passagem de endoprótese (Braile 28/130) em lesão aórtica. Em UTI, presença de rabdomiólise, disfunção renal, necessidade de transfusão de hemoderivados, droga vasoativa e bloqueio total atrioventricular, com uso de marcapasso transvenoso. Paciente apresenta melhora clínica, passagem de marcapasso definitivo e alta após os tratamentos ortopédicos (32º dia pós admissão). Conclusão: Na suspeita de sangramento pélvico, inicialmente foi adiado o tratamento aórtico, sendo que as características adequadas para a passagem de endoprótese permitiram tal terapêutica, acarretando num desfecho satisfatório diante de um atendimento integrado ao politraumatizado grave.

PALAVRAS-CHAVES: LESAO AÓRTICA|ENDOPRÓTESE|TRAUMA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 529

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GANGRENA DE FOURNIER EXTENSA SECUNDÁRIA A TRAUMA ESCROTAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL CASTIGLIONI NASCIMENTO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), LOREN ROSETTI REBELLO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), ALESSANDRO CÁSSIO GALVÃO MACEDO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPÍRITO SANTO), ELAISY CRISTINA DE SARRO SOARES (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), THALES MENDES MIRANDA (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), CAROLINE MELO SOBRAL (UNIVERSIDADE VILA VELHA), WALERIA GRAMILICH BARATELLA (UNIVERSIDADE VILA VELHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO. A Gangrena de Fournier (GF) é uma grave infecção polimicrobiana que evolui com fasciíte necrosante, comprometendo principalmente regiões genital, perineal e perianal. Caracteriza-se por rápida evolução e pode complicar com sepse, falência de múltiplos órgãos e óbito. Acomete principalmente o sexo masculino (10:1), faixa etária média de cinquenta anos. A base do tratamento é o debridamento cirúrgico agressivo. Antibioticoterapia de amplo espectro e oxigenoterapia hiperbárica são medidas indispensáveis. Foi realizado estudo descritivo do tipo relato de caso de GF secundária a trauma escrotal que se estendeu da região perineal até axilar. RELATO DE CASO. Homem, 62 anos, relato de trauma perineal após queda de altura em posição sentado. Apresentava edema, hiperemia em região escrotal, febre e vômitos. Realizado debridamento cirúrgico no 6º e 8º dia pós-trauma em outro hospital sem melhora clínica. Transferido ao HEJSN séptico, com fasciíte necrosante extensa acometendo períneo, toda pele do pênis com exposição dos testículos, ascendendo pelos canais inguinais até o dorso e região axilar esquerda. Novo debridamento cirúrgico com exposição de toda área acometida, realização de cistostomia e colostomia em alça. Internação em UTI, antibioticoterapia e sessões de terapia hiperbárica por dois meses com resolução do quadro infeccioso. Posterior cirurgia reparadora com enxertos cutâneos e retalhos locais. Boa evolução, em seguimento ambulatorial e programação de reconstrução do trânsito intestinal. CONCLUSÃO. O diagnóstico preciso e tratamento adequado devem incluir intervenção cirúrgica precoce e antibioticoterapia, pois a rápida progressão da doença conduz a toxicidade sistêmica e resultados frustrados, com elevados índices de morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Gangrena de Fournier | Fasciíte Necrosante | Trauma escrotal

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 532

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMOPERITÔNIO MACIÇO POR ROTURA DE LEIOMIOMA UTERINO EM TRAUMATISMO DE ALTA ENERGIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENATO FERNANDES DA SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), RAQUEL MATTOS BERNARDO (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), RICARDO MAGGESSI DA SILVA PEREIRA (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), FELLIPE VIANNA ESTOULLO (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), ISAAC TORTELOTE DOS SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), DANIEL FERNANDES MACHADO (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), ANA LUIZA DE SOUZA THOMAZ (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), ANA PAULA FERNANDES DE OLIVEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), CARLOS HENRIQUE PAIXÃO XIMENES (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), RENATA ALVES CORRÊA (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), FERNANDO ALBERTO DE V. VALENTE (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), ALFREDO LUIZ MARTINS FONTES (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os leiomiomas uterinos são tumores benignos comuns em mulheres e a maioria de suas complicações são bem conhecidas. A ruptura de um leiomioma uterino é uma fonte incomum de hemoperitônio grave e traumas abdominais fechados podem ser o mecanismo causador, embora raros casos sejam descritos, gerando risco de vida. RELATO DE CASO: Descrevemos o caso de uma mulher de 45 anos que foi atendida no Hospital Municipal Souza Aguar ? RJ, após colisão automóvel versus anteparo(poste). Deu entrada na emergência com relato de dor abdominal, massa palpável em abdome inferior e sinais de irritação peritoneal. Os parâmetros hemodinâmicos da paciente estavam estáveis. A paciente desconhecia ser portadora de qualquer doença, porém apresentava obesidade grau 2. Foi submetida a tomografia de abdome total onde se observou volumosa massa uterina sugestiva de leiomioma uterino e líquido livre em toda cavidade peritoneal. Não havia evidências de lesões hepatoesplênicas. Foi submetida a laparotomia exploradora que ao inventário da cavidade evidenciou hemoperitônio maciço e volumoso leiomioma subseroso pediculado com rotura parcial do pedículo com sangramento arterial ativo. Realizado a miomectomia com ligadura do pedículo e a paciente evoluiu com estabilização do hematócrito após hemotransfusão e recebeu alta hospitalar no 5º dia pós-operatório. CONCLUSÃO: Hemoperitônio maciço secundário à ruptura de leiomioma uterino é raro. Deve, contudo ser suspeitado pelo cirurgião, especialmente em pacientes com miomas conhecidos ou radiologicamente aparentes. Embora seja um evento raro, pode ser fatal e necessita de intervenção cirúrgica rápida para estabilização da paciente e estabelecimento do diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVES: LEIOMIOMA UTERINO|HEMOPERITÔNIO|TRAUMA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 536

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL DO PACIENTE POLITRAUMATIZADO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE SANTA CATARINA-REVISÃO DE PRONTUÁRIO 2015-2016

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO GUILHERME CAVALCANTI KRIEGER (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), CAROLINA KLEINE ALBERS (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), RAFAEL POMPERMAIER TONIN (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), ANA LAVRATTI BORGA (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), MARIA CLARA COLIN (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), FERNANDA CRISTINA DROLSHAGEN JUNQUEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), FELIPE CARLOS DE SOUZA OLIVEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), RICARDO LEMOS (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ)

RESUMO: Objetivo: Analisar o Perfil epidemiológico do politraumatizado em um hospital referência em trauma do norte de Santa Catarina. Métodos: Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, realizado no Hospital São José de Joinville/SC. Realizada revisão de prontuário de pacientes vítimas de trauma que receberam atendimento na emergência triados de acordo com protocolo Manchester: vermelho no período entre Janeiro de 2015 a julho de 2016. Os aspectos analisados foram: idade, sexo, horário do trauma, mecanismo de trauma, lesões associadas, desfecho (cirúrgica ou tratamento conservador), necessidade de hemotransusão, período entre atendimento e cirurgia. Resultados: A amostra contou com 169 pacientes politraumatizados que atenderam aos critérios de inclusão com predomínio de pacientes do sexo masculino, correspondendo a 83,43%, com idade entre 21 e 30 anos (38,46%). A maioria destes pacientes era solteira (66,27%). Com relação ao período de ocorrência do trauma, em 2015, 58,5% se sucederam no primeiro semestre. Durante todo o período da pesquisa, as segundas semanas do mês (27,22%), e quinta-feira (18,34%) e sábado (17,75%), foram os períodos de maior prevalência de traumas. Entre as causas, os acidentes de moto foram os mais frequentes (37,28%), automobilísticos ficaram em segundo lugar (23,08%), seguidos pelos atropelamentos (10,56%). A maior parte dos pacientes vítimas de politrauma apresentou a lesão principal no crânio (58,58%), ortopédico, 44,97% e torácico, 40,83%. O trauma abdominal esteve presente em 26,04% dos casos. Do total dos pacientes, 46,75% necessitaram de tratamento cirúrgico, 34,91% foram submetidos a tratamento clínico e 18,34% foram a óbito. O tempo entre o atendimento e o procedimento cirúrgico foi maior que 90 min em 50,89% dos pacientes. Foi necessário uso de hemoderivados em 57,40% dos pacientes. Conclusão: Sendo os acidentes de trânsito os grandes responsáveis por morbimortalidade em nosso Estado, deve haver uma mobilização por parte de Setores de Saúde, Trabalho, Departamento de Trânsito a fim de elaborar políticas mais rígidas e medidas mais focadas em prevenção de acidentes de trânsito, especialmente motociclísticos.

PALAVRAS-CHAVES: Politrauma | Manchester | Acidentes

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 570

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento não-cirúrgico em Trauma Hepático grau IV

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OSVALDO DE ALCÂNTARA BRAGA AIDAR (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), RHANIÉLLEN SILVA FERREIRA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), AMILCAR ALVES ASSIS (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), CAROLINA OLIVEIRA PARANAGUÁ DE CASTRO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA)

RESUMO: O fígado é um dos órgãos mais acometidos durante os traumas abdominais contusos ou penetrantes. As lesões desse órgão são classificadas de acordo com a característica e profundidade das lesões à tomografia computadorizada do abdome. O caso relatado trata-se de paciente admitida no Hospital Regional de Taguatinga ? Brasília/DF com lesão hepática grau IV em que se assumiu tratamento conservador. Durante a internação hospitalar, com necessidade de assistência multidisciplinar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) mas que não foi executado devido indisponibilidade de leito, paciente foi acompanhada em âmbito clínico, laboratorial e com exames de imagem com intuito de manter a vigilância necessária. Manteve-se hemodinamicamente estável sem necessidade de droga vasoativa e respirando espontaneamente (com necessidade de oxigênio complementar no início do acompanhamento) durante todo o período de assistência intra-hospitalar. Durante conduta não cirúrgica foi necessário drenagem torácica e hemotransfusões, mas sem instabilidade hemodinâmica que justificasse tratamento por laparotomia. Após alta hospitalar, em acompanhamento ambulatorial, não foi verificado complicações orgânicas decorrentes do trauma, como bilioma ou fístulas biliares.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma hepático | Conservador | Grau IV

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 654

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESCORES PREDITORES DE HEMORRAGIA NA PRÁTICA CLÍNICA: QUAL A UTILIDADE?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JENNYFER KELLEN LÁZARO DA ROCHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), THALITA FRANÇA PAGELS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), GABRIELA DA SILVA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), NAYYARA MARCIA FERREIRA CARREIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA), LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), ADRIANO DIAS TRAJANO (COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO BURITY)

RESUMO: OBJETIVOS: Os Protocolos de Transfusão Maciça (PTM), definida como a administração de grandes quantidades de sangue e produtos sanguíneos necessários para reanimação, podem utilizar vários sistemas de pontuação ou escores que expressam o risco para a necessidade desse tipo de transfusão. Embora muitos fatores preditores da necessidade de transfusão maciça (TM) tenham sido apresentados, não existe um método ou algoritmo universalmente aceito para identificar tais pacientes. O objetivo desse trabalho é avaliar a utilidade clínica e a validade dos atuais escores preditores de TM. MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática utilizando as bases de dados Scopus, Science Citation Index Expanded, MEDLINE, PubMed, OneFile e Elsevier, através da plataforma de periódicos CAPES, com os seguintes descritores "massive transfusion" e "scoring systems". A pesquisa foi realizada em dezembro de 2016. Não houve restrição de idioma na busca. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados a partir de 2012, estudos primários com humanos, pacientes vítimas de trauma como população de interesse e a apresentação de ao menos 01 escore preditor de TM. RESULTADOS: Dos 39 artigos analisados foram selecionados quatro (10% do total). Todos os artigos selecionados foram de estudos retrospectivos do tipo coorte. Os escores presentes nos estudos foram: Assessment of Blood Consumption (ABC) score, Trauma Associated Severe Haemorrhage (TASH) score, Shock Index (SI), Traumatic Bleeding Severity Score (TBSS), Rainer score, Vandromme score, Larson, Schreiber e Emergency Transfusion Score (ETS). O total de pacientes envolvido foi de 36.553, sendo 87,8% vítimas de trauma contuso. A maioria dos pacientes foi do sexo masculino (73,1% do total), com idade média de 42,3 anos. A média do Injury Severity Score (ISS) foi de 24. Dos 422 pacientes (1,15% do total) que receberam TM, a mortalidade variou entre 9,4% e 30,6%. Em contrapartida, a mortalidade dos pacientes que não receberam TM foi de 0 a 9,7%. A sensibilidade dos escores foi de 34% a 73% e a especificidade variou de 65% a 96%. CONCLUSÕES: Em todas as amostras houve predomínio do sexo masculino e trauma contuso. Não há consenso quanto ao melhor escore a ser utilizado na prática clínica, devido à heterogeneidade tanto dos parâmetros avaliados quanto da amostra populacional em cada estudo. Faz-se necessária a realização de estudos multicêntricos e prospectivos que validem externamente os escores preditores de hemorragia na TM.

PALAVRAS-CHAVES: Hemorragia | Trauma | Transfusão Maciça

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 670

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Acidentes de transporte terrestre na cidade de São Paulo.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELIAS JIRJOSS ILIAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), CINTIA LECI RODRIGUES (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), CYNTHIA MARIA DE FREITAS ALVES (UNIVERSIDADE NOVA IGUAÇU), PATRICIA COLOMBO DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), CARLOS GÓRIOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), ADRIANA NATUCCI HETTE (FACULDADE DAS AMÉRICAS), RODRIGO GUILHERME VAROTTI PEREIRA (FACULDADE DAS AMÉRICAS)

RESUMO: Objetivo: analisar as internações hospitalares por acidentes de transporte terrestre na cidade de São Paulo. Métodos: Trata-se de estudo retrospectivo, do tipo transversal. A amostra foi constituída por 9.575 pacientes internados em hospitais do Sistema Único de Saúde por acidentes de transporte terrestre, durante o período de janeiro a dezembro de 2014. Os acidentes foram analisados por categorias: atropelamento de pedestres, ciclista traumatizado em acidentes de transporte, motociclista traumatizado em acidentes de transporte e ocupantes de veículo. As variáveis estudadas foram: idade (em anos), sexo, diagnóstico de lesão, procedimento realizado, permanência hospitalar. Resultados: As internações por acidentes de transporte, principalmente na população jovem e do sexo masculino. Sendo 53,3% acidentes com motociclistas, 28,3% atropelamento de pedestres, 9% ocupante de veículos e 4,8% acidentes com ciclistas. Entre os atropelamentos de pedestres os principais diagnósticos de lesão foram: fratura da perna incluindo tornozelo e traumatismo intracraniano. No que tange os acidentes com motocicleta, encontra-se a fratura da perna incluindo tornozelo e fratura do fêmur. Os motociclistas são os que mais requerem tempo de internação hospitalar (8-14 dias). Os procedimentos realizados avaliados foram tratamento cirúrgico em politraumatizado, tratamento cirúrgico de fratura da diáfise do fêmur, tratamento cirúrgico de fratura da patela por fixação interna, tratamento cirúrgico de fratura do calcâneo. Conclusão: As atividades de transporte constituem um importante determinante de saúde, pelo expressivo número de hospitalizações entre jovens do sexo masculino. Destacam-se como o principal acidente de transportes, os envolvendo motocicletas. Referências: 1. Andrade SSCA, Mello-Jorge MHP. Mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por acidentes de transporte no Brasil, 2013. Rev. Saúde Pública. 2016; 50:59. 2. Andrade SSCA, Mello-Jorge MHP. Estimativa de sequelas físicas em vítimas de acidentes de transporte terrestre internadas em hospitais do Sistema Único de Saúde. Rev. bras. epidemiol. 2016; 19 (1): 100-111.

PALAVRAS-CHAVES: ACIDENTES DE TRANSPORTE|TRAUMA|PREVENÇÃO DE ACIDENTES

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 688

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Impacto econômico do trauma por acidentes de trânsito em pacientes atendidos em hospital no interior do Ceará.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), BEATRICE PONTE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), PABLO AUGUSTO COELHO COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), RODRIGO AGUIAR BARRETO ALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: Analisar o possível impacto do trauma no âmbito econômico dos pacientes atendidos em um hospital do interior do estado do Ceará. Método: Estudo do tipo seccional, observacional, descritivo e quantitativo abordando pacientes vítimas de trauma que deram entrada no setor de Traumatologia-Ortopedia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Foram analisados a ocupação, renda, afastamento do trabalho, tipo de acidente, número de dias de hospitalização e dias de trabalho perdidos. A coleta de dados ocorreu no seguinte período: 30/12/2015 a 01/08/2016. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú. Resultados: A amostra foi composta por 215 pacientes, sendo 23 excluídos por serem menores de idade ou por fornecerem informações incompletas. A maioria possuía fonte de renda própria 104 (54,2%), porém, apenas 71 (37,6%) eram contribuintes do sistema de previdência social. Quanto a faixa salarial: 62 (33,5%) ganhavam 1 salário mínimo, 55 (29,7%) entre 1 e 3 salários mínimos, 49(26,5%) menos de 1 salário mínimo, 4 (2,2%) mais de 4 salários mínimos, 15(8,1%) não responderam ou não souberam responder. Quando questionados acerca do afastamento do trabalho nos últimos dois anos por motivo de trauma, 32 (16,7%) referiram que sim, acerca das faltas 42 (23,2%) relataram ter faltado nos últimos dois anos ao trabalho sendo que 6 (14,3%) faltaram devido a trauma decorrente de acidentes de trânsito. Da totalidade 141 (73,4%) dos pacientes sofreram acidentes de moto, destes, 41 (29,1%) referiram que já sofreram acidentes de moto no último ano, 34 (82,9%) ficaram em média 9,4 dias hospitalizados e 23 (56,09%) faltaram, em média, 15,7 dias de trabalho. Conclusões: A partir dos dados obtidos no estudo vê-se que o trauma, principalmente o automobilístico, tem grande importância para o setor econômico e para a saúde pública, pois ele afeta a produtividade do indivíduo por interrupção temporária de suas atividades ou pela perda de produção associada à seu óbito. Isso acarreta perda de dias de trabalho e gastos para o sistema de saúde e previdência social. Apesar disso, pode ser uma situação passível de redução através de medidas de prevenção e campanhas educativas. Bibliografia: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, Impactos econômicos dos acidentes de trânsito Disponível em: . Acesso em 27 jan. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: Impacto econômico|Acidentes de trânsito|Trauma automobilístico

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 694

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Comportamentos de risco no trânsito apresentados por vítimas de acidente de moto atendidas em setor de trauma em hospital no interior do Ceará.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), BEATRICE PONTE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), EMANUEL DO NASCIMENTO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANTONIO ROMÉRIO LEITE DE MACÊDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANTONIO AGOSTINHO MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Analisar a presença de possíveis comportamentos de risco referentes a hábitos no trânsito entre pacientes vítimas de acidente com motocicleta. Método: Estudo do tipo seccional, quantitativo e observacional abordando pacientes, vítimas de trauma decorrente de acidentes de moto, da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Foram analisadas as variáveis: sexo, faixa etária, posse de habilitação, utilização de equipamentos de proteção, abuso de álcool e reincidência de acidente nos últimos 12 meses. O período de coleta de dados foi de 30/12/2015 a 01/08/2016. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú. Resultados: A amostra foi composta de 141 pacientes, vítimas de acidentes de moto, onde predominou o sexo o masculino 78,7% (111). Já a distribuição etária revelou predominância entre as idades de 18 a 35 anos, somando 65,25% das internações, seguidos de a)36-55 anos: 36 (25,5%) b)>56 anos: 13 (9,2%). Acerca da posse de Habilitação (CNH) a maioria, 96 (68,1%) referiu não possuí-la. Quanto ao uso de equipamentos de proteção, boa parte referiu fazer uso de capacete 112 (79,4%), 5 relataram usar luvas (3,5%), 4 capacete e luvas (2,8%) e 10,6% (15) dos pacientes relataram não fazer uso de nenhum equipamento de proteção. 58 (41,1%) relataram levar excesso de passageiros em suas motocicletas. 19,1% (27 pacientes) estavam sob efeito de álcool na hora do acidente. 43,4% dos indivíduos que usavam capacete, o fazia de modo irregular: 14,7% usava a cinta sem prender e 28,7% mantinha sempre afivelada e pronta para colocar sem precisar de abrir. 41 pacientes (29,1%) relataram ter sofrido outro acidente de moto nos últimos 12 meses enquanto 96 (68%) não sofreram acidentes no período citado. Conclusões: Os valores encontrados referentes à frequência do sexo e à distribuição da faixa etária são condizentes com os valores encontrados na literatura, sendo, portanto, o sexo masculino e a faixa etária adulta (18 a 35 anos) predominantes. Observa-se na literatura grande correlação entre comportamentos de risco e ocorrência de acidentes automobilísticos, que foi reforçada pelos resultados encontrados no presente estudo. Bibliografia: SOUZA, Hercilia Najara Ferreira de. Representações de motociclistas sobre riscos e acidentes de trânsito, Belo Horizonte, Minas Gerais. 2015. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) ? Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Comportamentos de risco | Trauma automobilístico | Acidentes de motocicleta

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 696

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A Micção Espontânea de Projétil Pela Uretra Após Ferimento por Arma de Fogo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA LAVRATTI BORGA (UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE), TAINÁ JURITI FEIJÓ PINTO (UNIVILLE), ALINE DENISE HANAUER (HOSPITAL DR. JESER AMARANTE FARIA), ANA BEATRIZ BONCHOSKI (UNIVILLE), DERCÍLIA CORDEIRO DOS SANTOS (UNIVILLE), VANESSA CARVALHO LUCAS (UNIVILLE), PAULO HENRIQUE MATALON RODRIGUES (HOSPITAL DR. JESER AMARANTE FARIA), THAIS RIBEIRO PINTO (HOSPITAL DR. JESER AMARANTE FARIA)

RESUMO: A micção espontânea de projétil pela uretra após um ferimento por arma de fogo (FAF) é rara¹. Menos de 20 casos foram relatados nos últimos 100 anos¹. Estima-se que 3 a 10% dos traumas apresentarão envolvimento do trato urinário². Apresenta-se um caso de FAF na pelve em que houve a expulsão espontânea do projétil pela uretra 11 dias após o trauma. C.E.D.V, masculino, 15 anos, admitido no Pronto Socorro pediátrico com FAF em região torácica, panturrilha direita, região lombar direita, braço direito, antebraço direito e região posterior coxa direita. Apresentava-se com Glasgow 15, sinais vitais estáveis e levemente dispnéico. Após avaliação segundo ATLS (Advanced Trauma Life Support), houve passagem das sonda nasogástrica e vesical, com evidência de leve hematúria. Realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdômen, demonstrou hidropneumotórax (feito drenagem torácica), trauma de múltiplos órgãos abdominais e identificou um dos projéteis a nível do terço médio da uretra. Foi indicado então uma laparotomia exploratória e na inspeção e palpação da região perineal não foi possível identificar o projétil. Como a sondagem vesical havia sido feita sem dificuldade optou-se por não realizar exploração cirúrgica do períneo. Após três dias de PO (pós-operatório) e com boa evolução médica, a sonda vesical foi retirada, mas o paciente evoluiu com retenção urinária. Nova sonda vesical foi passada sem dificuldade, drenando urina clara, assim como em todo o PO até então. No 11º PO, uma hora após a retirada da sonda vesical, houve a eliminação do projétil durante a primeira micção espontânea. Após dois dias foi realizada US escrotal, sem alterações e uretrocistografia miccional, que evidenciou pequeno escape de contraste extraluminal, medindo cerca de 5mm ao nível extrabulbar. Paciente apresentava ato miccional regular. No 15º PO paciente teve alta hospitalar e no 27º teve retorno ambulatorial assintomático. Os sinais indicadores de trauma geniturinário, como sangue no meato uretral e hematúria foram notavelmente ausentes nesse caso, e, apesar das técnicas modernas de imagem e da exploração operatória, o local final da bala foi surpreendente. A migração do projétil na uretra parece ter dois destinos: retenção urinária aguda ou micção do projétil retido, assim, os traumas geniturinários podem apresentar risco de vida e impactar na qualidade de vida do paciente, sendo necessário um alto índice de suspeição para estabelecer o diagnóstico e a terapêutica adequada^{1,4}.

PALAVRAS-CHAVES: Micção espontânea de projétil | Trauma de uretra | Ferimento por arma de fogo

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 703

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CONTUSÃO MIOCÁRDICA DE UM ATLETA ? RELATO DE CASO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA ASSOCIADA A TRAUMA TORÁCICO FECHADO EM UM JOGADOR PROFISSIONAL DE FUTEBOL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE HAUPENTHAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)), ROGÉRIO DA SILVA LOGRADO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA))

RESUMO: Introdução: Contusões miocárdicas por trauma torácico fechado estão entre os problemas mais importantes na prática civil, especialmente devido à crescente incidência de acidentes de trânsito. A lesão cardíaca contundente cobre o espectro de contusão e ruptura do miocárdio. As lesões de tórax em esportes de contato são relativamente raras, particularmente aquelas que apresentam risco de morte. Neste relato de caso, apresentamos um jogador profissional de futebol masculino de 26 anos que sofreu trauma torácico fechado com alterações eletrocardiográficas devido a lesão cardíaca. Relato do Caso: Um paciente de 26 anos de idade, jogador profissional de futebol, foi admitido no Departamento de Emergência do Hospital John Paul II, da Universidade Jagiellonian ? Cracóvia, Polônia, após colisão frontal com outro jogador seguida de perda momentânea da consciência durante um treino de futebol. O eletrocardiograma (ECG) da admissão mostrou bradicardia sinusal e elevações difusas do segmento ST nas derivações anterior e inferior. Os testes laboratoriais revelaram níveis elevados de creatinoquinase sérica (CK) e da sua atividade isoenzimática CK-MB, sem liberação significativa de troponina T de alta sensibilidade (hs-TnT). Outros registros eletrocardiográficos mostraram alterações dinâmicas nas derivações V1-V3, simulando a evolução do infarto do miocárdio com elevação do segmento ST. A elevação constante do segmento ST foi visível durante todo o período de monitorização, mas com níveis de Troponina negativos e sem alterações na Ressonância Magnética (MRI) e na angiotomografia coronariana. Os marcadores necróticos cardíacos rapidamente normalizaram-se durante a hospitalização. O paciente recebeu alta após 3 dias de observação com alterações eletrocardiográficas persistentes, sendo aconselhado a evitar atividades físicas. No seguimento de repouso o traço do ECG retornou à linha de base e o paciente não relatou sintomas, apresentando capacidade plena de esforço. Conclusão: A apresentação de sintomas não específicos e o mecanismo de trauma, com alterações eletrocardiográficas mas sem irregularidades em outros métodos diagnósticos, incluindo troponina, ecocardiografia e ressonância magnética, construíram a singularidade de nosso caso. Este é o primeiro relato de caso de um trauma torácico fechado com alterações isoladas do ECG e sem outros sinais de infarto do miocárdio em um jogador de futebol profissional.

PALAVRAS-CHAVES: Contusão miocárdica | Lesão esportiva | ECG

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 706

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pacientes de um serviço de traumatologia: lesões e procedimentos cirúrgicos e prevalência das vítimas de trauma por acidentes com motocicleta.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIKAELLE LOPES RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), TAINÁ SANTOS DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), JOSÉ DE ARIMATÉA DO NASCIMENTO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS SOBRAL), RODRIGO AGUIAR BARRETO ALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: Caracterizar lesões e procedimentos realizados em pacientes vítimas de trauma, dando ênfase na alta prevalência do trauma por acidentes com motocicleta. Método: Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo, obtido a partir da entrevista com pacientes do serviço de traumatologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral - CE, durante o período de internação dos mesmos. No período de 30/12/2015 a 01/08/2016 foram entrevistados 215 pacientes, sendo validados 192 questionários. Os critérios de exclusão foram menoridade civil e inviabilidade de completar o questionário. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú. Resultados: Dos 192 entrevistados, 129 (67,9 %) utilizam a motocicleta como principal meio de locomoção e 150 responderam sobre o uso do capacete. Destes apenas 75 pessoas (50%) utilizam corretamente o capacete como aparelho de proteção, 40% utilizam de maneira inadequada e 10% não informaram sobre a utilização. Outro fato alarmante constatado sobre os acidentes de trânsito é que a grande maioria dos condutores não possui a carteira de habilitação, 69,2% dos entrevistados. Houve predominância do sexo masculino sendo 144 indivíduos (75%) da amostra pesquisada e a faixa etária predominante esteve entre 22 e 45 anos. A fratura exposta ocupou o primeiro lugar com 86 ocorrências (46,5%), seguida por fraturas fechadas com 41,1%, sendo o encurtamento muscular violento a menos prevalente com 3% das ocorrências. Tais lesões ocorreram predominantemente nos membros, seguidos de lesões de cabeça e face. Quanto aos procedimentos realizados, vale salientar que a grande maioria dos pacientes foram submetidos à tratamento cirúrgico, sendo fixação externa (35,1%), osteossíntese (33,3%) e desbridamento (26,3%) os procedimentos mais realizados. Conclusões: O grande número de traumas provocados por acidentes de moto, 141 vítimas, e os custos decorrentes desse tipo de acidente merecem atenção governamental no desenvolvimento de medidas preventivas e capacitação profissional, considerando o número crescente de motocicletas circulando em todo o país, o não uso ou uso indevido de equipamentos de segurança além da fiscalização deficiente nos locais afastados dos grandes centros. Bibliografia: BARBOSA, Mariana Queiroga, et al. Acidente Motociclístico: Caracterização das Vítimas Socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Revista Brasileira de Ciências da Saúde, vol.18, n°1, p:3-10, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Procedimentos cirúrgicos | Trauma automobilístico | Acidentes com motocicleta

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 710

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia Diafragmática Pós ? Traumática: Um relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO VICTOR LEITÃO MELO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), JOSE RICARDO CUNHA NEVES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), EVANDRO AGUIAR AZEVEDO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), FRANCISCO WILLAMY PEDROSA ALVES FILHO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), ANTONIO ROBSON GOMES XIMENES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), KARLOS JENNYSSON SOUSA SOARES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), GLICIO ARRUDA BRITO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL)

RESUMO: Introdução: O acometimento traumático do diafragma é raro, representando menos de 1% de todas as lesões. Entretanto, um alto índice de suspeita precisa ser mantido, pois o diagnóstico tardio está associado a um risco aumentado de herniação e estrangulamento de órgãos abdominais, que podem ser fatais. Nos pacientes em que o diagnóstico é duvidoso, a laparoscopia diagnóstica, a toracoscopia ou a exploração cirúrgica aberta podem ser necessárias para estabelecer o diagnóstico. A abordagem de tais lesões, quando confirmadas, pode ser feita com técnicas minimamente invasivas ou abertas, dependendo do estado geral do paciente e da presença de lesões associadas. Relato do Caso: Paciente, sexo masculino, 20 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em região escapular esquerda em agosto de 2015. Na ocasião, realizou toracostomia com drenagem pleural fechada tendo alta hospitalar após 05 dias. Após um ano evoluiu com hemoptise de repetição, dispnéia e dor torácica. Paciente foi internado para investigação diagnóstica; TC de tórax evidenciou corpo estranho intrapulmonar (fragmento ósseo) no lobo superior esquerdo e padrão sugestivo de doença granulomatosa. Realizou segmentectomia em lobo superior esquerdo; tendo como resultado histopatológico: presença de granuloma e Aspergillus SP. Cerca de 6 meses após a cirurgia torácica, paciente dá entrada na emergência com quadro de dor abdominal intensa associada a vômitos incoercíveis. Solicitada endoscopia digestiva alta, a qual foi interrogada a presença de volvo gástrico proximal. A radiografia de tórax apresentava elevação acentuada da hemicúpula diafragmática à esquerda. A tomografia computadorizada sugeria uma hérnia diafragmática com a presença de conteúdo abdominal no interior do tórax. Paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora, cujos achados foram presença de hérnia diafragmática esquerda com falha de cerca de 10 cm (Grau III, segundo a AAST), com estômago, baço e parte do cólon transversal em tórax esquerdo. Foi realizada a frenorafia com fio de nylon em pontos contínuos em dois planos. O pós-operatório transcorreu sem complicações. Conclusão: Portanto, apesar de incomum, as lesões do diafragma têm de ser suspeitadas, podendo a mortalidade chegar a 25%. O mecanismo da lesão e os achados do exame físico e a TC podem ajudar a diagnosticar a lesão. A exploração cirúrgica pode ser feita por via laparoscópica ou laparotômica.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA DIAFRAGMÁTICA | TRAUMA | OBSTRUÇÃO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 712

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA DUODENOCÓLICA TARDIA SECUNDÁRIA A RAFIA DUODENAL POR FERIMENTO DE ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA MARIA GARCIA (ITPAC/FAHESA), THIERES ANDRIOLLE DOS SANTOS MENDONÇA (ITPAC/FAHESA), JULIANA GUNDIM BARROS GUIMARÃES (ITPAC/FAHESA), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC/FAHESA), JULIANA CARREIRO CARVALHO (ITPAC/FAHESA), RONE ANTONIO ALVES ABREU (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA)

RESUMO: Introdução: As fístulas digestivas são conceituadas como sendo o estabelecimento de uma comunicação anormal entre o tubo digestivo e qualquer outra víscera oca intra-abdominal ou em cavidade livre ou superfície cutânea através da qual ocorre drenagem de secreção digestiva que se constituem, por vezes, de complicações de alta gravidade. Os fatores envolvidos são dependentes de desnutrição grave, imunossupressão, radioterapia, quimioterapia, presença de câncer e uso prolongado de corticóide. Podem ser classificadas do ponto de vista anatômico, fisiológico e etiológico. Diagnóstico feito pela seriografia esôfago, estômago e duodeno. O tratamento precoce é fundamental e objetiva a recuperação do equilíbrio orgânico, a nutrição do paciente dependerá da localização e do débito da fístula sendo o acesso central quase sempre o mais indicado. O tratamento cirúrgico busca restaurar, eliminar a fístula e tratar a doença de base associada. Relato de caso: Masculino, 34 anos, com história de trauma por projétil de arma de fogo, há três anos, na ocasião relatava dor em cólica na região abdominal. Submetido a laparotomia exploradora observando lesão vascular traumática abdominal, sendo realizadas colorrafia e enterorrafias múltiplas. Evoluiu bem no pós operatório, com alta hospitalar no décimo primeiro dia, posteriormente apresentou quadro de astenia, dor abdominal, perda de peso, edema generalizado, vômitos e diarreia. Paciente submetido à radiografia digital de esôfago, estômago e duodeno, observou-se fístula entre a primeira porção do duodeno e cólon transversos. A endoscopia digestiva alta evidenciou esofagite erosiva e orifício fistuloso na transposição bulbo-duodenal e fitobenzoar. O Raio-X foi sugestivo de processo semioclusivo intestinal. Internado para tratamento de terapia nutricional e abordagem cirúrgica eletiva na proposta de colescistectomia com drenagem transcística e antrectomia com reconstrução a Bilroth II, transversotomia com anastomose primária. Conclusão: Diante do caso percebemos que fístulas do trato gastrointestinal caracterizam-se por elevada morbidade e período de internação prolongado podendo apresentar comorbidades. O tratamento para fístulas tardias é baseado na terapia nutricional e posterior abordagem cirúrgica dependendo de comorbidades, localização e débito da fístula.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA ABDOMINAL | COMPLICAÇÃO CIRURGICA | CIRURGIA CORRETIVA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 719

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise dos fatores associados à gravidade da queimadura entre os pacientes queimados atendidos em um centro de referência privado de Florianópolis

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULA AZEVEDO DO NASCIMENTO (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA -UNISUL), MAURÍCIO JOSÉ LOPES PEREIRA (HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO - HIJG), DILMA FRANCISCO LEONARDI (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - UNISUL)

RESUMO: Introdução: Queimadura é o termo que denota a doença traumática resultante da ação direta ou indireta de calor sobre o organismo. Diferenças nas características clínicas e sócio demográficas sugerem influência na gravidade da doença. Objetivo: Analisar os fatores associados às queimaduras entre os queimados atendidos em uma clínica de Florianópolis. Método: Estudo caso controle incluindo 185 pacientes que sofreram queimaduras entre agosto de 2015 e julho de 2016, sendo 68 do grupo caso e 117 do grupo controle. Foram divididos de acordo com a gravidade. Utilizou-se o software SPSS 20.0 para análise descritiva e bivariada e o teste de qui-quadrado de Pearson e exato de Fischer com nível de significância estatística pResultados: O sexo masculino foi o mais prevalente e adicionou OR de 1,8. A faixa etária mais representativa no grupo caso foi de 27-65 anos (53%) e a faixa de 21-26 anos demonstrou OR de 4,2 (p=0,028). Sólido aquecido se mostrou um fator de proteção (p=0,004) e queimadura por abrasão adicionou OR de 3,41 (p=0,026). As topografias mais atingidas foram: abdome (81%; p=0,001), braço(58,1%; p=0,001), coxa (64,3%; p=0,027), dorso (69,2%; p= 0,017), pernas (66,7%; pConclusão: Queimaduras graves são mais frequentes no sexo masculino. Ter entre 21-26 anos, queimadura por abrasão nas regiões: tórax, abdome, braço, coxa, pernas e dorso são fatores de risco. Trauma por sólido aquecido e em mãos são fatores de proteção

PALAVRAS-CHAVES: Epidemiologia | trauma | queimadura

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 743

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELAO DE CASO: TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DE FERIMENTO TRANSFIXANTE TÓRACO-ABDOMINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA SANTOS DE JESUS (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA), STEPHANIE SANTIN (UNISA), JOSE CRUVINEL NETO (UNISA), ALEXANDRE ZANCHENKO FONSECA (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: INTRODUÇÃO tratamento conservador consiste de avaliação completa do trauma, realização de tomografia computadorizada (TC), monitorização hemodinâmica sem a necessidade de uma intervenção cirúrgica. A incidência de traumas torácicos penetrantes varia geograficamente. Nos EUA 9% de todos os óbitos relacionados à traumas decorrem de causas torácicas. No Brasil os dados são precários, estima-se que em 2014 cerca de 45 mil óbitos por ferimento penetrantes, das quais 94% foram homicídios. A África do Sul consiste em um dos mais avançados centros no tratamento não operatório de Ferimentos por arma de fogo (FAF). Em 2002 MacFarlane elaborou documento para auxiliar no tratamento em casos de FAF. No Hospital Geral do Grajau (HGG) o protocolo consiste na realização do ATLS, eFAST e, quando indicado, TC. Neste trabalho relatamos o caso de paciente admitida por FAF em mama esquerda, onde o eFAST foi positivo e seguiu-se tratamento não operatório. RELATO DE CASO Paciente C.M.S., 59 anos, sexo feminino, procedente de São Paulo, deu entrada no dia 12 de Janeiro de 2016 às 8h da manhã com queixa de FAF em mama esquerda há 30 minutos. Foi realizado ATLS: A: Via aérea pérvia, sem colar cervical, sem prancha rígida. B: Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios, frequência respiratória de 20irpm, saturação 98% em ar ambiente. C: estável hemodinamicamente, abdome flácido e indolor, pelve fixa e indolor. D: escala de coma de Glasgow 15, pupila isofotorreagente, sem déficit motor. E: ferimento puntiforme em hemitórax esquerdo no 7º espaço intercostal esquerdo. Fast positivo no espaço pericárdico. A paciente foi estabilizada, ofertado O2, coletados exames laboratoriais, infundido 500mL de Ringer Lactato aquecido. Realizado sondagem vesical de demora (SVD) e RX de Tórax que mostrou projétil em hemitórax direito, em região basal. Optou-se por drenar o tórax à direita, com saída de 100mL de sangue. Foi realizado TC de tórax e abdômen com contraste. A partir do resultado dos exames iniciais adotou-se conduta expectante. A paciente permaneceu internada durante 5 dias, com boa evolução, sem alterações nos parâmetros clínicos e laboratoriais, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃO A decisão quanto à conduta mais adequada frente a um FAF deve levar em conta a capacidade do hospital em fornecer o suporte necessário para o caso de desestabilização do paciente junto a experiência da equipe de cirurgias.

PALAVRAS-CHAVES: Tratamento não operatório | Ferimento por arma de fogo | Traumatismo tóraco-abdominal

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 758

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A epidemiologia das causas externas em serviços de urgência do Sistema Único de Saúde, São Paulo, 2014.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELIAS JIRJOSS ILIAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), ADRIANA NATUCCI HETTE (FACULDADE DAS AMÉRICAS), CINTIA LECI RODRIGUES (FACULDADE DAS AMÉRICAS), PATRICIA COLOMBO DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), CARLOS GÓRIOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), CYNTHIA MARIA DE FREITAS ALVES (UNIVERSIDADE NOVA IGUAÇU), JANE DE ESTON ARMOND (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), RODRIGO DE ESTON ARMOND (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), CLEO CHINAIA (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO)

RESUMO: Objetivo: Analisar os atendimentos de emergência referentes às causas externas, na cidade de São Paulo, coletados no inquérito Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA) em 2014. Métodos: Trata-se de um estudo transversal descritivo, utilizando-se dados extraídos do Sistema de Informação de Vigilância de Violência e Acidentes. Durante o ano de 2014 ocorreram 3.302 atendimentos por causas externas em serviços de urgência na cidade de São Paulo. As variáveis utilizadas para este estudo foram idade, tipo de acidente, sexo, local do acidente, diagnóstico, e a evolução do caso. O projeto de pesquisa dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, pois se trata de uso de dados de banco de domínio público, conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/16. Resultados: No período analisado ocorreram 3.302 atendimentos pediátricos por trauma no Sistema Único de Saúde da população residente na cidade de São Paulo, o acidente por queda correspondeu a 52,2% dos casos; intoxicação e envenenamento 13,4%; ferimentos por arma de fogo e arma branca 2,4%; queimaduras 2,2%; A ocorrência dos acidentes foi predominante no sexo masculino (59,4%), nos adultos jovens (20 a 39 anos): 31,3% e na residência da paciente (35,0%). Os principais diagnósticos foram os traumatismos da cabeça (29,3%), contusão do ombro e braço (4,0%), queimadura de grau I (3,1%). Segundo a evolução do caso: 77 casos foram recebido em óbito no atendimento, 6,7% dos casos resultaram em internação hospitalar e 81,8% dos casos tiveram alta hospitalar imediata. Conclusão: Os acidentes por causas externas ocorre principalmente no adulto jovem e do sexo masculino, sendo a residência da vítima o principal local do acidente. Os eventos foram constituídos de casos leves e que evoluíram para alta. As causas externas vêm se consolidando nas últimas décadas como um desafios para a saúde pública, espera-se que os resultados deste estudo possam balizar a formulação de novas políticas e/ou o aprimoramento das já existentes, visando ao efetivo enfrentamento da questão. Referências: 1. Malta DC et al. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21 (12): 3729-3744. 2. Mendes LVP, Campos MR, von-Doellinger VR, Mota JC, Pimentel TG, Schramm JMA. A evolução da carga de causas externas no Brasil: uma comparação entre os anos de 1998 e 2008. Cad. Saúde Pública. 2015; 30 (10): 2169-2184.

PALAVRAS-CHAVES: CAUSAS EXTERNAS|EPIDEMIOLOGIA|PREVENÇÃO DE ACIDENTES

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 771

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÃO CERVICAL PENETRANTE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MANUELA BARROS DOS SANTOS MOURA (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARÍBA (UFPB)), ADRIANO DIAS TRAJANO (PROFESSOR-ORIENTADOR DA LAC-PB. MEMBRO DA CBC. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP.), YOHANA OLIVEIRA DE BARROS (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA NA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE)), GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA NA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE)), GEORGE PALMEIRA BRAGA (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARÍBA (UFPB)), REBECA DANIELLY DA FONSECA (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARÍBA (UFPB)), ANNA LUIZA PORTELA TARGINO (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA NA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE)), ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA NA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE))

RESUMO: OBJETIVO: Traumas cervicais penetrantes são complexos, potencialmente fatais e de difícil avaliação, representando um desafio diagnóstico nos serviços de trauma. O objetivo desse trabalho é realizar uma revisão sistemática sobre a importância do diagnóstico precoce no trauma cervical, visando submeter o paciente a um manejo operatório seletivo. MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática na plataforma PubMed dos últimos 5 anos, através dos descritores "penetrating trauma cervical", "injury" e "penetrating trauma". Sendo o critério de inclusão, os artigos que apresentava diagnóstico e tratamento das lesões cervicais penetrantes. RESULTADOS: Dos 35 artigos analisados foram selecionados cinco (14,2% do total). As lesões penetrantes do pescoço correspondiam de 5% a 10% das vítimas de trauma, com mortalidade que variava de 3% a 10%. A maioria dos casos foi do sexo masculino (88% do total), sendo a idade média de 28 anos. A Zona II cervical foi a mais acometida (44%), seguida pela Zona I (33%) e Zona III (23%). Os ferimentos por armas de fogo representavam 56,7% dos casos e arma branca 33,3%. A lesão vascular é o trauma mais frequente (40% do total), com 50% de mortalidade, e a lesão arterial ocorreu entre 15 a 25% dos casos, sendo 80% nas carótidas e 43% nas vertebrais. Para o diagnóstico de lesões vasculares foi utilizada a angiotomografia, com 98% de sensibilidade. As lesões medulares representavam 16% dos casos, enquanto as aerodigestivas, 10%. Das lesões aerodigestivas, 54% não foram identificadas na tomografia computadorizada (TC). As lesões de esôfago têm uma mortalidade estimada em 20%. No que diz respeito à abordagem cirúrgica, a cirurgia imediata ocorreu em 19% das vítimas, sendo a hemorragia (64% dos casos) e o hematoma em expansão (22%) as principais indicações. O manejo seletivo foi realizado em pacientes estáveis e aconteceu em 81% dos casos, dos quais 26% necessitaram de procedimentos operatórios após os exames. CONCLUSÃO: A avaliação da lesão cervical penetrante pode ser feita pela TC em pacientes estáveis. A angiotomografia é o exame mais sensível para avaliar lesões vasculares, sendo que o ultrassom doppler também pode ser utilizado. Na suspeita de lesões aerodigestivas, o esofagograma e a endoscopia digestiva alta devem ser realizados.

PALAVRAS-CHAVES: "penetrating trauma cervical" | "injury" | "penetrating trauma"

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 791

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trauma renal: qual a melhor abordagem?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BÁRBARA NARCISO DUARTE (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), TÂMARA RAQUEL LIRA FERNANDES (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ANA CLÁUDIA DE SOUZA RODRIGUES GABRIEL FERREIRA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), RIELLY DE SOUSA E SILVA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), CLARISSE SALES GURGEL (UNIVERSIDADE POTIGUAR), AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), IRAMI ARAUJO FILHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Objetivo: Realizar uma revisão literária sobre conduta no trauma renal. Métodos: revisão de literatura nas bases de dados MEDLINE e SCIELO, a partir dos descritores ?renal trauma?, ?abdominal injury? e ?treatment?. Foram incluídos artigos de língua inglesa e portuguesa, publicados entre 2011 e 2016. Resultados: O trauma renal é responsável por 1-5% dos casos de trauma, apresentando significativa morbimortalidade quando relacionada a lacerações no parênquima renal e a lesões renovasculares. O manejo inadequado aumenta o número de nefrectomias indesejadas. Preconiza-se o diagnóstico precoce através do exame físico e história clínica baseada no mecanismo da lesão, atendimento pré-hospitalar e história prévia de doença renal. O sintoma mais importante é a hematúria, e todos pacientes com hematúria macroscópica devem ser submetidos avaliação renal de imagem. A escala de lesão de órgãos da American Association for Surgery of Trauma (AAST) baseada na Tomografia Computadorizada (TC) divide as lesões renais em 4 categorias. A conduta terapêutica fundamenta-se nessa classificação. O tratamento conservador assentado nas medidas de suporte, monitorização, hematócrito seriado e TC em intervalos regulares são indicados para as contusões renais (grau I) e para as lacerações renais (graus II, III ou IV), independentemente do tamanho do hematoma perirrenal, quando houver estabilidade hemodinâmica. O tratamento cirúrgico visa controle vascular precoce e reconstrução renal. Nas lesões irreconstrutíveis nos pólos indica-se a nefrectomia parcial. Nas renovasculares, deve-se ocluir os vasos afetados com um ?clamp?. A nefrectomia está indicada em pacientes clinicamente instáveis com lesões renais graves. Conclusão: A tendência é conduta conservadora, principalmente nas lesões entre graus I e III. Dentre os indicadores cirúrgicos, o principal é a presença ou não de instabilidade hemodinâmica. Bibliografia: SERAFETINIDES, Efraim et al. Review of the Current Management of Upper Urinary Tract Injuries by the EAU Trauma Guidelines Panel. *European Urology*, [s.l.], v. 67, n. 5, p.930-936, maio 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2014.12.034>.; KAUTZA, B.; ZUCKERBRAUN, B.; PEITZMAN, A. B. ?Management of blunt renal injury: what is new??. *European Journal Of Trauma And Emergency Surgery*, [s.l.], v. 41, n. 3, p.251-258, 15 abr. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s00068-015-0516-x>.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma renal | Trauma abdominal | Tratamento

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 797

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: APLICAÇÃO DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR NA INSTABILIDADE HEMODINÂMICA DO TRAUMA PÉLVICO GRAVE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), BÁRBARA NARCISO DUARTE (UNIVERSIDADE POTIGUAR), INGRID NÓBREGA ARAÚJO QUEIROZ (UNIVERSIDADE POTIGUAR), JOANNA DE ANDRADE CORDEIRO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ARTHUR AMARAL DE SOUZA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), IRAMI ARAUJO FILHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Objetivo: realizar uma revisão literária, de modo a definir a eficiência e aplicabilidade da embolização arterial no trauma pélvico grave. Métodos: constitui-se de uma revisão de literatura nas bases de dados PUBMED, MEDLINE e SCIELO, utilizando os descritores pelvic trauma, hemodynamic instability e arterial embolization. Foram incluídos artigos de língua inglesa e portuguesa, publicados entre 2011 e 2016. Resultados: Atualmente, o tratamento inicial dos pacientes vítima de trauma com fratura pélvica e instabilidade hemodinâmica ainda é alvo de discussão. Em razão disso, o risco de morte imediata está intrinsecamente ligado a possível ocorrência de choque hemorrágico refratário associado a coagulopatias. Nesse cenário, a embolização arterial revela-se como uma terapia salvadora para muitos casos. Esse tipo de manejo tem como objetivo, conseguir a oclusão vascular imediata, através da diminuição da pressão de vazamento. Assim, possivelmente facilitaria a ocorrência da homeostase fisiológica, da formação de trombos e cicatrização dos vasos lesados. Vale salientar, que em casos de hemorragias hepáticas ou esplênicas associadas ao trauma pélvico, a angiografia seguida de embolização também é eficaz, evitando-se a necessidade de laparotomia para o tratamento desses sítios hemorrágicos arteriais multifocais. Atualmente, a embolização mostra-se como um tratamento fundamental e de escolha para as fraturas pélvicas que cursam com hemorragia arterial e consequente instabilidade hemodinâmica. Conclusão: De acordo com o exposto anteriormente, constata-se que a embolização arterial é uma opção terapêutica eficaz nos pacientes vítima de trauma pélvico com instabilidade hemodinâmica. É imprescindível ao profissional, encaminhar os pacientes para centros de trauma, onde uma boa abordagem terapêutica poderá ser feita com mais facilidade. Bibliografia: ROUDSARI, Bahman S. et al. Utilization of Angiography and Embolization for Abdominopelvic Trauma: 14 Years? Experience at a Level I Trauma Center. American Journal Of Roentgenology, [s.l.], v. 202, n. 6, p.580-585, jun. 2014. American Roentgen Ray Society.; FU, Chih-yuan et al. Angioembolization provides benefits in patients with concomitant unstable pelvic fracture and unstable hemodynamics. The American Journal Of Emergency Medicine, [s.l.], v. 30, n. 1, p.207-213, jan. 2012. Elsevier BV.

PALAVRAS-CHAVES: pelvic trauma|hemodynamic instability|arterial embolization

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 801

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trauma de traqueia e brônquio fonte: quando suspeitar e o que fazer?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BÁRBARA NARCISO DUARTE (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), INGRID NÓBREGA ARAÚJO QUEIROZ (UNIVERSIDADE POTIGUAR), JOANNA DE ANDRADE CORDEIRO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ARTHUR AMARAL DE SOUZA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), AMÁLIA CÍNTIA MENESES RÊGO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), IRAMI ARAUJO FILHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Objetivo: Apresentar as principais características clínicas e radiológicas que nos fazem suspeitar de um trauma de traqueia e brônquio fonte, e como devemos conduzi-lo. Métodos: Trata-se de uma revisão descritiva de literatura nas bases de dados MEDLINE e SCIELO, utilizando os descritores ?trauma de traqueia e brônquio fonte?, ?tracheobronchial injury?, ?airway trauma? e ?treatment?. Foram utilizados artigos nas línguas inglesa e portuguesa, publicados entre 2011 e 2016. Resultados: As lesões traqueobrônquicas são raras e cursam com altas taxas de letalidade. O ferimento penetrante é a principal causa das lesões e 80% delas ocorrem próximos à carina. As características clínicas são inespecíficas, e na presença de outras lesões comumente associadas, passam facilmente despercebidas. O paciente geralmente apresenta-se com dispneia, desconforto respiratório, hemoptise, rouquidão e afonia. À radiografia de tórax são observados, principalmente, o enfisema de subcutâneo, achado mais comum; pneumomediastino e pneumotórax. Achados altamente sugestivos de trauma traqueobrônquico são: o vazamento de ar maciço e a incapacidade de expandir o pulmão após a drenagem torácica; o sinal de Hammam e o sinal do pulmão caído. A broncoscopia é o procedimento de escolha para o diagnóstico definitivo da lesão. O tratamento é desafiador e inclui, predominantemente, a estabilização da via aérea, que irá permitir uma ventilação adequada e, em seguida, a reparação da lesão com um menor impacto sobre a função respiratória e a qualidade de vida dos pacientes. Conclusão: Embora o trauma traqueobrônquico seja altamente letal, um bom resultado pode ser esperado após o tratamento cirúrgico. Os principais fatores que interferem na evolução e prognóstico dos pacientes são o alto grau de suspeição da lesão; recursos hospitalares disponíveis e a experiência do cirurgião em determinar o tratamento mais adequado. Bibliografia: CARRETTA, Angelo et al. Conservative and Surgical Treatment of Acute Posttraumatic Tracheobronchial Injuries. *World Journal Of Surgery*, [s.l.], v. 35, n. 11, p.2568-2574, 8 set. 2011. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-011-1227-z>; PROKAKIS, Christos et al. Airway trauma: a review on epidemiology, mechanisms of injury, diagnosis and treatment. *Journal Of Cardiothoracic Surgery*, [s.l.], v. 9, n. 1, p.117-125, 30 jun. 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1749-8090-9-117>.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma de via aérea | Trauma de traqueia | Trauma brônquico

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 805

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressuscitação de controle de danos no trauma: qual a melhor estratégia?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), BÁRBARA NARCISO DUARTE (UNIVERSIDADE POTIGUAR), CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ANDREZA LUIZA DE SOUSA LOBATO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), JÔNATAS PONTE VASCONCELOS (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ALISOM MICHEL CAMPOS AZEVEDO (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Introdução: A ressuscitação de controle de danos (RCD) é uma abordagem inicial que deve ser utilizada em pacientes vítimas de trauma que possuem alta probabilidade de um desfecho fatal por consequência de choque hemorrágico. Duas abordagens são essenciais na RCD: hipotensão permissiva (HP) e transfusão maciça (TM). Objetivo: Revisar as principais indicações de hipotensão permissiva e transfusão maciça no paciente politraumatizado, como devem ser realizados e registrar os resultados dessas abordagens. Métodos: Publicações sobre o tema foram obtidas em bases de dados internacionais (MedLine, Pubmed, Scielo) e manuais. Resultados: Constatou-se que a RCD é uma abordagem eficaz para redução da mortalidade em pacientes vítimas de trauma com grandes hemorragias. A HP demonstrou benefício quando utilizada em pacientes com perda sanguínea menor que 30% do volume sanguíneo corporal. Não existe consenso sobre a meta pressórica ideal, porém a maioria dos artigos indicam que a pressão arterial sistólica não ultrapasse 80mmHg. Estudos mostraram que essa abordagem não deve ser utilizada por longos períodos de tempo (90 ? 120 minutos). O outro pilar da RCD é a TM. Esta deve ser realizada de maneira precoce, utilizando plasma fresco congelado (PFC) e concentrados de plaquetas (CP) e hemácias (CH). A proporção desses componentes ainda é motivo de discussão, mas evidências mostram que uma alta relação, como a 1:1:1 (PFC:CP:CH), são mais seguras comparadas a relações menores, como a 1:1:8. Conclusão: A RCD é uma abordagem eficaz na redução de mortalidade em pacientes vítimas de trauma com grandes hemorragias. Entretanto, mais estudos devem ser realizados para esclarecimento das dúvidas sobre o tema. Bibliografia: KAAFARANI, H. M. A.; VELMAHOS, G. C.. Damage Control Resuscitation In Trauma. Scandinavian Journal Of Surgery,[s.l.], v. 103, n. 2, p.81-88, 28 abr. 2014. SAGE Publications.; POHLMAN, Timothy H. et al. Damage control resuscitation. Blood Reviews, [s.l.], v. 29, n. 4, p.251-262, jul. 2015. Elsevier BV.; HOLCOMB, John B. et al. Transfusion of Plasma, Platelets, and Red Blood Cells in a 1: 1: 1. Jama, [s.l.], v. 313, n. 5, p.471-482, 3 fev. 2015. American Medical Association (AMA).

PALAVRAS-CHAVES: Ressuscitação de controle de danos | Hipotensão permissiva | Transfusão maciça

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 814

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem videolaparoscópica para correção de hérnia diafragmática traumática diagnosticada tardiamente: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS DIEGO RIBEIRO CENTELLAS (IPSEMG), RACHID GUIMARAES NAGEM (IPSEMG), CAMILA COUTO GOMES (IPSEMG), LUCAS SILVA COUTO (IPSEMG), MARCELA REZENDE SALLES (IPSEMG), LUCAS TOBIAS ALMEIDA QUEIROZ (IPSEMG), ANTONIO DE CARVALHO JUNIOR (IPSEMG)

RESUMO: Introdução: Ruptura diafragmática traumática (RDT) ocorre em decorrência de trauma toracoabdominal fechado ou aberto. Possui baixa incidência, sendo normalmente encontrada em combinação com outras lesões em politraumatizados. Mais prevalente à esquerda, devido a efeito protetor do fígado à direita. Apresenta difícil diagnóstico, podendo ficar silenciosa por anos até que complicações sejam desenvolvidas. Propicia uma migração gradual do conteúdo abdominal para interior do tórax, podendo evoluir com encarceramento e até estrangulamento de vísceras abdominais ou insuficiência respiratória por componente restritivo. O atraso diagnóstico de RDT aumenta mortalidade de 3% para 30%. Relato: Homem de 33 anos procurou atendimento no pronto socorro do Hospital Governador Israel Pinheiro BH/MG com dor em hemitórax esquerdo associado a dispnéia há um dia. À ausculta pulmonar apresentava ruídos hidroaéreos em base de hemitórax à esquerda. Refere trauma toracoabdominal contuso há cerca de 6 meses após briga, tendo procurado o mesmo serviço e na época realizado radiografia de tórax sem alterações. Desta vez, a radiografia de tórax evidenciou volumosa hérnia diafragmática à esquerda. Tomografia computadorizada de tórax mostrou estômago, porção mais proximal do duodeno, alças de cólon transverso e descendente, parte do corpo e cauda pancreáticos e baço no interior do tórax. Optado por videolaparoscopia. Realizado redução de conteúdo herniário e lise de aderências. Sem evidência de lesões ou perfurações de órgãos. Fechamento da hérnia localizada lateralmente à esquerda com 4 pontos em ?X? com seda 2-0. Submetido também a drenagem pleural fechada à esquerda. Retirado dreno no 3º dia de pós-operatório e alta hospitalar no 4º dia. Discussão: A baixa taxa de suspeição de RDT e a sua dificuldade diagnóstica levam a um atraso no diagnóstico de hérnias diafragmáticas traumáticas, aumentando a morbimortalidade. Visto que quando a hérnia é diagnosticada precocemente, o reparo costuma ser mais simples e o paciente apresenta menos complicações. O tratamento cirúrgico ainda é controverso, varia principalmente quanto às técnicas empregadas, dependendo da experiência do cirurgião e estado clínico do paciente. O uso de fios inabsorvíveis é amplamente recomendado. Uso de tela sintética pode ser útil em defeitos maiores. No caso relatado, optou-se por abordagem minimamente invasiva com colocação de um dreno torácico devido ao risco de pneumotórax decorrente da confecção do pneumoperitônio.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia Diafragmática Traumática | Laparoscopia | Herniorrafia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 815

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HERNIA LOMBAR PÓS-TRAUMÁTICA: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DECIO LUIS PORTELLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), MARIANA FIDELIS SOLLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DIEGO GARDENAL ALCANTARA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DORIVAL MANRIQUE DUARTE JUNIOR (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DANIEL CARBONIERI BATISTA DE OLIVEIRA. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), BIANCA CAROLINE ALVIM TOMAZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: Em 1672, Babette sugeriu pela primeira vez a existência da hérnia lombar (HL), que ocorre por um defeito da fáscia fibromuscular da parede posterior do abdome . Extremamente rara pode ocorrer no espaço de Grynfeltt (superior) e no espaço de Petit (inferior). Mas foi só em 1906, que Selby relatou a primeira hérnia lombar traumática. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 30 anos, trazido para o Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) , vítima de colisão moto X caminhão, alta cinética. Paciente foi encontrado em baixo do caminhão, e negou perda da consciência. Ao atendimento inicial segundo ao ATLS® apresentou: vias aéreas pervias e colar cervical; murmúrio vesicular presente bilateralmente com FR:20 ipm; bulhas rítmicas e normofonéticas, FC:110bpm e PA:126X74mmhg; Glasgow:15. E, apresentou abdômen flácido, doloroso à palpação em baixo ventre. Desenvolvimento da bolsa testicular também foi visualizado.O FAST realizado foi negativo. Foram solicitados as radiografias do tórax e fêmur. A tomografia computadorizada (TC),permitiu a visualização de uma hérnia lombar. Encaminhado para a correção cirúrgica. Durante a intervenção cirúrgica foi evidenciada a hernia lombar direita com grande quantidade de sangue em retroperitônio. Realizado o fechamento do peritônio, e a secção do apêndice. Paciente foi liberado para abordagem pela urologia.O paciente evolui bem, sem intercorrências. Conclusão Em relação à etiologia, aproximadamente 20% das HL são congênitas, e, como causas, podemos citar: defeitos musculares, anóxia fetal, neuropraxia, encarceramento nervoso em espinha bífida e pressão por massa abdominal. Os 80% restantes são as ditas adquiridas, e podem ser classificadas como primárias (aproximadamente 55% das hérnias lombares relatadas) ou secundárias (trauma). Embora a HL traumática seja rara, o fator causal mais comum é acidentes automobilísticos, como o caso relatado.O diagnóstico de HL traumática é muito difícil, mas os médicos devem suspeitar dos achados que incluem dor de flancos, protuberância e hematoma em flancos. A TC foi realizada para diagnosticar a HL pós-traumática e descartar lesões intra-abdominais associadas.O tratamento da HL é controverso levantando questões de como e quando e como operar. Se há suspeita de lesões intra-abdominais associadas, deve-se realizar laparotomia. No entanto, se não houver suspeita, a reparação extraperitoneal primariamente ou com material protético pode ser realizada como modalidade de tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia lombar|Trauma abdominal fechado|Hérnia lombar traumática

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 848

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: QUEIMADURA EXTENSA EM PACIENTE BARIÁTRICO ? RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LETICIA SOARES GOULART (ESTÁCIO - UNISEB), MARIA CECILIA REMELLI PESSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ - UNINGÁ)

RESUMO: Introdução Nos últimos anos, a procura por tratamento de obesidade tem se intensificado, e as cirurgias bariátricas que restringem o tamanho do estômago, ou levam a diminuição da absorção de nutrientes são os mais utilizados (Coelho EM, et al.). Assim, é importante seguir rigorosamente as orientações sobre consumo de suplementos, prevenindo problemas nutricionais e metabólicos, bem como complicações em virtude de futuros traumas. Relato de Caso A.P.F.C, 39 anos, feminina, 2º mês de pós-operatório de gastroplastia com by-pass em Y de Roux por obesidade mórbida, vítima de explosão de gás de cozinha e extensa queimadura. Admitida no hospital com queimaduras de 2º e 3º graus em 60% da superfície corpórea, realizada hidratação vigorosa, limpeza e curativo das lesões com sulfadiazina de prata e tratamento com albumina. Alguns exames coletados: proteínas totais 3,2g/dl, albumina 1,4g/dl, globulina 1,8g/dl e hemograma com normocromia, normocitose e neutrófilos com raras granulações tóxicas. Por conseguinte, paciente estável levada ao centro cirúrgico para realizar desbridamento, evolui com instabilidade hemodinâmica e mantida às custas de aminas e transfusão de plaquetas e sangue. Ao decorrer, novo hemograma relata normocromia, normocitose e neutrófilos com granulações tóxicas. Novamente encaminhada para desbridamento, retornando gravíssima, com relato de sangramento importante. No dia seguinte, após estabilização, realiza novo desbridamento, porém apresenta pupilas midriáticas fixas, não tendo recebido qualquer sedativo, hipnótico ou analgésico, supondo possível sangramento intracraniano. Por fim, a avaliação de novo hemograma relata hipocromia, anisocitose e neutrófilos com frequentes granulações tóxicas, evoluindo para gravíssimo estado geral, e regressão pupilar após retorno da sedação, mantendo-se miótica e bradirreagente, evidenciando morte cerebral. Conclusão É notório que a extensão da queimadura aumenta proporcionalmente a mortalidade, em virtude de maiores complicações na homeostase corporal, tanto pelo desequilíbrio de barreira contra infecções como também pelos distúrbios hidroeletrólíticos gerados. (Borborema CPL, et al.). Assim, como no caso relatado, ocorreram significativas alterações relacionadas a má evolução, como: hipoalbuminemia, alterações no hemograma e distúrbios de coagulação, que por sua vez, são decorrentes da grande queimadura e podem ter sido agravados pela previa cirurgia restritiva e uma possível carência nutricional.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia bariátrica | trauma | queimadura

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 879

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estudo descritivo dos atendimentos ao trauma de vítimas com ferimentos por projéteis de arma de fogo.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELIAS JIRJOSS ILIAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), GABRIELA KARABACHIAN TEBAR (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), LUCAS VOLPATO CRIVELLARO (PUC-SP CAMPUS SOCOROCABA), CAROLINA CASARIN BROSCO (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), RENATO SAVARIEGO PORTO (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), ANA PAULA GIORDANO (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), ANAÍDES MARQUES DO VALE COUGO (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), CINTIA LECI RODRIGUES (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO)

RESUMO: Objetivo: Descrever o perfil das vítimas e das agressões por projétil de arma de fogo. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, na seleção das notificações, incluíram-se aquelas relativas à agressões por terceiros contra homens e mulheres, no ano de 2014 na cidade de São Paulo. Consideraram-se as variáveis: região da residência, faixa etária, sexo, local da ocorrência, horário da ocorrência, diagnóstico de lesão, raça/cor, escolaridade, evolução do caso. Empreendeu-se o estudo exclusivamente com dados de acesso público, de forma que não foi necessária a apreciação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução do Conselho Nacional da Saúde (CNS 510/16). Resultados: No período analisado, ocorreram 555 atendimentos às vítimas por projétil de arma de fogo ocorridos na cidade de São Paulo. A região que mais apresentou notificação da agressão por projéteis de arma de fogo (PAF) foi a região leste (26,3%), seguido por: sul (18,0%), norte (13,7%), sudeste (12,4%), oeste (3,4%). Predominaram indivíduos do sexo masculino (83,8%), entre 15 e 29 anos de idade (54,6%). Os principais locais da ocorrência foram via pública (24,9%) e na residência da vítima (11,5%). Os dados referentes ao agressor em relação à vítima de ferimento por arma de fogo: ladrão ou assaltante (24,1%), desconhecidos devido a brigas (22,5%), familiares (11,5%). O horário da ocorrência foi predominante durante a noite e/ou madrugada (21,6%). Os principais diagnósticos de lesão foram: traumatismos da cabeça (23,6%) e traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo (13,7%). No quesito raça/cor as vítimas de PAF: pardos (26,7%), brancos (24,7%), negro (6,8%). As vítimas também possuíam baixa escolaridade, menor que 7 anos de estudo (19,0%). Segundo os dados acerca da evolução do caso: 49,7% tiveram alta hospitalar imediata, 18,0% internação hospitalar, 11,7% foram a óbito. Conclusão: A vítima de arma de fogo é muito onerosa para o setor Saúde e para a sociedade, principalmente por serem jovens e do sexo masculino. Bibliografia: 1. Maciel PR, Souza MR, Rosso CFW. Estudo descritivo do perfil das vítimas com ferimentos por projéteis de arma de fogo e dos custos assistenciais em um hospital da Rede Viva Sentinela. Epidemiol. Serv. Saúde. 2016; 25 (3): 607-616. 2. Trindade RFC, Costa FAMM, Silva PPAC, Caminiti GB, Santos CB. Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. Rev. esc. enferm. USP. 2015; 49 (5): 748-755.

PALAVRAS-CHAVES: armas de fogo | trauma | violência

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 897

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Acidentes com motocicleta: o impacto nas internações hospitalares em enfermaria cirúrgica de hospital público da cidade de Sobral - CE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS DE MOURA PORTELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ÉRICA BEZERRA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), KAROLINE KUSTER VALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WANESSA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTÔNIO IGOR TAUMATURGO DIAS SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RENAN LOPES VASCONCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ANTONIO ROMÉRIO LEITE DE MACÊDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), JÚLIO CÉSAR CHAGAS E CAVALCANTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: Objetivo: Evidenciar o impacto dos acidentes com motocicleta nas internações hospitalares e servir como ferramenta para ações governamentais de prevenção. Método: Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo, obtido a partir da aplicação de questionário com pacientes internados na traumatologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) - CE do período de 30/12/2015 a 01/08/2016. Foram entrevistados 215 pacientes, sendo validados 192 questionários. Os critérios de exclusão foram menor de idade e inviabilidade de completar o questionário. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú. Resultados: Dos pacientes atendidos pela unidade, 81,7% tinham sofrido acidente de trânsito, sendo que, em 90,4% dos casos o acidentado estava usando motocicleta. Confirmando a relevância desses dados, o Ceará aparece na literatura como o estado do Nordeste com maior número de internações no SUS por acidente de trânsito com motocicleta. A participação da motocicleta como meio de transporte na região abrangida pelo serviço de saúde analisado (SCMS) é prevalente, tendo 67,9% dos entrevistados afirmado tratar-se do meio de locomoção mais utilizado. Documento das Nações Unidas aponta que cerca da metade das vítimas de trânsito no mundo são as denominadas categorias vulneráveis, como pedestres, ciclistas e motociclistas, sendo essa proporção maior nos países de rendimento médios e baixos, pela maior densidade dessas categorias. Neste estudo, 89,7% dos entrevistados tinham faixa salarial de até 3 salários mínimos e 79,4% renda familiar de até 3 salários mínimos. O Ministério da Saúde caracteriza os acidentes de trânsito como evitáveis, e, dentre as ações nesse sentido, estão as condutas seguras dos usuários. No presente estudo, 68,1% dos acidentados em uso de motocicleta eram condutores, e 31,9% das vítimas desses acidentes não usavam capacete no momento do trauma. Conclusões: A grande participação dos acidentes com motocicleta dentre as causas de internação na traumatologia da SCMS é alarmante. Além dos elevados índices de internações, acabam trazendo consigo morbimortalidade, altos custos hospitalares e despesas previdenciárias. Entretanto, apesar das grandes proporções, trata-se de um problema evitável. É fundamental, portanto, que sejam tomadas medidas urgentes, a curto e longo prazo, para resolvê-lo. Bibliografia: ¹WASELFISZ, Julio Jacobo. MAPA DA VIOLÊNCIA 2013, Acidentes de Trânsito e Motocicletas. Rio de Janeiro, 2013

PALAVRAS-CHAVES: Acidentes de Trânsito | Internações Hospitalares | Impacto

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 900

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL DO POLITRAUMATIZADO ATENDIDO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO LITORAL NORTE DE SANTA CATARINA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAQUEL BITTENCOURT CATTO (UNIVALI), GUILHERME KRIGER (UNIVALI), LUCAS DA SILVA MORASTONI (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), HERON ZINI (UNIVALI), EDUARDO ZEILMANN (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), BÁRBARA TORTATO PIASECKI (UNIVALI), GEISLA MEDEIROS (UNIVALI), THIAGO CAVALCANTE RIBAS PEREIRA (UNIVALI)

RESUMO: OBJETIVO: O presente estudo transversal observacional tem por objetivo conhecer o perfil das vítimas de trauma, atendidas na sala de trauma de um hospital de referência na região norte do litoral catarinense. MÉTODO: Foi realizada coleta de dados (N=100) através de questionário pré-elaborado, preenchido pelo pesquisador, na sala de trauma do hospital supracitado, a partir da data de aprovação do projeto, após ser submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) responsável, num período de 60 dias. RESULTADOS: Em relação ao serviço de transporte pré-hospitalar, o Corpo de Bombeiros (COBOM) foi utilizado por 39% dos casos, já o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) por 26%, seguido pela Autopista Litoral Sul ? referente à Rodovia BR-101, que atendeu 13%. As Ambulâncias Brancas dos municípios da região transportaram 11% dos pacientes; outros 11% utilizaram meios próprios de locomoção. Comparando os mecanismos de trauma, os acidentes de trânsito foram os mais frequentes, com 55% do total. Apenas 2% foram vítimas de ferimentos por arma de fogo, enquanto ferimentos por arma branca (FAB) totalizaram 4%. As queimaduras foram responsáveis por 5% dos atendimentos, seguidos pela violência doméstica com 6%. Outras causas como trauma contuso ou perfuro-cortante, traumatismos crânio encefálico (TCE) e quedas em geral, corresponderam a 28%. Outra análise foi quanto ao paciente estar ou não protocolado para o trauma. Em relação aos 89 pacientes avaliados nesse quesito, 57 foram protocolados (64,04%) e 32 não o foram (35,95%). CONCLUSÃO: Os registros em trauma são avaliados essenciais para o estabelecimento e organização de planos de ação, possibilitando considerar sua incidência e prevalência regional, bem como suas particularidades, a fim de conduzir treinamento das equipes, além da criação de protocolos clínicos internos. Em nosso hospital a maioria dos atendimentos foi transportado pelo Corpo de Bombeiros, maioria vítimas de acidentes de trânsito. Grande parte dos pacientes, ainda que não a maioria, é admitido sem o protocolo de imobilização da coluna vertebral recomendado, dado preocupante diante de uma possível lesão irreversível da medula espinhal. BIBLIOGRAFIA NOGUEIRA, J.M.; OLIVEIRA, S.M.C. de. Epidemiological analysis of victims of trauma. Revista Movimenta. 2014; 7(3):738-749. CARVALHO, I.C.C.M.; SARAIVA, I.S. Profile of victims of trauma attended by service mobile emergency service. R. Interd. 2015; 8(1): 137-148.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma | Politraumatizado | Atendimento hospitalar

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 909

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trauma pélvico com cirurgia para tamponamento pélvico pré- peritoneal: Relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARISSA SENNA RODRIGUES (HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES ? CENTRO DE TRAUMA/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.), JULIANA FERREIRA LIMA (HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES ? CENTRO DE TRAUMA/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.), ADRIANA MARTINS RANGEL (HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES ? CENTRO DE TRAUMA/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.), RICARDO JÚNIO GARCIA (HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES ? CENTRO DE TRAUMA/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.), RAPHAEL LESSA COELHO (HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES ? CENTRO DE TRAUMA/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.), FRANCISCO EDUARDO SILVA (HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES ? CENTRO DE TRAUMA/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.)

RESUMO: Introdução:O trauma pélvico corresponde há cerca de 3% das todas as lesões esqueléticas com uma mortalidade global de 5 a 16% dos pacientes. A taxa de mortalidade dos pacientes com instabilidade hemodinâmica devido a fratura pélvica grave é relatada em até 40-60%. A fratura pélvica instável é predominantemente causada por trauma fechado de alta energia cinética e está associada a um alto risco de mortalidade. Muitos casos de trauma fechado de pelve com alta energia cinética podem acometer um alto risco de lesões associadas que influenciam no desfecho final da mortalidade causando impacto nas taxas de sobrevivência desses grupos de pacientes. Relato de caso:L.S.F, sexo feminino, 41 anos de idade vítima de acidente automobilístico. Ao exame inicial a paciente apresentava saturação de O₂ de 98% em ambiente, 80 batimentos por minutos e pressão arterial sistólica de 110mmHg, Escala de Coma de Glasgow (ECG) inicial de 7 e fratura de membro superior esquerdo. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve atendimento inicial evidenciou hematoma extraperitoneal, fratura do processo transversos de vértebra de L2 e L3, fratura de ossos ílio-púbicos esquerdo, fratura de sacro. A paciente apresentava Trauma cranioencefálico e fratura de ulna proximal e luxação da cabeça do rádio esquerdo. A paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica e hematuria. Realizada nova TC de abdome e pelve com contraste venoso que evidenciou aumento de hematoma extraperitoneal e extravasamento de contraste extraperitoneal. Foi encaminhada ao centro cirúrgico onde foi realizada uma cirurgia para tamponamento pélvico pré-peritoneal com 6 compressas cirúrgicas dobradas sob anestesia geral e sutura de bexiga por lesão de bexiga que foi observado no ato operatório. Após dois dias da cirurgia para tamponamento pélvico pré-peritoneal a paciente foi submetida a revisão cirúrgica e não apresentava sinais de sangramento, foram retiradas as 6 compressas, irrigada a cavidade extraperitoneal com soro fisiológico a 0,9% morno e colocado dreno à vácuo no espaço extraperitoneal. A paciente evoluiu sem intercorrência e teve alta hospitalar 6 dias após a internação. Conclusão: No caso clínico relatado, assim como na literatura mundial, em pacientes com instabilidade hemodinâmica e fratura de pelve, o tamponamento pré-peritoneal pode ser utilizado como tratamento efetivo e definitivo complementar a estabilização volêmica para controle do sangramento.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma pélvico | empacotamento pélvico | cirurgia de controle de danos

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 914

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem de lesão de veia cava retro-hepática: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JORDANA LOPES COSTA (PUC-GOIÁS), KÉVIN DA SILVA SOUZA (PUC-GOIÁS), VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), VICTOR ALEXANDER FIALHO ROCHA (PUC-GOIÁS), VITÓRIA JORDANA FIALHO ROCHA (PUC-GOIÁS), ALEXANDRE FRANCO DO VAL SERAFIM (PUC-GOIÁS), WELLINGTON JOSE DOS SANTOS (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL))

RESUMO: Objetivo: Relatar caso clínico de lesão traumática de veia cava retro-hepática. Métodos: Relato de caso baseado em revisão de prontuário correlacionado à revisão literária. Resultados: Paciente do sexo masculino, 40 anos, vítima de lesão por projétil de arma de fogo na transição toraco-abdominal à direita admitido no serviço com estabilidade hemodinâmica. Realizado drenagem torácica à direita, mantido paciente com monitorização contínua do débito do dreno torácico e sinais vitais. Realizado tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome evidenciando hemotórax moderado a direita, lesão hepática segmento VII e VIII e lesão na veia cava retro-hepática (VCRH) com diminuição da luz do vaso (possível hematoma intraluminal). Apresentou persistência de drenagem de sangue pelo dreno torácico. Optado pela intervenção cirúrgica. Realizada esternotomia associada a incisão de Kocher estendida. Realizada manobra de Pringle, dissecação e isolamento da veia cava suprarrenal, isolamento e reparo da veia cava supra-hepática na confluência do átrio direito e reparo da veia supra-hepática. Liberação dos ligamentos triangulares com mobilização hepática completa, ligadura dos ramos tributários diretos a veia cava para mobilização posterior do fígado e realizada exclusão vascular do fígado. Realizado acesso a lesão da VCRH de 3 cm e refia. Tempo total de isquemia 8 minutos. Paciente encaminhado à UTI, com alta para enfermagem em 5 dias. Conclusões: A abordagem da VCRH é sempre temerosa devido à possibilidade de sangramento volumoso quando do destamponamento da lesão (2). O difícil acesso à lesão, alterações hemodinâmicas graves, improvisações e inexperiência cirúrgica levam a mortalidade de 30% a 90% entre os dois terços dos pacientes que conseguem chegar ao hospital (1,3). O isolamento vascular do fígado é fundamental na lesão de VCRH. Neste caso a tríplice oclusão vascular (TOV) foi a abordagem de escolha. A TOV é um método eficiente e bem indicado para isolamento vascular e reduzido tempo de isquemia (1).

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia de veia cava retro-hepática | lesão de veia cava retro-hepática | trauma por projétil de arma de fogo

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 918

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hepatectomia no trauma: uma opção terapêutica de exceção

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JORDANA LOPES COSTA (PUC-GOIÁS), MARCUS VINICIUS DE A. CHALAR SILVA (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), LUCAS EVANGELISTA COREIA DA SILVA (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), TIAGO VASCONCELLOS REZENDE (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), REINALDO NEVES JUNIOR (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), LEANDRO CAMPOS DONA (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), VICTOR ALEXANDER FIALHO ROCHA (PUC-GOIÁS), WELLINGTON JOSE DOS SANTOS (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), LARA SILVA PAIXÃO (PUC-GOIÁS)

RESUMO: Objetivo: Relatar um caso de trauma hepático com necessidade de hepatectomia parcial. Métodos: Relato de caso baseado em revisão de prontuário correlacionado à literatura. Resultados: Paciente do sexo feminino, 27 anos, admitida no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) com três dias pós-trauma com estabilidade hemodinâmica após queda de motocicleta. Apresentava hemoglobina 5,0 mg/dl, grande hemoperitônio e blush de contraste à tomografia computadorizada (TC) de abdome, conduzida ao bloco cirúrgico e realizada hepatorrafia. Sete dias após o trauma a paciente evoluiu com queda de hemoglobina, TC com grande área de contusão hepática, ausência de fluxo sanguíneo em segmentos V, VI, VII e VIII, aerobilia e blush de contraste. Indicada intervenção cirúrgica. Encontrados bilioma e grande hematoma contido em todo o lobo hepático direito com presença de isquemia. Realizado manobra de Pringle, colecistectomia com colangiografia intra-operatório com individualização do ducto hepático direito e esquerdo, ligadura do ramo direita da veia porta e da veia supra hepática direita e hepatectomia direita. Paciente encaminhada à UTI, teve alta para enfermaria em 4 dias. Conclusões: No trauma hepático, de modo geral, opta-se pelo tratamento não operatório (TNO), com resultado satisfatório de 80 a 90% dos casos, sendo o tratamento de eleição para pacientes com estabilidade hemodinâmica, mesmo com lesões de maior grau^{1,2}. Em casos de exceção a conduta cirúrgica é a mais indicada. Devido à queda dos níveis de hemoglobina, à extensa hepática área não perfundida na TC, além da presença de blush de contraste, bilioma e aerobilia, optou-se pela reabordagem cirúrgica que culminou em hepatectomia parcial à direita. A hepatectomia é uma conduta possível no trauma hepático, na falha do TNO, da cirurgia de controle de danos ou na presença de complicações³. Neste caso, a magnitude da isquemia e a ausência do serviço de hemodinâmica foram determinantes para esta abordagem.

PALAVRAS-CHAVES: hepatectomia no trauma | trauma hepático | hepatectomia parcial

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 920

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Êmbolo balístico em ramo da artéria pulmonar esquerda: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLINGTON JOSE DOS SANTOS (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), JORDANA LOPES COSTA (PUC-GOIÁS), LUCAS EVANGELISTA COREIA DA SILVA (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), TIAGO VASCONCELLOS REZENDE (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), REINALDO NEVES JUNIOR (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), VICTOR ALEXANDER FIALHO ROCHA (PUC-GOIÁS), JUVANIA FERNANDES BEZERRA DE OLIVEIRA (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL))

RESUMO: Objetivo: relatar um caso clínico de embolia em ramo de artéria pulmonar esquerda. Métodos: relato de caso baseado em revisão de prontuário correlacionado à literatura. Resultados: masculino, 27 anos, admitido no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage Siqueira ? Goiânia ? GO, vítima de perfuração por projétil de arma de fogo em braço esquerdo, estável hemodinamicamente. À ectoscopia: orifício de entrada e área de chamuscamento em face ântero-lateral do braço esquerdo, sem orifício de saída. Pulsos radial/cubital, 4+, de boa amplitude ao Doppler contínuo. À tomografia computadorizada de tórax evidenciou-se e um projétil no mediastino médio à esquerda, póstero-lateral ao coração. Ausência de pneumotórax, hemotórax e derrame pericárdico. Sem alterações à broncoscopia e ao ecocardiograma. No segundo dia de internação foi encaminhado ao serviço de cirurgia vascular de outro hospital de referência para retirada endovascular do projétil alojado em mediastino médio. Conclusões: Ao atingir a parede de uma veia, o projétil pode entrar no coração direito como êmbolo e então chegar à árvore arterial pulmonar, parando, especialmente, em locais de ramificação. A maioria dos casos de embolia balística é sintomática e arterial, comumente acometendo a artéria femoral. Acredita-se que o projétil que perfurou o braço esquerdo, alcançou sua circulação venosa, câmaras cardíacas e migrou até um ramo da artéria pulmonar esquerda, tornando-se um êmbolo balístico, uma vez que não havia orifício de saída, projétil alojado no braço esquerdo ou sem evidências de transfixação torácica. Indica-se remoção cirúrgica de projétil alojado em ramo de artéria pulmonar quando há infarto ou abscesso pulmonar e erosão de brônquio, contudo optou-se pelo acompanhamento ambulatorial devido à ausência de repercussões clínicas. Nos casos de embolia relatados por Oliveira e Drumond, todos os pacientes evoluíram bem, assim como este paciente.

PALAVRAS-CHAVES: êmbolo balístico | trauma por arma de fogo | projétil em ramo arterial

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 926

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Há lugar para a diverticulização duodenal para o tratamento das lesões duodenopancreáticas complexas?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEX DE ALBUQUERQUE LINS BARBOSA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), JOSE GUSTAVO PARREIRA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), RAPHAEL TAHA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), PAULA AUGUSTA LUIZ ALMEIDA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: O trauma duodenal complexo é pouco frequente, mas está associado a elevada morbimortalidade. Em 20% dos casos ocorrem lesões associadas com o pâncreas, o que piora sobremaneira o prognóstico. Há várias opções de técnicas para o seu tratamento. O objetivo deste trabalho é relatar um caso em que a diverticulização duodenal foi empregada para o tratamento de uma lesão complexa duodenopancreática, além de discutir os pontos positivos e negativos acerca desta opção técnica. A.A.R, 20 anos, vítima de 3 ferimentos por projéteis de arma de fogo (FAF): um em transição tóraco-abdominal direita e os outros dois FAFs periumbilicais. Após atendimento inicial preconizado para politraumatizado, foi identificado hemotórax à esquerda. Foi submetido a drenagem de tórax direito com saída de 300ml e laparotomia exploradora com evidencia de: 2 lesões em pequena curvatura em parede anterior do estômago, 1 lesão em corpo de parede posterior, 1 lesão em primeira porção duodenal, 1 lesão transfixante em segunda porção duodenal maior que 50% do diâmetro do mesmo, lesão na cabeça pancreática grau II em borda inferior e 2 lesões em delgado, transfixantes, distando 6 cm entre uma e outra à 10 cm do ângulo de Treitz. Optado por desbridamento e sutura primária das lesões duodenais, associado a derivação por diverticulização duodenal através de gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II. Além de enterectomia com entero-enteroanastomose e drenagem ampla da cavidade. Paciente evoluiu bem, retirado dreno de tórax no terceiro dia pós-operatório (PO), apresentou fístula pancreática de baixo débito resolvida no sexto dia pós-operatório. Recebeu dieta oral no 7º dia pós-operatório, com condições de alta no 10º PO. Os pontos negativos da diverticulização duodenal são a mudança irreversível no trânsito alimentar, associado ao fato de ser considerada um fator pré-neoplásico. Contudo, tem a vantagem de rapidamente permitir a alimentação via oral, mesmo com fístula duodenal presente. Pelos pontos negativos, sua indicação deve ser restrita aos casos mais graves apenas. Ponderando os pontos positivo e negativos é necessária uma avaliação criteriosa para indicação da diverticulização duodenal.

PALAVRAS-CHAVES: Diverticulização duodenal | Trauma duodenal | Cirurgia do trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 929

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: IMPLANTE CATETER DUPLO J EM TRAUMA RENAL CONTUSO GRAU IV

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO CEZAR PASSOS SANTANA (UFV), LUCIANNE THAIS ALVES NOGUEIRA (UFV), WAGNER VILLAR LIGNANI KASCHER (UFV), LUIZ FELIPE MOREIRA NOGUEIRA (UFV), DANIEL MATEUS CABRAL PINTO (UFV), RICARDO ANTONIO DELLA LUCIA (UFV), ALINE SAYURI LOPES FUKINO (UFV), RODOLFO LEMOS SOARES SOARES (UFV)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O trauma representa a principal causa de mortalidade em pacientes com menos de 40 anos como consequência da violência urbana e acidentes de trânsito. Nos traumas que envolvem o trato urinário, os rins, são os órgãos mais afetados por estarem fixos na região retro peritoneal somente pelos pedículos renais e ureteres. Corresponde a 10% dos traumas abdominais. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo masculino, 20 anos, Branco, Brasileiro, residente em Teixeiras-Mg compareceu ao Serviço de Urgência/Emergência do Hospital São Sebastião em Viçosa-MG para atendimento médico. O paciente se envolveu em acidente pilotando motocicleta. Queixas de dor forte no abdome e à direita do dorso foram relatados e sinais de hematoma, escoriações e hematúria macroscópica foram observados. Durante exame físico o paciente apresentava-se hipocorado +/4, acianótico, glasgow 15, estável hemodinamicamente, pulso 103, Pressão arterial 120x80 mmhg, afebril, palpação dolorosa, sem sinais de peritonite, hemoglobina de 13.8 g/dl, sedimentoscopia com hemoglobina +++ /4 e numerosas hemácias. Ele foi submetido à tomografia computadorizada, que revelou laceração no parênquima renal, atingindo sistema coletor à direita com extravasamento de contraste e urinoma. Classificando a lesão em trauma renal Grau IV. O paciente seguiu internado e após quatro dias de suporte clínico, controle da função renal, hematócrito e tomografia seriada. Permaneceu estável hemodinamicamente. Diante do quadro clínico foi possível o implante de cateter duplo J em ureter direito e realização de cateterismo vesical de demora. Após procedimento cirúrgico o paciente manteve-se em contínuo tratamento clínico com antibiótico terapia (ceftriaxone e ampicilia) sem apresentar qualquer alteração hemodinâmica, tendo alta hospitalar sete dias depois da admissão. Após trinta dias, retornou para nova internação e retirada de cateter duplo j. **CONCLUSÃO:** A lesão renal é patologia comum em centros de trauma o que torna relevante seu conhecimento para tomada de decisões adequadas. A situação hemodinâmica do paciente é o grande definidor da conduta a ser empregada. Caso não haja instabilidade hemodinâmica deve-se realizar exames de imagem, sendo a tomografia o método de escolha. A classificação radiológica é um importante fator na decisão de conduta em caso de estabilidade hemodinâmica, sendo a grande maioria das lesões uma tendência ao tratamento não operatório de imediato.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA RENAL|CATETER DUPLO J|TRATAMENTO TRAUMA RENAL

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 979

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ferimento cardíaco por arma de fogo abordado com circulação extracorpórea na urgência.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEX DE ALBUQUERQUE LINS BARBOSA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), JOSE CESAR ASSEF (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), HENRIQUE CUNHA MATEUS (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), LUCA GIOVANNI ANTONIO PIVETTA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), ALAN IRWIN LEITE BEZERRA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), ANA MARIA ROCHA PINTO E SILVA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), DIANA SHIMODA NAKASAKO (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Sabe-se que 80% das vítimas de ferimentos cardíacos morrem no próprio local do trauma ou no transporte. No entanto, dos que são admitidos vivos no hospital, 60% apresentam-se estáveis hemodinamicamente. Esse trabalho objetiva apresentar um caso de ferimento por arma de fogo (FAF) com Lesão intra-cardíaca (LIC) tratado com circulação extracorpórea (CEC) na emergência. Paciente masculino, 19 anos, trazido ao Pronto Socorro do nosso serviço, vítima de dois FAFs, um em transição tóraco-abdominal direita sem orifício de saída e outro em glúteo direito com saída em coxa direita. Após identificação de hemotórax à direita, foi realizada drenagem em selo d'água e, devido estabilidade hemodinâmica, optado por realizar angiotomografia de torax e abdomen para programação de via de acesso. Identificado projétil em septo interventricular (SI) e lesão de reto. Indicada esternotomia mediana e laparotomia e contatada a equipe de cirurgia cardíaca. Identificou-se orifício de entrada na parede anterior do ventrículo direito. Foi instalada a CEC, com heparinização completa e atriectomia direita, visualizando a cavidade do átrio direito sem lesões. As cúspides da valva tricúspide foram afastadas sendo visualizado o SI intacto, identificando-se o projétil entre o músculo papilar posterior e as cordas tendíneas. Identificadas ainda duas lesões em reto extra-peritoniais (à 5 cm da borda anal às 6h e a 7 cm da borda anal às 3h); realizada colostomia protetora, drenagem pré-sacral e lavagem do coto distal. Paciente evoluiu bem, tendo alta hospitalar após 10 dias. A lesão intra-cardíaca por trauma penetrante pode ser, na maioria das vezes, tratada semi-eletivamente. Num primeiro momento, é realizada a cirurgia de ressuscitação, e no segundo momento, os exames de imagem para planejamento cirúrgico pela equipe de cirurgia cardíaca. O caso trata-se de ferimento intra-cardíaco bem abordado com utilização de CEC pela equipe da cirurgia cardíaca na emergência, possibilitando que o paciente fosse tratado num só tempo cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: Lesão intra-cardíaca | Transição tóraco-abdominal | Cirurgia do trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1003

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERITONIOSTOMIA NO TRAUMA: EXPERIÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOYCE MARIANNA CAPOCCI BITTENCOURT (HMSJ), BRUNA PICCININ LAZZARETTI (HMSJ), FRANCO HARITSCH (HMSJ), CAROLINA WELTER (HMSJ)

RESUMO: Objetivo: traçar o perfil de pacientes vítimas de trauma submetidas à peritoneostomia no Hospital Municipal São José, no período de Janeiro de 2013 a Junho de 2016. Métodos: estudo transversal retrospectivo observacional, com base nos dados coletados de prontuários. Resultados: Foram analisados 15 pacientes, com idade média de 35,6 anos. Desses, 73.3% pacientes foram vítima de trauma fechado, 20% de FAB (arma branca) e 6.7% de FAF (arma de fogo). Dentre as lesões abdominais intra-operatórias, o hematoma retroperitoneal foi a lesão mais prevalente, presente em 60% dos pacientes analisados, seguido da lesão hepática 33.3%. A presença de outras lesões associadas foi encontrada em 80% dos pacientes. Em relação ao tempo de realização da peritoneostomia 33,3% pacientes realizaram o procedimento na primeira abordagem, 53,3%, na segunda abordagem e 6.7% na terceira e quarta abordagens. Dos 15 pacientes, 67% foram a óbito, 27% recebeu alta e um paciente foi transferido. Conclusão: A utilização de peritoneostomia na técnica de damage control mostrou um resultado favorável nos pacientes avaliados visto que, dos pacientes que foram submetidos a esse procedimento no primeiro momento, 60% foram a óbito e aqueles submetidos ao procedimento em outros tempos cirúrgicos, 77.7%. As lesões de retroperitônio foram as mais comuns em trauma fechado, sugerindo um mecanismo mais grave e maior suscetibilidade a peritoneostomia. Os cuidados pós operatórios de alguns pacientes não foram realizados em UTI, podendo ter contribuído com o aumento da mortalidade. Kapan, M; Onder, A; Oguz, A, et al. The effective risk factors on mortality in patients undergoing damage control surgery. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 1681-1687, 2013. Zandomenighi, R; Martins, E; Mouro, D. Ferimento por projétil de arma de fogo: um problema de saúde pública. *Revista Min. Enfermagem*, 412-420, 2011. RENCÜZO?ULLAR?, Ahmet et al. Comparison of early surgical alternatives in the management of open abdomen: a randomized controlled study. *Turkish Journal Of Trauma And Emergency Surgery*, Istambul, v. 21, n. 3, p.168-173, maio 2015. Shaheen AW, Crandall ML, Nicolson NG, Smith-Singares E, Merlotti GJ, Jalundhwala Y, et al. Abdominal compartment syndrome in trauma patients: New insights for predicting outcomes. *J Emerg Trauma Shock* 2016;9:53-7. REGNER, Justin L.. Surgical Strategies for Management of the Open Abdomen. *World Journal Of Surgery*, London, p.497-510, jan. 2012

PALAVRAS-CHAVES: peritoneostomia|trauma abdominal|abdome aberto

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1048

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EMBOLIA VENOSA BALÍSTICA CENTRÍPETA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FERIMENTOS CARDÍACOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), THALES MENDES MIRANDA (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), NATHALIA VILLARINS PEDROSA (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), DIEGO BRUNO BRUNOU CAPILA (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), JULIO CESAR BATISTA JUNIOR (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), MARCOS PAVESI LOPES (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO)

RESUMO: INTRODUÇÃO. Embolia balística é considerada um fenômeno incomum e com complicações severas. Diante da guerra civil estabelecida e do exorbitante número de vítimas de ferimentos por arma de fogo, sua ocorrência não deve ser negligenciada. Baixa energia cinética e projéteis de menor calibre podem levar ao acometimento do sistema arterial e em menor incidência o sistema venoso. A remoção cirúrgica é de relevância na presença de sintomas ou de eventuais complicações. Foi realizado estudo descritivo tipo relato de caso descrevendo um caso de embolia venosa balística centrípeta. RELATO DE CASO. Homem negro, 20 anos, admitido no Hospital Jayme dos Santos Neves, vítima de agressão por arma de fogo, estável. Orifício de entrada paravertebral à direita, sem orifício de saída. Fratura de L2 à tomografia e material metálico em mediastino na topografia do ventrículo direito. Laparotomia exploradora com janela pericárdica negativa e lesão de veia cava retrohepática, realizado reparo venoso. Posterior abordagem pela equipe de cirurgia torácica, sem identificação do projétil em pericárdio. Radioscopia com oscilação do corpo estranho juntamente com os batimentos cardíacos. Realizado atriotomia direita com extração do projétil localizado em ventrículo direito. CONCLUSÃO. A embolia balística é um fenômeno raro, carente de relatos na literatura e o cenário de embolia venosa balística centrípeta jamais descrito. O diagnóstico diferencial deve ser lembrado quando não há localização do orifício de saída e quando a posição do projétil, nos exames de imagem, é variante ou não condiz com a trajetória do disparo. O tratamento cirúrgico dos projéteis estabelecidos na região intra-cardíaca deve ser o mais precoce possível.

PALAVRAS-CHAVES: EMBOLIA BALÍSTICA | FERIMENTO CARDÍACO | ARMA DE FOGO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1058

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMATOMA ESPLÊNICO PÓS-COLONOSCOPIA ELETIVA: RELATO DE CASO DE UMA RARA COMPLICAÇÃO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), UIRÁ FERNANDES TEIXEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), MATHEUS KOOP (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), SAMANTA WITZKE MASSULO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS)

RESUMO: Introdução: A colonoscopia não é isenta de complicações, como perfuração de cólon e hemorragia, e ainda complicações menos frequentes incluem: pneumotórax, pneumoperitônio, vôlvo, encarceramento de hérnia abdominal, abscesso retroperitoneal, apendicite e traumatismo de fígado e do baço. Rotura/Hematoma de baço é uma complicação rara e potencialmente fatal, descrita pela primeira vez em 1974. A maioria das lesões esplênicas ocorre devido à tensão do ligamento esplenocólico, a aderências intra-abdominais pré-existentes ou até mesmo devido a lesão direta durante a manipulação do paciente durante execução do exame. Relatamos um caso de hematoma de baço pós-realização de colonoscopia. Relato: J.S.A., 68 anos, feminina, apresentou dor abdominal de forte intensidade associada a parada de eliminação de gases e oligúria, cerca de 6 horas após a realização de colonoscopia de rastreamento. Estava em regular estado geral, hipocorada (2+/4+), taquipnéica (40 mrpm), afebril, taquicárdica (158 bpm), pressão arterial 99x55 mmHg, com necessidade oxigênio suplementar. Ausculta pulmonar com roncocal em bases bilateralmente. Apresentava abdome distendido, com ruídos hidroaéreos abolidos, difusamente doloroso à palpação profunda e à descompressão brusca. Laboratoriais com Hb 3,9 g/dL e Ht 12%. Após estabilização com volume e sangue, foi realizada tomografia, que demonstrou moderada quantidade de líquido livre na cavidade, sugestivo de sangue. Volumosa área heterogênea com aspecto tumescente e áreas hiperdensas associadas acometendo quase a totalidade do baço sem definido realce associado a material com densidade elevada sugerindo hematoma. Sem evidências de perfuração intestinal e/ou presença de lesões no mesmo. Presença de derrame pleural bilateral. Feito diagnóstico de hematoma esplênico por trauma pós-colonosopia, grau III da classificação da AACT, foi adotada conduta conservadora com boa resposta clínica. Conclusão: Lesão esplênica após colonoscopia deve ser suspeitada em um paciente com dor abdominal sem qualquer evidência de perfuração intestinal ou sangramento, com ou sem instabilidade hemodinâmica. Durante a colonoscopia, deve-se evitar a força excessiva durante a realização do exame. A laparotomia exploratória deve ser considerada para pacientes instáveis ??ou com sangramento ativo na cavidade. Em pacientes estáveis, a tomografia computadorizada pode ser utilizada para auxiliar o diagnóstico e selecionar pacientes que podem ser manejados conservadoramente.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma esplênico | Complicações pós-colonosopia | Hematoma esplênico

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1095

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÕES HEPÁTICAS grau II, III e IV: controle de dano, rafia ou hepatectomia?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES), IRAMI ARAUJO FILHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES), AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES), BÁRBARA NARCISO DUARTE (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES), MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), CLARISSE SALES GURGEL (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), ANA KARLA DE SOUSA ALMEIDA (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE)

RESUMO: Objetivos: Definir a melhor conduta a ser tomada diante de uma lesão hepática, considerando às condições clínicas do paciente assistido, o grau da lesão - segundo definição da American Association for The Surgery of Trauma (AAST) ? entre II e IV, o mecanismo do trauma e as potenciais chances de sucesso. Métodos: Revisão de literatura a partir de artigos da base de dados Up To Date, PUBMED e MEDLINE publicados a partir de 2012 usando os descritores ?liver trauma?, ?liver trauma mangement? e ??management of hepatic trauma?. Resultados: O avanço e auxílio da Tomografia Computadorizada na rotina do trauma permitiu optar-se pelo tratamento conservador para lesões graus II e III em traumas hepáticos simples não penetrantes diante de pacientes com estabilidade hemodinâmica e ausência de comorbidades. Em grau IV ou diante de instabilidade hemodinâmica, a cirurgia está indicada. Em termos de cirurgia de controle de dano, o packing hepático, quando adotado como abordagem precocemente, aumenta a sobrevida dos doentes com lesões graves, como a grau IV, em 31-57%. Em algumas revisões, o packing do fígado seguido por laparotomia para reavaliação e remoção das compressas, controlou a da hemorragia em mais de 80% dos casos analisados. Cerca de 50% dos pacientes traumatizados que poderiam evoluir com insucesso diante de uma laparotomia definitiva conseguiram sobreviver com essa abordagem. A heparrafia continua sendo bastante utilizada e com boas respostas imediatas e em termos de mortalidade e morbidade do paciente com lesão IV. A hepatectomia está reservada para lesões mais graves. Conclusões: O tratamento conservador está bem indicado para pacientes com lesões II e III caso estejam estáveis hemodinamicamente e sem outros traumas ou comorbidades associadas. Em lesões grau IV ou diante de instabilidade hemodinâmica, reserva-se a abordagem cirúrgica a qual a técnica referente a controle de danos tem mostrado bons resultados. A rafia, comumente usada, está associada a um único tempo cirúrgico com potencial possibilidade de correção da lesão, o que a torna uma abordagem bastante aceita e praticada pela maioria dos cirurgiões. A hepatectomia se destina a casos reservados. Referências: 1-Ashley Britton Christmas, David G Jacobs. Management of hepatic trauma in adults. Disponível em: < http://www.uptodate.com/contents/management-of-hepatic-trauma-in-adults?source=search_result&search=trauma%20hepatico&selectedTitle=1~79#H631340675>. Acesso em 14 de Maio, 2016.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma hepático. | Controle de dano. | Lesões hepáticas gra

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1096

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Toracotomia abreviada em pacientes com ferimento contuso x ferimento penetrante e suas indicações

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES (UNIVERSIDADE PORTIGUAR), AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES), BÁRBARA NARCISO DUARTE (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), CLARISSE SALES GURGEL (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), IRAMI ARAUJO FILHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES), MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), TÂMARA RAQUEL LIRA FERNANDES (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES)

RESUMO: Objetivo: Este trabalho tem como objetivo avaliar as indicações de cirurgia de controle de danos no trauma torácico aberto e fechado. Métodos: Foi feita uma revisão de literatura nos bancos de dados PubMed, MEDLINE, SCIELO e UpToDate, com os seguintes limites de busca: ? chest damage control surgery or thorax damage control surgery or breast damage control surgery?, no título, resumo ou assunto, nos últimos onze anos (2006-2016), em inglês, português ou espanhol. Além disso, buscaram-se as referências dos artigos selecionados, totalizando 16 artigos para a confecção desse artigo. Resultados: A cirurgia de controle de danos inicialmente usada apenas para abdome, atualmente é utilizada para todos os outros campos de trauma, sejam eles abdominais, vasculares, de extremidades ou torácicos, sendo esta também chamada de toracotomia abreviada ou fechamento temporário do tórax. Ainda não existe consenso absoluto sobre a realização ou não da toracotomia de controle de danos (TCD), mas existem vários artigos mostrando diminuição da mortalidade, como no de De Lesquen, o qual exhibe uma redução de 59% para 36% nesse critério¹. A taxa de sobrevivência de pacientes que fizeram TCD em trauma contuso e penetrante é, respectivamente, 1,4% e 8,8%¹, segundo estudo de Rhee et al com 4600 pacientes, sendo, portanto indicada apenas sob determinadas situações, como múltiplas fraturas, choque persistente, vazamento de ar maciço, débito de dreno torácico > 1500 ml inicialmente ou >200ml/h por 3 horas em pacientes estáveis, este último não podendo ser avaliado isoladamente. Conclusão: Portanto, a toracotomia abreviada não depende do tipo de trauma, mas das condições do paciente acima referida, que podem ser avaliadas pelo exame físico, exames laboratoriais e outras vezes apenas durante a cirurgia. Referências: 1.De Lesquen H et al. Surgical management for the first 48 h following blunt chest trauma: state of the art (excluding vascular injurie). Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2015; 20(3): 399-408. 2.Mackowski MJ et al. Damage control for thoracic trauma. Am Surg. 2014; 80(9): 910-3. 3.Rhee PM et al. Survival after emergency department thoracotomy: review of published data from the past 25 years. J Am Coll Surg 2000;190:288-98. 3.Roberts DJ et al. Indications for Use of Damage Control Surgery in Civilian Trauma Patients: A Content Analysis and Expert Appropriateness Rating Study. Ann Surg. 2016; 263(5):1018-27.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia de controle de dano. |Toracotomia abreviada. |Trauma cardiaco.

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1098

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trauma cardíaco: quando suspeitar e como manejar?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES (UNIVERSIDADE PORTIGUAR), IRAMI ARAUJO FILHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES), AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES), THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES), ARTUR DE SOUSA LEITE JÚNIOR (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), JOANNA DE ANDRADE CORDEIRO (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), BÁRBARA NARCISO DUARTE (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE)

RESUMO: Objetivo: Devido a lesão cardíaca estar associada a traumas de alta energia cinética, muitas vezes tais pacientes desenvolvem danos estruturais cardíacos e outros tipos de lesões traumáticas que, geralmente, não são diagnosticadas a tempo, impedindo seu manejo e levando a uma alta mortalidade. Assim, objetiva-se nesse trabalho identificar quando suspeitar de tais lesões e como conduzi-las. Método: Trata-se de uma revisão de literatura, considerando os materiais disponíveis nas bases PubMed, MEDLINE e SCIELO. Utilizamos os descritores: ?cardiac trauma management?. Os artigos selecionados foram 15 dentre os 20 artigos exibidos como mais relevantes nos últimos 5 anos, não restringindo idiomas. Resultados: Identifica-se que para suspeição inicial a presença de instabilidade hemodinâmica e lesões penetrantes entre a linha hemiclavicular direita até linha axilar-média esquerda e fúrcula esternal até extremidades anteriores do décimo arco costal. Ademais, não se pode excluir lesões contusas cardíacas em traumas de alta energia cinética, devendo-se iniciar investigação nesses casos. Dependendo do tipo de trauma (penetrante/contuso), o manejo do paciente vai ser individualizado. Em traumas contusos, deve-se aventar a probabilidade de arritmias, realizando a investigação eletrocardiográfica e monitorização. No caso de traumas penetrantes, devida associação com rupturas miocárdicas, deve-se avaliar a hemodinâmica do paciente e intervir cirurgicamente (toracotomia ou esternotomia mediana) se evidenciada a lesão. Deve-se atentar, em pacientes estáveis, a probabilidade de tamponamento cardíaco e investigar com o ecocardiograma transtorácico ou USG-FAST. Em caso de indisponibilidade para a realização da toracotomia e havendo evidência de tamponamento cardíaco, pode-se fazer uso da pericardiocentese subxifoidiana de caráter provisório. Conclusão: O trauma cardíaco permanece como um desafio para área, uma vez que o alto grau de suspeição é necessário para fornecer o manejo adequado ao paciente e aumentar sua sobrevida. Sendo assim, as medidas evidenciadas acima são importantes para a diminuição da mortalidade dos pacientes e adequar às condutas e proporcionando decisões rápidas dos profissionais envolvidos.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA CARDIACO | TORACOTOMIA | MANEJO DO TRAUMA CARDIACO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1100

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA ABDOMINAL ABERTO E FECHADO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO COMPARATIVO DE PACIENTES LAPARATOMIZADOS DOS ÚLTIMOS 6 ANOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JURANDIR MARCONDES RIBAS FILHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA), RAQUEL JARDIM DE MELO (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), FERNANDA CRISTINA MARTINS FIGUEIREDO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA), ÁLVARO STECKERT FILHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA), HELOISA IACOMO VIEIRA (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), SIMONE DE ALMEIDA STOCCO DA SILVA (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), ANA CAROLINA NICARETA SANTOS (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), ANDRESSA DE SOUZA BERTOLDI (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ)

RESUMO: Objetivo: Este estudo visa traçar um perfil epidemiológico comparando pacientes que necessitaram de laparotomia exploradora por trauma aberto e fechado. Metodologia: Estudo transversal quantitativo, retrospectivo, analítico, de revisão de 197 prontuários de pacientes submetidos a laparotomia exploradora por trauma abdominal (penetrante ou fechado) admitidos no Serviço de Cirurgia do Trauma do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) entre janeiro de 2011 e dezembro de 2016, com apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos da Sociedade Beneficente Evangélica (Parecer Número 1.715.221). Resultados: O sexo masculino foi predominante (87,3%) com média de idade de 31 anos. Não houve diferença significativa entre os grupos nos quesitos sexo ($p=0,092$) e idade ($p=0,34$). O trauma abdominal aberto foi mais prevalente (75%) do que o fechado (25%). No aberto os principais mecanismos do trauma foram ferimentos por arma de fogo (60,92%) e arma branca (35,09%), enquanto no fechado foram as colisões auto x auto (21,73%) e moto x auto (19,56%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os mecanismos relacionados ao dia da semana em que ocorreram os traumas ($p=0,33$), em ambos, esses foram mais frequentes aos finais de semana. Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,014$) na avaliação da Escala de Coma de Glasgow (ECG) de entrada dos pacientes, enquanto 62,5% dos pacientes com lesão penetrante apresentavam ECG 15 e 7% ECG 3; 35% dos de lesão contusa apresentavam ECG 15 e 40% ECG 3. Houve maior prevalência de vísceras ocas no trauma aberto (53% versus 44% no fechado) e de vísceras maciças no fechado (60% versus 35% no aberto). No trauma contuso houve maior prevalência de cirurgia de controle de danos (21% versus 8%), enquanto o penetrante teve mais laparotomias brancas (15% versus). A mortalidade global foi de 15,4% e não houve diferença estatística significativa entre o número de óbitos em cada categoria ($p=0,48$). CONCLUSÃO: No presente estudo, o trauma abdominal aberto foi mais frequente. As vísceras mais acometidas nos dois grupos foram similares; porém, com prevalência maior de vísceras ocas no aberto e maciças no fechado. Os pacientes que sofreram contusão abdominal apresentaram lesões mais graves com menor índice na ECG na admissão e maior ocorrência de cirurgia de controle de danos; contudo, isto não contribuiu para que este mecanismos levassem a maior taxa de mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma | Laparotomia | Cirurgia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1101

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Manejo em trauma cervical penetrante

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES (UNIVERSIDADE PORTIGUAR), AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES), BÁRBARA NARCISO DUARTE (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), CÉSAR DE CARVALHO GARCIA (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES), IRAMI ARAUJO FILHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES), JÉSSICA SIEBRA MACÁRIO DE BRITO (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE), MATEUS HENRIQUES DA COSTA BEZERRA DE FIGUEIREDO (UNIVERSIDADE POTIGUAR-LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIE)

RESUMO: Objetivos Revisar a abordagem do Trauma Cervical Penetrante (TCP), com enfoque em critérios para seu manejo, preenchendo indicações para tratamento cirúrgico ou conservador. Métodos Constitui-se de uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed, MEDLINE e SCIELO, utilizando os descritores trauma cervical penetrante, lesão do pescoço, trauma cervical, traqueal e esofágico. Foram incluídos artigos de língua inglesa e portuguesa, publicados entre 2009 e 2016. Resultados A região cervical é dotada de estruturas vitais pouco protegidas anatomicamente, lesões penetrantes nela podem levar a hemorragia grave e comprometer as vias aéreas. São classificadas de acordo com o nível anatômico da lesão dividido em zonas: Zona I estende-se da fúrcula esternal até cartilagem cricoide; Zona II estende-se da cartilagem cricoide até o ângulo da mandíbula e Zona III que se estende do ângulo da mandíbula a base do crânio. A avaliação e tratamento cirúrgico de lesões nas zonas I e III são complicados pela proximidade da cavidade torácica e da base do crânio, respectivamente. A maioria ocorre na zona II, nessa área as lesões são clinicamente aparentes e o controle vascular é relativamente direto. As indicações para exploração cirúrgica imediata são: comprometimento de vias aéreas, enfisema subcutâneo maciço, ferida borbulhante, sangramento ativo profuso, choque refratário, estridor, rouquidão, pulso carotídeo diminuído, hematoma em expansão e sinais de acidente vascular cerebral. Na conduta conservadora ferimentos cervicais que não necessitam de cirurgia imediata, precisam de exames complementares com avaliação aerodigestiva com tomografia computadorizada, broncoscopia, endoscopia alta ou esofagografia para excluir uma lesão. Conclusões O TCP é melhor tratado com a conduta seletiva. A evidência sugere que a intervenção cirúrgica urgente em pacientes instáveis e um exame clínico cuidadoso de pacientes aparentemente estáveis guiando a necessidade de novas investigações ou intervenções são a melhor abordagem.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA CERVICAL PENETRANTE | REGIÃO CERVICAL | LESÃO DO PESCOÇO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1103

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE DA MORTALIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS À LAPAROTOMIA APÓS TRAUMA ABDOMINAL EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JURANDIR MARCONDES RIBAS FILHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA), RAQUEL JARDIM DE MELO (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), FERNANDA CRISTINA MARTINS FIGUEIREDO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA), ÁLVARO STECKERT FILHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA), SIMONE DE ALMEIDA STOCCO DA SILVA (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), ANDRESSA DE SOUZA BERTOLDI (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), ANA CAROLINA NICARETA SANTOS (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), HELOISA IACOMO VIEIRA (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ)

RESUMO: Objetivo: Este estudo visa analisar possíveis fatores relacionados ao maior ou menor risco de mortalidade, dentro do contexto do trauma abdominal de abordagem cirúrgica. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal quantitativo, retrospectivo e analítico, de revisão de 201 prontuários de pacientes submetidos a laparotomia exploradora por trauma abdominal admitidos no Serviço de Cirurgia do Trauma do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) entre janeiro de 2011 e dezembro de 2016, com apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos da Sociedade Beneficente Evangélica (Parecer Número 1.715.221). Casuística: A amostra foi dividida em grupo 1: pacientes que foram a óbito durante a internação (31); e grupo 2: pacientes que permaneciam vivos até a alta (171). Resultados: O sexo masculino foi predominante (87,3%), com idade média de 31 anos, e mortalidade global de 15%. Não houve diferença na distribuição etária entre os indivíduos. O trauma abdominal aberto foi mais frequente (75%) com 15% de óbitos sendo que no detalhamento deste mecanismo os pacientes foram a óbito mais devido a ferimentos por arma de fogo do que de arma branca ($p=0,015$). As laparotomias indicadas devido à instabilidade hemodinâmica representaram 58% no grupo 1 e 16% no grupo 2, com diferença estatística significativa. Em ambos os grupos foram mais frequentes as lesões em intestino delgado (42% grupo 1 e 31% grupo 2) e fígado (32% grupo 1 e 25% grupo 2). As lesões renais; porém, foram mais frequentes no 1 (29%) do que no 2 (9%). O acometimento de órgãos ocos foi mais frequente no grupo de óbitos (65% versus 48% no grupo 2). Pacientes que necessitaram de toracostomia para tratamento de lesões torácicas associadas, foram mais frequentes no grupo 1, com 46% versus 28% ($p=0,033$). Da mesma forma, os pacientes que apresentaram envolvimento de estruturas vasculares foram a óbito em maior quantidade quando comparado aos pacientes que não apresentavam tais lesões, com diferença estatística significativa. Conclusão: No presente estudo, foram identificados como dados estatisticamente significantes no grupo de pacientes que evoluíram para óbito: ferimento por arma de fogo, instabilidade hemodinâmica, toracostomia, comprometimento de vísceras ocas e de estruturas vasculares. Não se mostraram significativos as variáveis sexo, idade e mecanismo de trauma (aberto ou fechado).

PALAVRAS-CHAVES: Trauma | Laparotomia | Mortalidade

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1122

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento do trauma penetrante da artéria carótida comum por ferimento de arma branca: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLINGTON JOSE DOS SANTOS (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), LUCAS VIANA FAISANO (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), VICTOR ALEXANDER FIALHO ROCHA (PUC-GOIÁS), IVAM SOUSA BARBOSA JÚNIOR (PUC-GOIÁS), GIOVANNA CUSTÓDIO DE LIMA ROCHA (PUC-GOIÁS), JORDANA LOPES COSTA (PUC-GOIÁS), ISABELA SUAVINHA JAYME (PUC-GOIAS)

RESUMO: OBJETIVO: Relatar um caso de traumapenetrante de carótida comum por ferimento de arma branca em paciente admitido no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage Siqueira (HUGOL) ? Goiânia-GO, correlacionando à literatura.METODOLOGIA: Trata-se de um relato de caso correlacionado à literatura científica.RESULTADOS: Paciente masculino, 36 anos, vítima de ferimento por arma branca em região supraclavicular esquerda com sangramento ativo, apresentando-se em choque hipovolêmico e levado imediatamente ao bloco cirúrgico sob compressão digital da lesão para exploração vascular da região cervical esquerda. Realizou-se incisão em região subclavicular esquerda e desinserção da clavícula esquerda, permitindo localização de secção total da artéria carótida comum esquerda e realização de clampeamento de seus segmentos proximal/distal, heparinizaçãodo cabo proximal e anastomose primária término-terminal deste vaso. Posteriormente foi feita reinserção da clavícula esquerda, sutura para inserção de musculatura esternocleidomastoidea, peitoral maior, deltoide e platisma e fechamento de planos anatômicos. Foi admitido em UTI no pós-operatório apresentando-se hemodinamicamente instável, em ventilação mecânica e ausculta rude em bases pulmonares. Evoluiu com isquemia cerebral difusa com edema importante e posterior diagnóstico de morte encefálica.CONCLUSÃO: Os traumas penetrantes das artérias carótidas são em sua maioria tratados com a reconstrução arterial. Na maioria dos casos de lesões em carótida interna e comum, a incidência de complicações foi menor no grupo submetido a reconstrução artéria do que em comparação à ligadura da carótida. É dada ênfase na reconstrução arterial no trauma de carótidas devido ao fato da preocupação com edema cerebral ser mais importante que a transformação hemorrágica.

PALAVRAS-CHAVES: Artéria carótida | Trauma penetrante | Cirurgia vascular

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1124

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfuração cardíaca traumática: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VICTOR ALEXANDER FIALHO ROCHA (PUC-GOIÁS), KÉVIN DA SILVA SOUZA (PUC-GOIÁS), WELLINGTON JOSE DOS SANTOS (HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE SIQUEIRA (HUGOL)), JORDANA LOPES COSTA (PUC-GOIÁS), WESLEY DA COSTA REIS (PUC-GOIÁS), LARA SILVA PAIXÃO (PUC-GOIÁS)

RESUMO: OBJETIVO: relatar um caso clínico de perfuração cardíaca traumática em ventrículo esquerdo causada por fratura de terço médio de sexto arco costal esquerda. MÉTODO: trata-se de um relato de caso baseado na revisão do prontuário de um paciente do Hospital de Urgências de Goiânia ? GO (HUGO) correlacionando a revisão da literatura indexada na base de dados do Scielo e PubMed. RESULTADOS: paciente do sexo masculino, 30anos, admitido no pronto socorro do HUGO, vítima de acidente automobilístico versus artefato rígido. Na internação hospitalar paciente estável, devido atorcocentese de alívio, com Jelco 14 no segundo espaço intercostal esquerdo. Ao exame físico do tórax, crepitações e murmúrios vesiculares abolidos, frequência cardíaca de 111 bpm com saturação de 93%. Realizado de imediato, drenagem torácica fechada em selo d'água drenando 600 ml de sangue vivo. Nas quatro horas de internação, evoluiu com drenagem torácica contínua de 2200 mL, levando ao quadro clínico de choque hipovolêmico, indicando de imediato toracotomia esquerda de urgência. No intraoperatório constatou fratura no terço médio do sexto arco costal, em topografia anatômica cardíaca resultando em lesão perfuro lacerativa em ventrículo esquerdo de aproximadamente 1,5 centímetros, próximos aos vasos coronarianos esquerdo, sangrando ativamente. Realizada mio cardiografia com Poligalactina 910 3-0. Obtendo controle hemostático e estabilidade hemodinâmica do paciente. Na Unidade de Terapia Intensiva permaneceu por 4 dias recebendo suporte e exames de controle. Em seguida encaminhado a enfermaria por 14 dias, recebendo alta hospitalar, sem repercussões hemodinâmicas. CONCLUSÕES: o trauma cardíaco constitui um desafio para o cirurgião geral. A lesão cardíaca contusa penetrante, ainda apresenta elevada taxa de mortalidade acometendo frequentemente o ventrículo direito. As principais causas de morte incluem choque hipovolêmico e tamponamento cardíaco. O caso em questão confronta as descrições literárias visto que apesar do acometimento de topografia inusitada e da gravidade da lesão em ventrículo esquerdo o paciente evoluiu com vida.

PALAVRAS-CHAVES: Perfuração cardíaca traumática | Perfuração de ventrículo esquerdo por arco costal | Trauma torácico contuso

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1135

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RUPTURA DE LINFANGIOMA CÍSTICO DE MESENTÉRIO APÓS TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA (IJF), VITOR TEIXEIRA HOLANDA (IJF), EDUARDO HENRIQUE CUNHA NEVES FILHO (IJF), HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO (IJF), PAULO ROBERTO MONTEZUMA SALES (IJF), RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO (IJF)

RESUMO: Introdução: Linfangiomas císticos são tumores benignos raros, com diagnóstico mais freqüente, em cabeça e pescoço. A incidência varia de 1:200.000 na população adulta e de 1:20.000 em crianças, com uma relação homem:mulher de 1:1. No abdome, ocorrem mais comumente no mesentério, grande omento, mesocólon e retroperitônio. Apresentamos um caso de linfangioma cístico mesentérico diagnosticado incidentalmente durante laparotomia exploradora em um adolescente vítima de trauma abdominal contuso e revisamos a literatura. Relato do caso: Adolescente de 14 anos, do sexo masculino, deu entrada no departamento de emergência do Instituto Dr. José Frota vítima de trauma abdominal contuso após queda de bicicleta, aproximadamente 1 hora antes da admissão hospitalar. Após avaliação inicial do paciente, anamnese e exame físico, foram solicitados exames radiológicos segundo rotina do ATLS. Radiografias de tórax e abdome normais. USG FAST foi positivo para líquido livre intrabdominal. Realizada tomografia de abdome com contraste que mostrou moderada quantidade de líquido livre em cavidade, sem outros achados. Indicada abordagem cirúrgica. Durante procedimento, foi evidenciado líquido de aspecto citrino em cavidade abdominal, em torno de 500ml, e tumor sólido-cístico em raiz de mesentério, parcialmente roto, aderido à quarta porção duodenal. Foi realizada ressecção completa da massa tumoral, biopsiados 2 linfonodos suspeitos em mesentério, sendo as peças enviadas para análise histopatológica (AH). Paciente evoluiu estável no pós-operatório (PO), indo de alta sem queixas clínicas e com retorno ambulatorial agendado. AH da lesão confirmou linfangioma cístico de mesentério, sem sinais de malignidade na peça e nos linfonodos biopsiados. No seguimento PO, paciente foi avaliado 30 e 60 dias após procedimento, apresentando-se assintomático, ferida operatória com boa cicatrização e com exame físico sem anormalidades. Conclusão: O linfangioma cístico mesentérico é uma rara anomalia intrabdominal benigna com etiologia incerta, ocorrendo predominantemente em crianças. Cistos do mesentério representam aproximadamente 1:20.000 internações hospitalares pediátricas. Quase 60% dos linfangiomas císticos mesentéricos são diagnosticados antes do quinto ano de vida. Parece haver predominância do sexo masculino. No caso do paciente relatado, tratou-se de diagnóstico incidental de tal lesão, fato que acabou por beneficiar o paciente, pela descoberta e tratamento do tumor.

PALAVRAS-CHAVES: Linfangioma Cístico Mesentérico|Trauma Abdominal|Cirurgia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1142

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA ABDOMINAL PERFURATIVO COM LESÃO VASCULAR GRAVE EM UMA CRIANÇA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THALES VIEIRA GONÇALVES (SANTA CASA DE OURINHOS), THIAGO SALDANHA RODRIGUES (SANTA CASA DE OURINHOS), EMANUEL FIRMO RODRIGUES (SANTA CASA DE OURINHOS), PHELIPE GREGÓRIO COBIANCHI LEANDRO (SANTA CASA DE OURINHOS), PATRÍCIA JOIA PERES (SANTA CASA DE OURINHOS), TIMOTEO VILELA VERÍSSIMO (SANTA CASA DE OURINHOS), VITOR BORDINHON MERCANTE (SANTA CASA DE OURINHOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A LESÃO VASCULAR É A CAUSA PRIMARIA DE MORTE NO TRAUMATISMO ABDOMINAL, APRESENTA MORTALIDADE DE 33% A 66% E PREDOMINA EM POPULAÇÃO JOVEM, URBANA E MASCULINA. É CONSENSUAL QUE A REDUÇÃO DO TEMPO ENTRE A ADMISSÃO E O INÍCIO DA CIRURGIA, O EMPREGO DE PROTOCOLOS AGRESSIVOS DE REANIMAÇÃO NO DOENTE GRAVEMENTE FERIDO E RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ADEQUADOS CONTRIBUEM FAVORAVELMENTE COM A DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE. A INCISÃO MEDIANA XIFOPÚBICA É PRECONIZADA PARA ESSE TIPO DE TRAUMA E SEU TRATAMENTO OBEDECE OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DE EXPOSIÇÃO, CONTROLE E REPARO DA LESÃO, PODENDO SER UTILIZADO A COMPRESSÃO MANUAL PARA FACILITAR A EXPOSIÇÃO. RELATO DE CASO: PACIENTE, B.A.C.C, 10 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE BICICLETA COM TRAUMA ABDOMINAL, DEU ENTRADA NO PRONTO SOCORRO DA SANTA CASA DE OURINHOS, NO DIA 27/09/2016 AS 19:00 HORAS, TRAZIDA PELO SAMU, ENTUBADO, EM VENTILAÇÃO ATIVA COM AMBU, SEDADO, HIPOCORADO 3+/4+, DESIDRATADO 3+/4+, HIPOTENSO (PRESSÃO ARTERIAL DE 80X40 MMHG), ABDOME TENSO E DOLOROSO A PALPAÇÃO, COM ORIFÍCIO EM FLANCO DIREITO, DE DIÂMETRO APROXIMADO DE 4CM, COM SANGRAMENTO ATIVO E EXPOSIÇÃO DE OMENTO, OPTADO POR ENCAMINHAR O PACIENTE IMEDIATAMENTE AO CENTRO CIRÚRGICO, SENDO SUBMETIDO A LAPAROTOMIA EXPLORADORA QUE EVIDENCIOU PRESENÇA DE GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE, LESÃO SUBTOTAL DE INTESTINO DELGADO A 8CM DO ANGULO DE TREINTZ E MÚLTIPLAS PERFURAÇÕES DA VEIA CAVA INFERIOR E VEIA ILÍACA ESQUERDA. REALIZOU-SE CONTROLE DO SANGRAMENTO E ENTERECTOMIA COM ANASTOMOSE LÁTERO-LATERAL UTILIZANDO GRAMPEADOR LINEAR E RAFIAS DAS LESÕES VASCULARES, DURANTE ATO CIRÚRGICO FOI REALIZADO TRANSFUSÃO MACIÇA COM INFUSÃO DE 6 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS E 4 PLASMAS FRESCOS. O PACIENTE EVOLUIU NO 1º PÓS OPERATÓRIO COM TROMBOSE ARTERIAL. NO MESMO DIA EFETUOU-SE EMBOLECTOMIA COM RETIRADA DE EMOLO ARTERIAL. NO 8º PÓS OPERATÓRIO, PACIENTE RECEBEU ALTA DA UTI PEDIÁTRICA E NO DIA SUBSEQUENTE, ALTA HOSPITALAR. ENCONTRAVA-SE TOTALMENTE ASSINTOMÁTICO AO FIM DA INTERNAÇÃO. CONCLUSÃO: PACIENTE COM TRAUMA ABDOMINAL PERFURATIVO, COM CHOQUE HEMORRÁGICO, FOI ATENDIDO NO PRONTO SOCORRO DA SANTA CASA DE OURINHOS CONFORME O PROTOCOLO DO ATLS E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, CERCA DE 20 MINUTOS APÓS ENTRADA NO SERVIÇO, POR MÚLTIPLAS LESÕES DE VEIA CAVA INFERIOR E ILÍACA ESQUERDA, ALÉM DE LESÃO SUBTOTAL DE INTESTINO DELGADO, TENDO ALTA HOSPITALAR NO 9º PÓS OPERATÓRIO COM RESOLUÇÃO TOTAL DO QUADRO.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA VASCULAR|TRAUMA DE VEIA CAVA INFERIOR|ABDOME AGUDO HEMORRAGICO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1145

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lesão de ceco em hérnia de parede abdominal traumática

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI (CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), MARILIA COLTURATO CLETO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS)

RESUMO: A hérnia de parede abdominal traumática (HPAT) é uma entidade clínica rara em termos de etiologia. Ele ocorre após uma lesão abdominal contundente com energia alta o suficiente para causar ruptura da camada musculoponeurótica, mas não a camada de pele elástica. É frequentemente associada a lesões intra-abdominais subjacentes, que podem ser diagnosticadas clinicamente ou radiologicamente, já as lesões de víscera herniadas é ainda mais raro. Relatamos um caso de HPAT em um jovem com explosão do ceco herniado causando grande pneumoritoneo e enfisema subcutâneo. Ele foi tratado cirurgicamente, evoluindo com necrose séptica da parede abdominal. Relatamos um caso de HPAT em um jovem com explosão do ceco herniado causando grande pneumoritoneo e enfisema subcutâneo. Ele foi tratado cirurgicamente, evoluindo com necrose séptica da parede abdominal. Considerando o alto volume de casos de traumatismo abdominal contuso que se apresentam nos serviços de emergência há poucos casos de HPAT relatados na literatura. Pode ainda existe confusão quanto ao momento e ao modo de manejo dessa condição

PALAVRAS-CHAVES: trauma|parede abdominal|hernia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1166

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressecção pancreática completa exclusiva por trauma abdominal fechado. Relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEX DE ALBUQUERQUE LINS BARBOSA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), JOSE GUSTAVO PARREIRA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), JOSE CESAR ASSEF (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), JOSE LUIZ COLARES LEAO (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO), LUCA GIOVANNI ANTONIO PIVETTA (IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: A lesão pancreática é pouco frequente após traumas abdominais fechados ou penetrantes, tem sido relatada em 0,2 a 12% dos traumas abdominais fechados grave. Está relacionado a uma alta morbidade e mortalidade, com taxas relatadas de 30 a 50% e de 10 a 32%, respectivamente, tornando imperativo o diagnóstico precoce e o tratamento acurados. O objetivo desse trabalho é apresentar a experiência de um caso de transecção pancreática completa exclusiva por trauma abdominal fechado. Paciente do sexo masculino, 23 anos, vítima de colisão de motocicleta versus caminhão com ejeção do veículo, no local apresentava pressão arterial (PA): 100x60, frequência cardíaca de 98bpm, consciente. Deu entrada em nosso serviço instável hemodinamicamente, sem sinais de sangramento ativo, apresentando dor abdominal em região epigástrica sem sinais de peritonite, realizado e-FAST que evidenciou lâmina líquida no espaço hepatorenal e esplenorrenal, inferiores à 1 cm. Realizadas radiografias de tórax e bacia na sala de trauma que não evidenciaram lesões, paciente apresenta instabilidade hemodinâmica refratária as medidas de expansão volêmica, sendo repetido e-FAST e observado aumento da lâmina líquida nos espaços citados, indicada laparotomia exploradora. Observou-se grande quantidade de sangue supramesocólico, realizado tamponamento com compressas e revisão dos quadrantes, a abertura da retrocavidade demonstrou transecção completa de corpo de pâncreas com lesão dos vasos esplênicos, sendo realizada pancreatectomia corpo caudal com esplenectomia e drenagem de cavidade. Paciente evoluiu bem recebendo alta no pós-operatório. Lesões pancreáticas exclusivas, são raras, mas com alta morbimortalidade e de difícil diagnóstico, a literatura reporta que o índice de complicações é proporcional a gravidade da lesão pancreática e as lesões concomitantes de outros órgãos intrabdominais. A morbidade pós-operatória independe da quantidade de parênquima retirado nos casos de pancreatectomia corpo caudal, sendo os principais preditivos de morbimortalidade, nestes pacientes, a instabilidade hemodinâmica na entrada e acidose metabólica.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma abdominal fechado | Trauma pancreático | Cirurgia do Trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1170

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Complicação inusitada após PAF abdominal: Eliminação uretral espontânea de projétil não abordado

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO DE MELLO RODRIGUEZ (HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES)

RESUMO: IntroduçãoO caso retrata um paciente vítima de PAF em região glútea; na laparotomia inicial não foi feita a retirada do projétil, evoluindo inusitadamente no pós-operatório com processo de expulsão uretral espontânea do projétil. Relato do Caso Paciente L.F.M, 21 anos, morador de Duque de Caxias-RJ, deu entrada no Centro de Trauma do HEAPN, vítima de PAF, com orifício de entrada em região glútea direita, sem orifício de saída. Paciente hemodinamicamente estável, tendo sido realizada TC de abdome e pelve que evidenciou líquido livre cavitário e projétil em posição retrovesical (Imagens 1 e 2). Submetido a laparotomia exploradora, com realização de enterorrafias e hemostasia de sangramentos do meso de delgado; projétil não encontrado. Evoluiu favoravelmente, tendo recebido alta hospitalar no 6º dia de pós-operatório. Retornou à Emergência com quadro de dor abdominal, febre, disúria, esforço urinário e hematúria, com leucograma de 21.000/mm³ e nova TC mostrando líquido livre cavitário, volumoso hematoma retroperitonal e projétil localizado na uretra peniana, próxima à extremidade do pênis (Imagens 3 e 4). Inspeção da fossa navicular peniana identificou e confirmou a presença do projétil (Imagem 5). Reinternado e novamente levado ao centro cirúrgico; após indução anestésica, realizada meatotomia uretral e retirada do projétil antes da laparotomia (Imagens 6 e 7). Laparotomia mostrou volumoso urinoma em cavidade abdominal, perfuração na parede posterior da bexiga e abaulamento do retroperitônio à direita durante o Cattel-Braasch. Realizados aspiração do urinoma, drenagem do retroperitônio e rafia da perfuração vesical. Cistografia intraoperatória confirmou fechamento vesical adequado (Imagem 8). Paciente evoluiu favoravelmente, tendo recebido alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório. ConclusãoA laparotomia na abordagem clássica do PAF abdominal penetrante mantém-se como a conduta padrão, e a realização de Tomografias Computadorizadas seriadas, além da avaliação inicial das lesões e do diagnóstico das complicações pós-operatórias, permitiu neste caso a documentação de uma improvável e inusitada migração e eliminação do projétil, que não seriam identificadas de outra forma. A Tomografia permanece como o principal exame de imagem na propedêutica e condução do PAF abdominal penetrante.

PALAVRAS-CHAVES: PAF abdominal | lesão de bexiga | projétil

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1171

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Complicação inusitada após PAF abdominal: Eliminação uretral espontânea de projétil não abordado

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO DE MELLO RODRIGUEZ (HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES)

RESUMO: IntroduçãoO caso retrata um paciente vítima de PAF em região glútea; na laparotomia inicial não foi feita a retirada do projétil, evoluindo inusitadamente no pós-operatório com processo de expulsão uretral espontânea do projétil. Relato do Caso Paciente L.F.M, 21 anos, morador de Duque de Caxias-RJ, deu entrada no Centro de Trauma do HEAPN, vítima de PAF, com orifício de entrada em região glútea direita, sem orifício de saída. Paciente hemodinamicamente estável, tendo sido realizada TC de abdome e pelve que evidenciou líquido livre cavitário e projétil em posição retrovesical (Imagens 1 e 2). Submetido a laparotomia exploradora, com realização de enterorrafias e hemostasia de sangramentos do meso de delgado; projétil não encontrado. Evoluiu favoravelmente, tendo recebido alta hospitalar no 6º dia de pós-operatório. Retornou à Emergência com quadro de dor abdominal, febre, disúria, esforço urinário e hematúria, com leucograma de 21.000/mm³ e nova TC mostrando líquido livre cavitário, volumoso hematoma retroperitonal e projétil localizado na uretra peniana, próxima à extremidade do pênis (Imagens 3 e 4). Inspeção da fossa navicular peniana identificou e confirmou a presença do projétil (Imagem 5). Reinternado e novamente levado ao centro cirúrgico; após indução anestésica, realizada meatotomia uretral e retirada do projétil antes da laparotomia (Imagens 6 e 7). Laparotomia mostrou volumoso urinoma em cavidade abdominal, perfuração na parede posterior da bexiga e abaulamento do retroperitônio à direita durante o Cattel-Braasch. Realizados aspiração do urinoma, drenagem do retroperitônio e rafia da perfuração vesical. Cistografia intraoperatória confirmou fechamento vesical adequado (Imagem 8). Paciente evoluiu favoravelmente, tendo recebido alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório. ConclusãoA laparotomia na abordagem clássica do PAF abdominal penetrante mantém-se como a conduta padrão, e a realização de Tomografias Computadorizadas seriadas, além da avaliação inicial das lesões e do diagnóstico das complicações pós-operatórias, permitiu neste caso a documentação de uma improvável e inusitada migração e eliminação do projétil, que não seriam identificadas de outra forma. A Tomografia permanece como o principal exame de imagem na propedêutica e condução do PAF abdominal penetrante.

PALAVRAS-CHAVES: PAF abdominal | lesão de bexiga | projétil

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1178

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PERFURAÇÃO ESOFÁGICA TRAUMÁTICA POR VÍDEO-TORACOSCOPIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA (IJF), FRANCISCO SOARES VELOSO NETO (IJF), ÍTALO EUGÊNIO SOUZA GADELHA DE ABREU (IJF), PLÍNIO HENRIQUE FERNANDES LEANDRO (IJF), HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO (IJF), GOTARDO DUARTE DUMARESQ (IJF), FRANCISCO MARTINS NETO (IJF)

RESUMO: Introdução: Os traumas penetrantes de tórax, principalmente as lesões por projéteis de arma de fogo, possuem grande potencial de injúria de estruturas do mediastino. A avaliação adequada desses pacientes, aliada a certo grau de suspeição do cirurgião, leva ao diagnóstico precoce. Relatamos o caso de paciente que apresentou perfuração esofágica traumática por projétil de arma de fogo corrigida por vídeo-toracoscopia. Relato de caso: Mulher, 22 anos, apresentou trauma torácico penetrante por projétil de arma de fogo com entrada em hemitórax direito (HTD), e saída em hemitórax esquerdo (HTE). Deu entrada no departamento de emergência do Instituto Dr. José Frota (IJF) apresentando dor torácica e dispnéia. Ao exame: estado geral regular, taquipnéica, taquicárdica e com murmúrio vesicular diminuído em HTD, associada a percussão maciça. Após avaliação inicial, foi submetida a toracostomia fechada sob selo d'água à direita por hemopneumotórax. Evoluiu bem após o procedimento. No segundo dia do pós-operatório, após início da dieta por via oral, foi flagrada saída de secreção mucóide pelo dreno, juntamente com restos alimentares, sendo aventada hipótese de lesão de trato digestivo. Realizada endoscopia digestiva alta que mostrou orifício de perfuração em esôfago distal logo acima da transição esofagogástrica. Após avaliação do serviço de cirurgia torácica do IJF, foi indicado procedimento cirúrgico. Paciente foi submetida a vídeo-toracoscopia à direita, sendo realizada decorticação pulmonar, abertura de mediastino posterior com saída de secreção purulenta e saliva, liberação do esôfago com visualização direta da lesão e bloqueio da lesão esofágica com patch de pleura parietal e musculatura intercostal. Deixada paciente com sonda nasoenteral. Paciente deixada em toracostomia fechada sob selo d'água. Após 7 dias de dieta por via oral zerada, foi realizado teste de azul de metileno, que foi negativo para fístula esofágica, sendo iniciada a dieta oral. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, indo de alta. No seguimento ambulatorial, encontra-se assintomática e com ganho de peso. Conclusão: Os traumas torácicos por projéteis de arma de fogo transfixantes são um desafio para o cirurgião. Em algumas situações, mesmo com a avaliação clínica detalhada, lesões despercebidas acabam por complicar o prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: PERFURAÇÃO ESOFÁGICA|TRAUMA TORÁCICO|VÍDEO-TORACOSCOPIA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1208

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESOFAGECTOMIA VÍDEO-TORACOSCÓPICA E TRANSPOSIÇÃO DE TUBO GÁSTRICO EM SUBSTITUIÇÃO ESOFÁGICA APÓS LESÃO TRAUMÁTICA COMPLEXA DE ESÔFAGO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA (IJF-CE), ÍTALO EUGÊNIO SOUZA GADELHA DE ABREU (IJF), ALYSSON AMARAL BARRETO (IJF), VITOR TEIXEIRA HOLANDA (IJF), FRANCISCO EDUARDO SIQUEIRA DA ROCHA (IJF), RICARDO MONTEIRO DE SÁ BARRETO (IJF), FRANCISCO MARTINS NETO (IJF), JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA (IJF)

RESUMO: Introdução: O tratamento das lesões traumáticas complexas de esôfago sempre é um desafio para o cirurgião. As condutas tomadas para o tratamento dessas afecções possuem impacto direto na sobrevivência do paciente. Relatamos o caso de um paciente que apresentou lesão complexa do esôfago após impactação de corpo estranho, sendo necessário tratamento cirúrgico em várias etapas. Relato do caso: Sexo feminino, 19 anos, apresentou engasgo com corpo estranho (osso de galinha). Houve demora na procura por atendimento médico. Após 10 dias, evoluiu com disfagia importante, edema cervical e febre. Deu entrada no setor de emergência do Instituto Dr. José Frota, com a clínica relatada, sendo realizada endoscopia digestiva alta, que mostrou corpo estranho impactado a cerca de 20 cm da arcada dentária superior, obstruindo quase totalmente a luz do órgão, associada a perfuração esofágica e abscesso local. Foi submetida a cervicotomia exploradora esquerda, sendo realizado rafia do coto esofágico distal, esofagostomia do coto proximal e jejunostomia para via de alimentação temporária. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. Após 6 meses, foi readmitida para se submeter a reconstituição do trânsito alimentar. Realizada inicialmente vídeo-toracoscopia com ressecção do esôfago torácico excluído. Em seguida, realizada laparotomia com confecção de tubo gástrico e passagem por via retroesternal. O procedimento foi finalizado com anastomose cervical entre o coto do esôfago proximal e o fundo gástrico. Realizado passagem de sonda nasoenteral para dieta precoce. No 7º dia de pós-operatório, foi realizado teste com azul de metileno, que foi negativo para fístula esofágica, sendo iniciada dieta por via oral. Paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório. No seguimento, 30 e 60 dias após a cirurgia, paciente evoluiu bem e com ganho de peso. Conclusão: As lesões traumáticas de esôfago, principalmente as de diagnóstico tardio, possuem alto grau de morbidade e mortalidade. O diagnóstico dessas lesões é favorecido por uma boa avaliação clínica, além de um alto grau de suspeição, evitando seqüelas importantes para o paciente. A reconstrução do trânsito é complexa, devendo ser realizada em centros especializados.

PALAVRAS-CHAVES: PERFURAÇÃO ESOFÁGICA|TUBO GÁSTRICO|CIRURGIA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1221

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: QUILOTÓRAX APÓS TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FERNANDA VEIGA GONÇALVES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), GABRIELA TRINDADE GÓES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), GERALDO ROGER NORMANDO JR. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ), ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O quilotórax é uma condição rara em que ocorre extravasamento de quilo para o espaço pleural, proveniente do ducto torácico. A ocorrência de quilotórax traumático é extremamente incomum e pode ter complicações devastadoras, principalmente caso seja detectado de maneira tardia. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 33 anos deu entrada no pronto atendimento cirúrgico com história de ter sido vítima de ferimento por arma branca em região cervical a direita há quatro horas. Na admissão encontrava-se com vias aéreas pérvias, murmúrio vesicular presente bilateralmente, diminuído em base esquerda, saturação de oxigênio de 99% em ar ambiente, hemodinamicamente estável, Glasgow 15. Apresentava lesão corto ? contusa em região cervical direita, zona II, com enfisema de subcutâneo, ausência de hematoma. Após atendimento inicial, paciente realizou tomografia com contraste de pescoço e tórax, evidenciando hemopneumotórax à esquerda, ausência de lesão vascular. Realizado toracostomia com drenagem pleural fechada a esquerda e saída imediata de ar e 500 ml de sangue. Paciente manteve-se estável hemodinamicamente e no 1º dia de internação hospitalar realizou endoscopia digestiva alta, esofagograma e broncoscopia, sem evidências de lesões do trato gastrointestinal ou respiratório. Nas primeiras 24 horas de internação dreno torácico manteve-se oscilante, sem escape aéreo e com débito de 300 ml, conteúdo serohemático. No segundo dia de internação hospitalar, débito do dreno torácico apresentou mudança de aspecto adquirindo coloração rósea, mantendo drenagem de 350 ml. Iniciado jejum oral, com passagem de sonda nasoenteral (SNE) e dieta enteral com triglicerídeos de cadeia média; solicitado bioquímica do líquido do dreno com DHL de 633 e triglicerídeos de 628. No terceiro dia de internação, débito do dreno manteve-se com aspecto de quilotórax e com débito de 900 ml. Paciente, então, submetido a toracotomia posterolateral direita com ligadura de ducto torácico + drenagem pleural fechada a direita. Paciente evoluiu em bom estado geral, mantendo-se dieta pela SNE. No 7º pós operatório iniciado dieta via oral, sem mudança no aspecto ou débito dos drenos. Retirado drenos e alta hospitalar no 8º pós operatório. CONCLUSÃO: As taxas de sucesso no tratamento conservador variam de 20 a 80%. O momento da abordagem cirúrgica ainda permanece controverso, porém benefícios da cirurgia precoce são claros, o que pode mostrar bons resultados em 90% dos casos.

PALAVRAS-CHAVES: QUILOTÓRAX|TRAUMA|CIRURGIA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1226

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA HEPÁTICA PÓS-TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO TRATADO COM EMBOLIZAÇÃO ENDOVASCULAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA (IJF), FERNANDO KENNEDY PEREIRA CHAVES (IJF), CAMILO DE ALENCAR DIÓGENES (IJF), FRANCISCO MATHEUS TAVARES FERNANDES VIEIRA (IJF), VICTOR CAMARÃO PÔRTO (IJF), VITOR TEIXEIRA HOLANDA (IJF), FERNANDO ANTONIO SIQUEIRA PINHEIRO (IJF), JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA (IJF)

RESUMO: Introdução: O pseudoaneurisma da artéria hepática pós-trauma é entidade incomum, aparecendo em aproximadamente 1% dos casos de trauma hepático. A maioria é extra-hepático (80%) e tem início tardio. Embora geralmente sejam assintomáticos, eles devem ser sempre tratados devido ao alto risco de complicações, especialmente a ruptura. Atualmente, o tratamento de escolha é a embolização endovascular. Apresentamos um caso de pseudoaneurisma da artéria hepática pós-traumática que foi tratado com sucesso através de embolização percutânea através da injeção de cianoacrilato. Relato do caso: masculino, 34 anos, foi vítima de trauma abdominal contuso por acidente automobilístico, dando entrada na emergência do Insituto Dr. José Frota, apresentando dor abdominal e sinais de hipovolemia. Indicada abordagem cirúrgica que mostrou laceração hepática extensa em segmentos V e VI, tratada por rafia hemostática. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta. Quinze dias depois, paciente retorna à emergência com quadro de dor abdominal persistente. Realizada TC de abdome que mostrou a presença de formação aneurismática em topografia da artéria hepática direita intra-hepática, medindo 3,2x2,5 cm. Diante do achado, foi realizada arteriografia com cateterização da artéria hepática, sendo evidenciado pseudoaneurisma da artéria hepática direita e embolizado com injeção de cianoacrilato com sucesso. Paciente evoluiu bem após o procedimento. Conclusão: Os pseudoaneurismas da artéria hepática pós-trauma são complicações raras do traumatismo abdominal contuso. Os pacientes são geralmente assintomáticos e o diagnóstico é um achado incidental. Ocasionalmente podem ser sintomáticos e as manifestações clínicas mais comuns são dor abdominal, hematêmese, anemia, hipovolemia e icterícia. O tratamento por radiologia intervencionista é efetivo e menos invasivo.

PALAVRAS-CHAVES: PSEUDOANEURISMA | TRAUMA ADOMINAL | EMBOLIZAÇÃO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1230

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EMBOLIA POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO EM ARTÉRIA FEMORAL COMUM DIREITA: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FERNANDA VEIGA GONÇALVES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), GABRIELA TRINDADE GÓES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), DANIEL CALDEIRA THOME (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), RAISSA PEREIRA DE TOMMASO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A embolização de projétil de arma de fogo (PAF) na circulação sistêmica é uma apresentação rara e de difícil suspeição no atendimento inicial. Pode levar a complicações graves e diversas, a depender do local de alojamento do projétil. A maioria dos casos envolve sistema arterial, e mais freqüentemente os membros inferiores. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 25 anos, deu entrada no pronto atendimento cirúrgico com história de ter sido vítima de ferimento por arma de fogo em ombro esquerdo, há 6 horas. Na admissão encontrava-se com vias aéreas pérvias, murmúrio vesicular presente bilateralmente, diminuído em ápice esquerdo, com enfisema de subcutâneo próximo ao ombro esquerdo, saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente, hemodinamicamente estável, freqüência cardíaca de 115, abdome flácido, dor leve a palpação de região infra-umbilical a direita, descompressão brusca negativa. Apresentava orifício de entrada em ombro esquerdo, anteriormente, sem evidências de orifício de saída. Pulsos em membros superiores simétricos. Após atendimento inicial, paciente realizou radiografia de ombro, tórax, abdome e pelve, que evidenciaram alargamento do mediastino e projétil localizado em topografia de colo de fêmur. Realizado, então, tomografias de tórax, abdome e pelve, evidenciando líquido no saco pericárdico, hemotórax à esquerda e ausência de lesões de órgãos abdominais ou líquido livre intraperitoneal. Paciente encaminhado ao centro cirúrgico, sendo realizada inicialmente janela pericárdica, com saída de sangue de saco pericárdico e realizado toracotomia anterolateral esquerda. Evidenciado lesão transfixante em lobo superior de pulmão esquerdo e lesão puntiforme com sangramento ativo em átrio esquerdo. Realizado miocardiografia e drenagem pleural fechada a esquerda. Procedido laparotomia exploradora, sem evidência de lesões, porém observado sinais de isquemia em membro inferior direito. Acionado cirurgia vascular, com posterior exploração vascular de vasos femorais direitos e arteriotomia de artéria femoral comum direita com extração de projétil de arma de fogo (que havia impactado na bifurcação femoral ? sem lesão da íntima) e arteriorrafia. Paciente evoluiu bem no pós operatório, recebendo alta hospitalar sem seqüelas. CONCLUSÃO: Devido à raridade, a maioria dos relatos de embolização por projétil é constituída por descrições de casos únicos. O tratamento preconizado é a remoção do êmbolo por arteriotomia local, com inspeção visual da íntima.

PALAVRAS-CHAVES: FERIMENTO POR ARMA DE FOGO| EMBOLISMO| TRAUMA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1236

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÃO COMBINADA DE ARTÉRIA INOMINADA E TRAQUÉIA PÓS REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FERNANDA VEIGA GONÇALVES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), GABRIELA TRINDADE GÓES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), ALLAN HERBERT FELIZ FONSECA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), AJALCE DE JESUS LEAO JANAHU (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ), ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A incidência de morbidades decorrentes da traqueostomia varia de 4% a 10% e a mortalidade é menor que 1%. A complicação mais comum é a hemorragia observada no pós-operatório imediato (3,7%), seguida pela obstrução da cânula por secreção (2,7%) e o deslocamento da cânula (1,5%). Lesão de grandes vasos no intra-operatório é extremamente raro, podendo ocorrer em campos cirúrgicos preenchidos com tecido de cicatrização ou tumor e em casos de emergência. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 28 anos, deu entrada no pronto atendimento cirúrgico com história de acidente automobilístico, com trauma cranioencefálico grave, Glasgow 3. Permaneceu internado com a equipe de neurocirurgia por quadro de hemorragia intraparenquimatosa. Após 7 dias de intubação orotraqueal, submetido a traqueostomia, apresentando sangramento abundante após passagem de cânula. Paciente conduzido ao centro cirúrgico, sendo abordado em conjunto com cirurgia vascular, sendo realizado cervicotomia lateral direita com prolongamento para - esternal direito, com identificação de lesão de artéria inominada em borda antero superior. Realizada arteriorrafia primária e colocação de cânula traqueal. No 7º pós operatório (PO) paciente evoluiu com sangramento em região de ferida operatória cervical, com instabilidade hemodinâmica. Submetido a nova abordagem cirúrgica, com evidencia de lesão posterior em artéria inominada, além de grande lesão circunferencial da traquéia. Realizado arteriorrafia e traqueorrafia primárias, revisão de hemostasia e reposicionamento da cânula traqueal. No 2º PO apresentou saída de ar pela ferida operatória compatível com o ciclo do respirador. Realizado tomografia computadorizada de pescoço e tórax com reconstrução da traquéia, sendo evidenciado falso trajeto da cânula. Reposicionamento da cânula efetuado por broncoscopia. Paciente permaneceu em leito de terapia intensiva e evoluiu a óbito após 1 dia. CONCLUSÃO: A traqueostomia cervical é um procedimento antigo. É tida na maioria dos serviços como um procedimento eletivo. Lesões de grandes vasos são eventos raros, porém com alta mortalidade. Profissional que realiza o procedimento deve conhecer e estar apto a solucionar possíveis complicações.

PALAVRAS-CHAVES: TRAQUEOSTOMIA | COMPLICAÇÕES | HEMORRAGIA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1277

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL DAS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO ATENDIDAS PELO SERVIÇO INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA EM CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO NAUFEL JUNIOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA), ALESSANDRA MEDEIROS RODRIGUES SOARES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA), RAQUEL JARDIM DE MELO (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), MARCOS PAULO RIBEIRO SANCHES (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), RODRIGO KATSUTOSHI HASEGAWA (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), JULIANE SANTOS KUBASKI (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ), DANIELA VIEIRA DE CASTRO (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ)

RESUMO: Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico dos atendimentos a vítimas de acidentes de trânsito realizados pelo Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) no município de Curitiba e Região Metropolitana no período de 2004 a 2013. Material e Métodos: Pesquisa descritiva retrospectiva, com utilização de dados obtidos de fonte secundária, com transcrição de informações referentes ao Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar da cidade de Curitiba e região metropolitana, quanto à solicitação de atendimento em situações de agravos à saúde, do período de Janeiro de 2004 a Dezembro de 2013. Foram empregados na pesquisa os percentuais e médias e foi considerado p. Resultados: O número total de ocorrências atendidas pelo SIATE no período de 10 anos foi 176.186, com 200.159 vítimas atendidas. Especificamente, os acidentes de trânsito totalizaram 110.102 (62,4%) ocorrências atendidas, causando 131.376 vítimas. Foram contabilizados 1.336 óbitos (1,02%) de todas as vítimas atendidas por acidentes de trânsito. No entanto, houve evidência estatística de redução na taxa desses óbitos ao longo do período, com rejeição da hipótese nula ($p= 0,025$). O mecanismo de trauma mais observado no atendimento pré-hospitalar foi colisão automobilística (66,58%), sendo os automóveis os principais veículos (45,99%). Em relação ao perfil das vítimas, foi observado um intervalo prevalente de idade entre 20-29 anos (36,59%). O sexo masculino foi o mais presente entre todos os óbitos (81,74%). Quanto à sazonalidade, os acidentes ocorreram mais em agosto (7,68%), nos finais de semana (44,28%), e entre as 18:00 e 18:59 horas (9,29%). No entanto, para esses últimos dados, não houve significância estatística durante a análise. Quanto a gravidade, foi demonstrado a grande maioria é de baixa gravidade, com Escala de Coma de Glasgow >13 em 96,17% dos casos, e Revised Trauma Score maior ou igual a 11 em 98,34%. Conclusão: este estudo evidenciou características epidemiológicas que permitem o desenvolvimento de políticas de prevenção e promoção de saúde no trânsito. Mesmo com a elevação da população e do número de veículos circulantes, o número de acidentes, vítimas e óbitos, tem declinado ao longo do tempo. No entanto, a vigilância de prevenção de acidentes deve ser empregada principalmente ao final do dia, e durante os finais de semana, tendo como público-alvo das campanhas de conscientização indivíduos jovens, especialmente do sexo masculino.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma | Acidente de trânsito | SIATE

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1306

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Frequência e gravidade das lesões intracranianas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito admitidos sem alterações ao exame neurológico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISABELA CAMPOS BRIANTI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), JOSE GUSTAVO PARREIRA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), PAULA RIBEIRO LIBÓRIO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), KASSEM SAMIR SALEH (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), EDUARDO PEREIRA ALVES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), SILVIA CRISTINE SOLDA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), JOSE CESAR ASSEF (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivo: Avaliar a frequência, a gravidade e o tratamento de lesões intracranianas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito admitidos sem alterações no exame neurológico. Método: Análise retrospectiva de dados coletados em registro de trauma no período de 2008 a 2010. Foram incluídos todos os motociclistas com idade superior a 14 anos envolvidos em acidentes de trânsito. Foram analisados os dados dos pacientes admitidos com escala de Coma de Glasgow (ECG) igual a 15 e sem alterações em exame neurológico ou ao exame físico do segmento cefálico. As lesões encontradas foram estratificadas para gravidade através da ?Abbreviated Injury Scale? (AIS). Resultados: No período de estudo, houve 1390 motociclistas admitidos no serviço de emergência e, destes, 1128 apresentavam ECG=15, exame de segmento cefálico e neurológico normais. Destes, 205 fizeram tomografia computadorizada de crânio (18,2%). Quatro pacientes (1,9%) tiveram diagnóstico de lesão intracraniana com AIS>1: dois com contusões cerebrais, dois com hemorragia subaracnóide. Nenhum paciente apresentou hematoma epidural, hematoma subdural agudo, edema cerebral ou lesão axonal difusa. Nenhum paciente foi submetido a cirurgia para tratamento dessas lesões. Conclusão: Motociclistas admitidos com ECG = 15, exame de segmento cefálico e neurológico normais tiveram uma chance muito pequena (próxima a zero) de apresentar uma lesão intracraniana grave. Portanto, a indicação da TC de crânio nesses pacientes deve ser revisada.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA|TOMOGRAFIA DE CRÂNIO|LESÕES INTRACRANIANAS

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1322

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Intussuscepção intestinal no politraumatizado: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA JOIA PERES (SANTA CASA DE OURINHOS), EVELYN CRISTINA DA ROSA GRANJA BATALINI (SANTA CASA DE OURINHOS), THIAGO SALDANHA RODRIGUES (SANTA CASA DE OURINHOS), RODRIGO TOGNON ROSSI (SANTA CASA DE OURINHOS), THALES VIEIRA GONÇALVES (SANTA CASA DE OURINHOS), VITOR BORDINHON MERCANTE (SANTA CASA DE OURINHOS), TIMOTEO VILELA VERÍSSIMO (SANTA CASA DE OURINHOS), JEFFERSON BAGATIM (SANTA CASA DE OURINHOS)

RESUMO: Introdução: A intussuscepção intestinal consiste na migração distal de um segmento do intestino para o lúmen intestinal adjacente. É bastante comum como causa de obstrução intestinal em crianças, porém é uma condição rara em adultos. Seu diagnóstico na maioria das vezes é muito difícil, devido a pouca incidência do quadro, estando presente em apenas 5% de todos os casos de intussuscepção intestinal diagnosticados, independente da idade. É mais comumente provocada por etiologia maligna, porém pode também ser associada a pacientes com doenças benignas, como divertículo de Meckel, hiperplasia linfoide, adenite ou traumatismo abdominal. Caso Clínico: Paciente C.A.M, 22 anos, sexo masculino, deu entrada no Pronto Socorro da Santa Casa de Ourinhos no dia 08/06/2016 às 09:39 devido evento moto x carro, trazido pelo SAMU, em glasgow 8, sob IOT, estável hemodinamicamente. Foram realizadas tomografias de crânio, cervical, tórax e abdômen. Todas as tomografias sem alterações, exceto a TC de crânio que evidenciou lesão axonal difusa, sendo o paciente internado aos cuidados da neurocirurgia. No 15º dia de internação hospitalar, paciente iniciou com quadro de distensão abdominal importante, associada à parada na eliminação de gases e fezes. Foi solicitado avaliação da cirurgia geral que indicou nova tomografia de abdômen total com duplo contraste (EV + VO), sendo identificada importante dilatação de alças de delgado, não sendo visualizado o cólon, devido não progressão do contraste. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora, onde foi evidenciada intussuscepção em delgado há 25 cm da válvula ileocecal, cólon sem alterações. Foi realizado enterectomia com anastomose latero-lateral com grampeador linear 75mm. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, com melhora importante da distensão abdominal, apresentando evacuação normal no 3º PO, sem apresentar novas intercorrências e sem complicações. Recebeu alta hospitalar após 30 dias, devido permanência pelo quadro neurológico. Conclusão: A intussuscepção intestinal no adulto consiste em um desafio para o cirurgião, devido a sua raridade na idade adulta, sendo em sua maioria diagnosticada no intra-operatório. No caso clínico apresentado, constatou-se durante o ato operatório uma invaginação íleo-ileal, que é a segunda localização mais freqüente, sem sinais de peritonite e isquemia intestinal. Anatomopatológico evidenciou apenas processo inflamatório crônico exsudativo.

PALAVRAS-CHAVES: intussuscepção intestinal | politraumatizado | relato de caso

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1391

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia diafragmática traumática com perfuração de cólon transverso intratorácica e laceração esplênica: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WILSON SANTANA SILVA JUNIOR (FAMINAS- BH), ROBERTO ELIAS DO NASCIMENTO SOARES (HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D'AMATO), MARCOS PAULO FERREIRA C. ALVES REIS (HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D'AMATO), VINÍCIUS NOBRE FLÁVIO (HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D'AMATO), KELLY CRISTINA TEIXEIRA DA SILVA (FAMINAS-BH), ELIPHAS LEVI ASSUMPCÃO EGG GOMES (IPTAN), DAVID FILLIPE SILVA DA CRUZ (HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D'AMATO), PEDRO HENRIQUE TEODORO DA SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D'AMATO)

RESUMO: Introdução: A hérnia diafragmática é definida como a evisceração transdiafragmática de conteúdo abdominal no tórax. A ruptura diafragmática ocorre em 0,8% dos pacientes vítimas de acidentes automobilísticos e em cerca de 3% a 5% dos casos de traumatismo abdominal fechado. A maioria das lacerações ocorre após trauma abdominal contuso grave, com maior prevalência na área póstero-lateral do diafragma esquerdo, que corresponde a um ponto embriológico de fraqueza. Os órgãos abdominais mais frequentemente herniados são o estômago, o omento, os cólons e o fígado, podendo haver lesões associadas como hemo/pneumotórax ou peritonismo. O tratamento cirúrgico é mandatório e o padrão ouro é a laparotomia. Pode ocorrer complicações pós-operatórias como paralisia, paresia, ou incoordenação do diafragma, encarceramento, estrangulamento, pneumotórax hipertensivo, e tamponamento cardíaco. Relato de caso: P.V.C. feminino, 13 anos, relato de queda da própria altura em banheiro, com queixa de dor torácica esquerda ventilatório-dependente. Ao exame, apresenta dor à palpação de hemitórax esquerdo, leve escoriação local, redução de murmúrio vesicular esquerdo em base do hemitórax inferior esquerdo. Radiografia (RX) de tórax com imagem compatível com bolha gástrica em região torácica esquerda, sugestiva de hérnia diafragmática, confirmada por tomografia (TC) de tórax. Paciente submetida a laparotomia exploradora que evidenciou hérnia diafragmática esquerda, com herniação de câmara gástrica e de cólon transverso, este no qual havia lesão perforativa; e laceração esplênica grau I. Realizada redução do conteúdo herniário, refixação da lesão e drenagem torácica em selo d'água. Boa evolução pós-operatória, alta hospitalar no 06º DPO. Reinternação em 6º dia pós alta hospitalar, em quadro pequeno empiema loculado a esquerda. Optou-se por terapia conservadora (ceftriaxone + oxacilina), havendo drenagem espontânea do empiema em D11, em local da cicatriz do dreno de tórax. Alta hospitalar no D22 (término da oxacilina). Conclusão: É importante ressaltar que o diagnóstico e tratamento de acordo com o relato cirúrgico devem ser feitos o mais precocemente possível. E não se deve subestimar a dor torácica do paciente após o trauma contuso, uma vez que, pode ocasionar graves complicações ao doente. Assim, uma anamnese e propedêutica bem conduzidas proporcionam menor morbi-mortalidade aos pacientes vítimas do trauma abdominal.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia diafragmática | Laparotomia | Trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1394

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fratura de pelve, lesão urogenital e disjunção anorretal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ELIS OLIVEIRA (PUC- SP MEDICINA SOROCABA), MARCELO AUGUSTO COSTA VARCA (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), MONIQUE MORON MUNHOZ (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), GUILHERME FREDERICO FERRO ALVES (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES (PUC-SP MEDICINA SOROCABA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Lesões traumáticas anorretais são raras, porém quando ocorrem indicam quadro grave. Associadas à estas lesões estão as do aparelho urogenital e da pelve óssea, pela proximidade anatômica. A conduta orientada está na estabilização hemodinâmica, drenagem e lavagem das cavidades expostas, e realização de colostomia para permitir adequada cicatrização.1.RELATO Paciente, 29 anos, trazido ao nosso serviço pela CCR, após colisão como passageiro de motocicleta contra caminhão. O atendimento foi realizado de acordo com o protocolo do ATLS. FC 112bpm e Pressão Arterial 80/60mmHg. Apresentava pelve estável e sínfise púbica fechada. Ao toque retal havia espículas ósseas, hipotonia, laceração do reto e sangramento ativo e em volumosa quantidade, exteriorizando-se pelo ânus. O paciente foi encaminhado para o centro cirúrgico, inicialmente realizada a anuscopia sob anestesia, identificando-se desinserção de reto baixo em 270º de sua circunferência e fratura palpável de ramo isquiopúbico esquerdo. Foi submetido a uretrocistografia com falha de enchimento uretral e extravasamento de contraste. Foi submetido à laparotomia exploradora, na qual foi encontrada pequena quantidade de líquido livre em cavidade, hematoma envolvendo bexiga urinária sem extravasamento de urina, hematoma expansivo não-pulsátil em zonas I,II e III de peritônio e ausência de sangramento ativo ou lesões em outros órgãos. Ao explorar hematoma retroperitoneal, identificou-se sangramento ativo proveniente de pelve, com preservação de veia cava e ramos ilíacos. Foi realizada então incisão perineal esquerda de 4,0cm, longitudinal, distando 1,5cm da borda anal, dissecação de subcutâneo em fáscia pararretal e desinserção de reto baixo, com isolamento esfínteriano. Seguiu-se com sutura para reinserir reto baixo em seu esfíncter externo, com posterior sutura unindo mucosa retal. Colocou-se também dreno em incisão pararretal. Por fim confeccionou-se sigmoidostomia em alça de proteção. Paciente seguiu internado em UTI. Evoluiu sem intercorrências.CONCLUSÃO relato apresentado evidencia um caso relativamente raro, no qual houve lesão complexa de pelve, na qual há associação de aparelho urogenital, digestivo e ósseo. A conduta foi de acordo com a literatura, a qual estabelece necessidade de estabilização hemodinâmica e reconstrução retal e urogenital imediata. Resta ainda avaliação ortopédica e neurológica, para que se possa identificar possíveis lesões não tratadas e sugerir prognóstico para o paciente.

PALAVRAS-CHAVES: colisão automobilística | lesão urogenital | disjunção anorretal

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1468

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA CERVICAL- UMA ANÁLISE DAS LESÕES: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA VITÓRIA CURY VIEIRA SCATIMBURGO (USF), MARCELINO QUAGLIA MORATO (USF), CIRO CARNEIRO MEDEIROS (USF), DECIO LUIZ SILVA MAZZINI (USF), RODRIGO SADER HECK (USF), ADRIANE VIDEIRA LOPES (USF)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O pescoço é uma região com elevada complexidade anatômica, contendo estruturas vitais pouco protegidas. Os traumas cervicais representam 5-10% das injúrias traumáticas e apresenta uma das mais altas taxas de mortalidade do trauma. Essa alta mortalidade advém do elevado risco de acometimento do trato aerodigestivo e estruturas vasculares, resultando em instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória e necessitando assim de reconhecimento precoce e estabilização imediata do paciente. É preconizado atendimento baseado no protocolo ATLS. **RELATO:** Mulher, 19 anos, vítima de FAB, trazida pelo SAMU, com trauma penetrante em região cervical posterior, zona II, sem colar cervical, imobilizada com head block, com objeto transfixante alojado na vítima, apresentou impossibilidade de IOT no local, devido dificuldade de posicionamento. Chega ao serviço hemodinamicamente estável, em decúbito ventral na prancha rígida, em ventilação espontânea, ECG= 15 e com objeto transfixante entre C4-C5, apresentando enfisema subcutâneo e hemiplegia à esquerda. Procedido protocolo ATLS e levada para o centro cirúrgico. Posicionado inicialmente o fixador de Mayfield, permitindo colocar a paciente em decúbito dorsal e realizar a intubação orotraqueal com sequência rápida e posterior exploração cirúrgica. Para isso, foi necessário cervicotomia bilateral para exposição completa das estruturas, devido à impossibilidade de mobilização da cabeça. Observado lesão puntiforme sangrante em lobo direito da Tireoide, sem acometer estruturas relevantes. Realizada hemitireoidectomia direita e retirada da arma branca, localizada em região supina entre C4-C5 com lâmina voltada para medial superiormente. Paciente foi submetido à abordagem da neurocirurgia que diagnosticou hemissecação medular, sendo realizada derivação lombar externa. Paciente evolui sem sequelas neurológicas e com fístula em orofaringe de baixo débito com resolução espontânea. Permaneceu internada no serviço por 20 dias, recebendo alta hospitalar. **CONCLUSÃO:** A identificação de lesões cervicais em pacientes traumatizados é de suma importância no atendimento inicial, devido à alta taxa de mortalidade deste tipo de trauma. Os avanços no atendimento do paciente politraumatizado e o diagnóstico e tratamento precoce dos traumas cervicais tem permitido uma melhora nos resultados obtidos. Protocolos pré-estabelecidos, como o ATLS, e o acesso a exames de imagem permitem agilidade e podem reduzir a morbimortalidade nesses casos.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA | TRAUMA CERVICAL | IOT DIFÍCIL

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1532

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EXPLOSÃO ISOLADA DE VESÍCULA BILIAR APÓS TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), NELSON ANTONIO PAES SANTOS JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), MACÁRIO MARINHO DE AZEVEDO (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), NATÁLIA LUDMILA CANÊDO LOPES (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), BRUNA MARTINS NEIVA BRINGEL (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A ruptura isolada da vesícula biliar secundária a traumatismo abdominal fechado é rara. A apresentação clínica da lesão da vesícula biliar é variável, resultando em um atraso no diagnóstico e tratamento. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de ruptura isolada da vesícula biliar devido a um trauma abdominal fechado. CASO CLÍNICO: FAG, sexo masculino, 27 anos, de origem parda, procedente de Darcinópolis-TO, foi admitido em unidade hospitalar após trauma motociclístico. O paciente chegou relatando de dor abdominal de forte intensidade (10+/10+) em hipocôndrio esquerdo. Ao exame paciente lúcido e orientado em tempo e espaço, em regular estado geral, palidez cutaneomucosa (1+ / 4+), anictérico e acianótico, apresentando pupilas isocóricas e fotoreagentes, pontuação máxima na escala de coma de gasglow e presença de hálito etílico. Abdome apresentava características de defesa abdominal, dor à palpação em Hipocôndrio esquerdo, ausência de dor à descompressão súbita. Foi solicitado exames laboratoriais e FAST (Focused Assesment with Sonography for Trauma). O primeiro revelou uma leucocitose com desvio à esquerda, sem demais alterações. Já o FAST evidenciou considerável volume líquido livre na cavidade peritoneal e interrogou lesão esplênica traumática devido à alteração no padrão ecotextual do baço. Logo em seguida vou indicada a Laparotomia Exploradora, que para surpresa dos cirurgiões ao realizar o inventário da cavidade verificou-se líquido bilioso em grande quantidade e lesão em vesícula biliar de aproximadamente 02 cm de diâmetro em fundo, sem evidência de outras lesões. Foi então realizada a colecistectomia associada a limpeza exaustiva de cavidade. Durante pós operatório imediato evolui com dor abdominal intensa que persistiu por dois dias, foi realizado tomografia de controle que não evidenciou nenhuma alteração. No 5º dia de pós operatório paciente vai de alta sem queixas e sem intercorrências em excelente estado geral. CONCLUSÃO: Colecistectomia é o tratamento recomendado para ruptura da vesícula biliar e laceração extensa. O tratamento do traumatismo fechado da vesícula depende da gravidade global das lesões detectadas, da precocidade do diagnóstico e pode variar entre a vigilância expectante e a colecistectomia convencional clássica, associada eventualmente a outros procedimentos. Felizmente, o paciente foi rapidamente diagnosticado e teve o tratamento adequado.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA | ABDOMINAL FECHADO | LESÃO DE VESÍCULA BILIAR

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1587

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lesão intraperitoneal de bexiga após trauma abdominal fechado.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARISSA REGINATO JUNGES (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA), ALANA DUSO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA), ROGERIO FETT SCHNEIDER (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA), MARCELLA FRUET (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA), IZABELA DE MAGALHÃES TRINDADE (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA), LETICIA FERREIRA VAZ (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA), KAROLINE ROBERTI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA), BÁRBARA MOLON ANDREAZZA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A lesão de bexiga é infrequente, uma vez que o órgão se encontra protegido pela estrutura pélvica. A lesão costuma ocorrer em 1,6% dos traumas abdominais, geralmente associada a fratura de pelve (90% dos casos) ou ao trauma na região inferior do abdome quando a bexiga está distendida¹. A diferença na cinemática do trauma resulta lesões diferentes as quais são classificadas em intra ou extraperitoneal. A distinção do tipo de lesão é feita por exame de imagem e é fundamental para a conduta terapêutica adequada. RELATO DE CASO: Paciente feminino, 35 anos, chega ao Hospital de Pronto Socorro de Canoas/RS trazida pelo SAMU devido à acidente de carro, estável hemodinamicamente, referindo apenas dor abdominal em baixo ventre. Sem sinais clínicos relevantes, apenas desconforto a palpação abdominal. Tomografia Computadorizada com presença de líquido livre na cavidade abdominal. Paciente submetida a videolaparoscopia, sendo diagnosticado lesão em bexiga, realizada rafia em dois planos de lesão, com revisão da cavidade que não evidenciou outras lesões. Foi inserida sonda vesical de demora a qual permaneceu com irrigação por 24 horas após a cirurgia. No exame físico pós-operatório, abdome flácido, depressível, desconforto à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, com ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, e diurese por sonda vesical. Recebeu alta hospitalar dois dias após a cirurgia em bom estado geral, afebril, deambulando sem auxílio. CONCLUSÃO: A clínica da lesão de bexiga é inespecífica, tendo a dor suprapúbica e o baixo volume urinário como os principais sinais de alerta. A presença de líquido livre na cavidade, retenção urinária, hematúria macroscópica, distensão abdominal, ausência de RHA, e aumento da uréia e da creatinina sérica são outros sinais que podem auxiliar no diagnóstico, porém apenas o exame de imagem o confirma². A cistografia retrógrada é o padrão-ouro, porém outro exame utilizado é a cistotomografia a qual demonstra resultados iguais ou até mesmo superiores quando comparados. Nas lesões extraperitoneais, o tratamento é conservador com sondagem vesical de demora, enquanto que nas lesões intraperitoneais é preconizado tratamento cirúrgico com rafia das lesões e posterior sondagem. A videolaparoscopia é uma opção viável pois além de ser uma abordagem minimamente invasiva, ela possibilita a rafia vesical, porém só pode ser utilizada em casos de lesão vesical isolada sem a presença de outras lesões abdominais¹.

PALAVRAS-CHAVES: lesão vesical | trauma abdominal fechado | lesão intraperitoneal

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1594

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Obstrução intestinal decorrente de Síndrome da Artéria Mesentérica Superior em paciente politraumatizado

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURO RENATO AMORIM DE BARROS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), FLÁVIO RODRIGUES TEIXEIRA FILHO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), DIEGO WINDSON DE ARAÚJO SILVESTRE (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), ORLITO BARROS DE AZEVEDO FILHO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), EDMUNDO GUILHERME DE ALMEIDA GOMES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ), CAMILO BARROS DE SOUZA CÂMARA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ)

RESUMO: INTRODUÇÃO síndrome da artéria mesentérica superior é uma condição rara de obstrução intestinal alta por compressão da 3ª porção do duodeno. O diagnóstico muitas vezes se torna difícil devido à sintomatologia vaga. Reportamos um caso atendido em nosso serviço. RELATO DO CASO Paciente do sexo feminino, 25 anos, estudante, com história de politrauma por acidente automobilístico de alta energia, em pós-operatório de artrodese de T12-L3 e terapia conservadora de lesão esplênica grau I. Acamada há 21 dias, evoluindo no 11º DPO com quadro de obstrução intestinal alta, taquicardia e queda de hematócrito. Realizadas medidas de suporte com melhora do quadro hemodinâmico e persistência de êmese e distensão abdominal, sendo passada SNG e drenagem imediata de 4650 mL de conteúdo de estase. Submetida à TC de abdome com contraste com achado de acentuada distensão líquida do estômago, 1ª e 2ª porções do duodeno e afilamento abrupto na 3ª porção em ponto de cruzamento com artéria mesentérica superior, sendo o ângulo aortomesentérico mais agudo que habitual (ângulo estimado de 15º - VR: 38º a 65º), além de aspecto contraído difuso de segmentos intestinais à jusante e leito esplênico sem sinais de ressangramento. Longilínea, com peso habitual de 40,0 kg e perda de aproximadamente 5,0 kg (12,5%) durante hospitalização e diagnóstico de desnutrição moderada pelo serviço de nutrição. Após serem descartadas causas metabólicas como etiologia, optou-se por mantê-la com SNG aberta, em dieta zero VO, nutrição parenteral total e otimização de suporte calórico e balanço hidroeletrolítico, com seguimento em conjunto com equipe de terapia nutricional. Além de alternância criteriosa de decúbito e intensificação de deambulação, com monitorização diária de peso. Apresentou redução paulatina da sintomatologia, sendo retirada sonda e iniciada dieta no 23º DPO, com progressão diária de dieta por via oral e ganho de 3,0 kg no período de internação. Recebeu alta hospitalar após controle infeccioso, com último retorno realizado após 10 meses do diagnóstico, mantendo boa qualidade de vida, sem alteração dos hábitos cotidianos e peso atual de 42,0kg. CONCLUSÃO Nossa paciente apresentou evolução favorável com medidas de suporte clínico em trabalho de equipe multiprofissional. Para tal, observa-se a importância da boa relação entre a equipe assistente e o conhecimento e suspeição deste diagnóstico, principalmente, em pacientes emagrecidos em repouso prolongado no leito com obstrução intestinal alta.

PALAVRAS-CHAVES: Obstrução intestinal | Politrauma | Síndrome da artéria mesentérica superior

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1612

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA ÊNTERO-COLÔNICA NO CONTEXTO DO TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DE TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL ALVES CARVALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), FABIO GONTIJO RODRIGUES (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), DAFNE MARIA VILLAR GONÇALVES (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), MARCOS LANNA BICALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), LARISSA AMARAL CARREGAL (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK)

RESUMO: RELATO DO CASO: Paciente de 21 anos sem comorbidades, história de colisão automóvel x objeto fixo em alta velocidade há 6 meses, com trauma abdominal contuso. Na fase aguda do trauma foi realizado propedêutica abdominal em que revelou líquido livre na cavidade em pequena quantidade, com lesão hepática grau I e espessamento do mesossigmóide, sem pneumoperitônio ou extravasamento de contraste. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar sem necessidade de intervenção cirúrgica. Apresentou crises de dor tipo cólica e diarreia aquosa após 2 meses do trauma, apresentando cerca de 5 ou 6 evacuações diárias. Em seguimento ambulatorial, foi submetido a colonoscopia, que demonstrou dois orifícios de trajeto fistuloso no reto alto e sigmoide, com drenagem de secreção turva. Enema opaco revelou presença de fístula enterocolônica, com contrastação de alças de delgado. Optado por tratamento cirúrgico. À laparotomia, revelados dois trajetos fistulosos, entre o retossigmoide e íleo terminal. Realizada enterectomia segmentar de íleo terminal e retossigmoidectomia com anastomoses primárias. Apresentou boa evolução clínica e recebeu alta no 5º dia de pós-operatório. Em seguimento ambulatorial, relatou remissão completa dos sintomas prévios com melhora da qualidade de vida. **CONCLUSÃO** Trata-se de um caso incomum de fístula digestiva interna, após trauma abdominal contuso, em que a fisiopatologia se explica pela desvascularização do sigmoide, com perfuração e tamponamento da lesão pelo íleo terminal. A ciência da possibilidade de ocorrência de fístulas traumáticas mesmo na ausência de cirurgia permite suspeição e diagnóstico precoce, bem como indicação de tratamento, a ser guiado baseado em suas características e fatores individuais do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: fístulas digestivas | trauma abdominal contuso | tratamento não operatório no trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1634

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso : Hernia Diafragmática Traumática

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OCTAVIO ANTONIO A. DA COSTA FILHO (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA), RAFAELLY DE FÁTIMA BIUHNA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA), HENRIQUE BRAMBILLA DE LUCCA (HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO DE CURITIBA), ALISSON LUAN DION RODRIGUES DOS SANTOS (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA), FLAVIA COSTA RORIZ ARRUDA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA)

RESUMO: INTRODUÇÃO A hernia diafragmática traumática (HDT) trata-se de uma patologia na qual estruturas originariamente abdominais invadem cavidade torácica por meio de uma abertura secundária a um trauma. Sua ocorrência é incomum com incidência de 0,8 a 5,8%, contudo o grau de morbi mortalidade é alto. Atrelado a isso, o diagnóstico comumente demora a ser firmado. As lesões mais frequentes, associadas ao quadro costumam ocorrer em baço, fígado e pelve. Com relação a etiologia, em 75 % dos casos, observam-se traumas contusos associados. Quanto ao predomínio das lesões, em 70% dos casos observam-se lesão à esquerda, mais especificamente em região postero lateral, haja vista maior fraqueza embrionária neste local. O tratamento se dá pela redução do conteúdo herniado tipicamente através de laparotomia, embora, em alguns casos, a toracotomia possa ser empregada. **RELATO DE CASO** Paciente sexo masculino, 44 anos, vítima de colisão lateral esquerda moto x auto. Paciente chega via Samu estável hemodinamicamente, porém queixando-se de dor torácica excruciante. Ao exame físico diminuição de murmúrio vesicular a esquerda e dor intensa a palpação abdominal. Paciente saturando 92%. Suspeitado de hemopneumotorax primariamente, paciente submetido a toracodrenagem fechada a esquerda. Sem melhora do quadro algico mesmo após administração de opióide. Tendo em vista manutenção da estabilidade hemodinamica optou-se por realizar tomografia computadorizada de toraxe abdome. Exame evidenciou hernia diafragmática traumática a esquerda com herniação de conteúdo abdominal para hemitorax correspondente, pneumoperitônio, lesão esplênica grau 2 e fratura/luxação de articulação coxo femoral esquerda. Paciente levado ao centro cirúrgico e submetido a Laparotomia na qual foram reposicionadas estruturas abdominais, sem lesões, e realizada frenorrafia póstero lateral com fio de eprolene 0. Paciente evoluiu bem clinicamente, sendo abordada posteriormente a correção de fratura em região coxo femoral esquerda. **CONCLUSÃO** HDT constitui uma patologia de elevado nível de morbi mortalidade, por esse motivo torna-se necessário um elevado nível de vigilância clínica e suspeita para que estas lesões não passem despercebidas no paciente politraumatizado na emergência ou mesmo nos casos mais tardios. Em casos de dúvida diagnóstica, exames complementares de imagem como raio x e tomografias podem ser perfeitamente solicitados, desde que a hemodinâmica do paciente permita, como foi o do caso relatado.

PALAVRAS-CHAVES: hernia diafragmática traumática | hernia diafragmática | trauma contuso toracoabdominal

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1679

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA PEDIÁTRICO SOB CUIDADOS ADULTOS: ABORDAGEM E PROGNÓSTICO ENTRE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE DIFERENTE ENFOQUE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARINA FANELLI LUCHIARI MILANI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), GABRIELLA LUCATO ZUNTA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), LUCAS PUGLIESI SMIRNE GOI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ANA CAROLINA TRENTINI IZAR (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANIEL DE CASTILHO DA SILVA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Objetivo: O trauma permanece como a principal causa de morte e incapacidade nos pacientes pediátricos. As particularidades no mecanismo de trauma e na abordagem pós-injúria são fatores que contribuem para tais taxas. Além dos danos físicos, os traumas provocam um desarranjo familiar, distúrbios emocionais, comportamentais e financeiros. Este trabalho visa explicar os pontos diversos e as similaridades entre o trauma pediátrico assistido em serviços voltados para o público pediátrico em comparação a serviços sem tal enfoque e que não possuem cirurgias pediátricas (cuidados adultos de média a alta complexidade). Método: Revisão da literatura em artigos publicados no PubMed e Scielo. Resultados: Em comparação com os adultos, as crianças apresentam maior frequência de lesões multissistêmicas. Isto decorre por: maior absorção de energia por unidade de área; tecido adiposo é exíguo; tecido conjuntivo tem menor elasticidade; órgãos são mais próximos entre si; e vias aéreas mais estreitas. Mesmo utilizando o mesmo protocolo e sequência de atendimento do Advanced Trauma Life Support (ATLS) para o atendimento inicial dos politraumatizados pediátrico e adultos, quando as particularidades infantis são abordadas por serviços de média e alta complexidade voltados para um público adulto e no qual não há disponibilidade de cirurgias pediátricas, o trauma acaba tornando-se ainda mais oneroso por implicar em um maior tempo de internação e com mais procedimentos invasivos realizados após a primeira abordagem. Em contrapartida, a literatura mostra um mesmo resultado entre as taxas de mortalidade pediátrica pós-trauma entre todos os serviços. Conclusões: O principal impacto a ser abordado no trauma pediátrico é o período entre a injúria e sua resolução, seja ela a alta hospitalar ou o óbito, por tratar-se de um período de diferentes abordagens que podem implicar em uma recuperação mais rápida e menos invasiva quando feitas por especialistas, evidenciando a importância do atendimento voltado ao público infantil.

PALAVRAS-CHAVES: Traumatologia | Pediatria | Suporte Avançado de Vida no Trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1715

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: UMA ANÁLISE TEMPORAL ENTRE O ATENDIMENTO INICIAL E A CONDUTA NOS PACIENTES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANILO GOIS SOUZA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA), JOSE VALMIR MOURA JUNIOR (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), SANDRO RODRIGO VALE DE SOUZA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Agentes mecânicos, químicos e elétricos produzem ações intensas no abdômen que resultam em sofrimento, caracterizando o trauma abdominal, fechado ou aberto. Anualmente, elevam-se as estatísticas de trauma no Brasil e no mundo, aumentando progressivamente os gastos do sistema de saúde, e metade das mortes poderia ser evitada. O tipo fechado é causado geralmente por impacto direto de grande energia em acidentes automobilísticos, quedas e atropelamentos, e a gravidade das lesões depende da intensidade de acometimento dos órgãos abdominais e também de outras estruturas importantes, como o tórax e o crânio. A rapidez no atendimento é fundamental para um desfecho favorável para os pacientes. OBJETIVO: Este trabalho tem como objetivo analisar o tempo entre o atendimento inicial e a conduta tomada para pacientes com trauma abdominal fechado atendidos na emergência de um hospital de referência da região norte do estado do Ceará. MÉTODO: Os dados foram coletados através da análise de 300 prontuários baseada em um questionário semi-estruturado abordando o tempo decorrido desde o atendimento inicial ao paciente até a tomada de uma conduta. A amostra foi determinada pelos dados obtidos no sistema de gerenciamento de informações do referido hospital no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014, tratando-se, portanto, de um estudo retrospectivo. O acesso aos dados foi permitido mediante consentimento do hospital por meio de Termo de Fiel Depositário e aprovação pelo Comitê de Ética da universidade local. RESULTADOS: Em 26% dos casos, foi inferior a uma hora; em 57% das ocorrências, o tempo decorrido foi superior a uma e inferior a seis horas; em 7% dos casos, foi superior a seis e inferior a doze horas; e em 10%, foi superior a doze horas. CONCLUSÃO: Considerando o tempo como fator determinante na recuperação do paciente traumatizado, no que se refere à perda sanguínea, danos a órgãos vitais e presença de seqüelas, observa-se que é necessário otimizar o atendimento e intercurso para a decisão sobre qual conduta tomar, visando o restabelecimento das condições vitais do paciente com o mínimo de prejuízo para sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma | Abdominal | fechado

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1716

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL ETIOLÓGICO E CONDUTAS ADOTADAS EM PACIENTES COM TRAUMA ABDOMINAIS FECHADOS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE VALMIR MOURA JUNIOR (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), SANDRO RODRIGO VALE DE SOUZA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), DANILO GOIS SOUZA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O trauma abdominal é o sofrimento que resulta de uma ação súbita e violenta exercida contra o abdômen por diversos agentes e cuja incidência vem aumentando progressivamente. Divide-se em trauma abdominal do tipo fechado e do tipo aberto. O trauma abdominal fechado (TAF) ocorre devido à aplicação de uma energia cinética intensa, impacto direto ou desaceleração ou projeção. A gravidade do traumatismo é determinada pela lesão de órgãos ou estruturas vitais do abdômen, principalmente associada a lesões de tórax e crânio. Sendo assim, a etiologia do trauma influencia o tipo de lesão que acometerá a região abdominal, que por sua vez determina a conduta. OBJETIVO: Este trabalho visa determinar as características do perfil etiológico dos TAFs, identificar a incidência dos órgãos mais acometidos e lesões viscerais associadas e avaliar as condutas adotadas em pacientes atendidos em um hospital de referência do interior do nordeste brasileiro. MÉTODO: Os dados foram coletados através da análise de 357 prontuários baseada em um questionário semi-estruturado abordando perfil etiológico, incidência de lesões viscerais e condutas adotadas. A amostra foi determinada pelos dados obtidos no sistema de gerenciamento de internação do referido hospital no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014, tratando-se, portanto, de um estudo retrospectivo. O acesso aos dados foi permitido mediante consentimento do hospital por meio de Termo de Fiel Depositário e aprovação pelo Comitê de Ética da universidade local. RESULTADOS: No quesito etiologia, o item acidente automobilístico esteve presente em 202 casos (56,6%), seguido de atropelamento em 101 casos (28,3%) e de outras causas em 54 ocorrências (15,1%); no quesito presença e tipo de lesão visceral, houve presença em 319 casos (89,3%), principalmente de fígado (50,156%), baço (40,752%) e trato gastrointestinal (9,09%); a conduta cirúrgica por laparotomia exploradora foi adotada em 100% dos casos, sendo esplenectomia (37,6%), hepatorrafia (43,88%), enterorrafia (6,26%), drenagem de hematoma (18,88%) e lesão diafragmática (9,40%) as mais comuns.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma | Abdominal | Fechado

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1797

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Politrauma abdominal fechado em uma criança de cinco anos de idade na qual foram detectadas lesões hepática, pancreática, esplênica e renal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIEGO SILVA BESSA (UEMS), GUSTAVO ELIAS CARDOZO NUNES (UEMS), SINTIA SILVA BESSA (UNEMAT)

RESUMO: Introdução:As lesões traumáticas constituem-se na mais importante causa de morte em crianças com mais de um ano de idade em todo o mundo e na segunda principal causa de hospitalização de indivíduos menores de 15 anos de idade (FRANCIOZI,2008). Em comparação com os adultos, as crianças apresentam maior frequência de lesões multissistêmicas. Fato que decorre da escassez do tecido adiposo e da menor elasticidade do tecido conjuntivo, além de os órgãos serem mais próximos entre si (JUNIOR,1999). A grande prevalência de traumatismos abdominais em nosso meio, associado ao grande número de complicações decorrentes de laparotomias não terapêuticas ou negativas, tem colocado em evidência o tratamento conservador, que consiste em tratamento não operatório, em que a clínica é soberana.Objetivo: Relatar um caso de politrauma abdominal fechado em uma criança de cinco anos de idade na qual foram detectadas lesões hepática, pancreática, esplênica e renal através de exame tomográfico computadorizado. O tratamento de escolha foi conservador e a paciente evoluiu para total recuperação.Métodos:Análise do prontuário da paciente durante todo o período de internação hospitalar (29/07/20016-25/08/2016), bem como dos laudos de exames tomográficos, radiográficos e todos os resultados de exames laboratoriais também realizados durante este período.Descrição:O caso foi atendido na santa casa de misericórdia de Anápolis por um cirurgião pediátrico e trata-se de uma menina de cinco anos que sofreu atropelamento por veículo pesado, o que resultou em um politrauma abdominal fechado. A tomografia de abdome mostrou laceração hepática constituindo uma lesão de grau II. Fratura da cauda pancreática (lesão de grau I) e do parênquima esplênico, este último associado a hematoma subcapsular, caracterizando uma lesão de grau II. Rim esquerdo com dimensões reduzidas em relação ao contralateral e sem opacificação pelo meio de contraste sugerindo lesão do pedículo vascular, o que levou à uma avulsão renal esquerda, portanto uma lesão de grau IV. Conclusão:A população pediátrica tem particularidades que a torna distinta da população adulta em relação à epidemiologia e manejo das lesões traumáticas e, mesmo frente a poucos achados ao exame físico se faz necessário atentar-se para o risco de lesões de órgãos internos. Deste modo, os exames de imagem, como tomografia computadorizada, ultrassonografia são indispensáveis para o diagnóstico de tais lesões.

PALAVRAS-CHAVES: Politruama|Lesão pediátrica|Traumatismo abdominal

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1852

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS E MORTALIDADE APÓS TRAUMA ESPLÊNICO CONTUSO. EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL GERAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LETÍCIA MATTIELLO (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES), MARCOS TULIO SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES), ANDRÉ LUIZ PARIZI MELLO (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES), THAIS LINS SOARES LEITE (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA)

RESUMO: Introdução: O Tratamento Não Operatório no trauma esplênico contuso está bem instituído para lesões de I, II e III graus, porém o tratamento de lesões de alto grau ainda possui controvérsias. O objetivo do presente estudo foi avaliar as complicações pós-operatórias e a sobrevida, de acordo com a modalidade de tratamento realizado, além do perfil dos pacientes e mecanismo do trauma. Métodos: Todos os pacientes vítimas de trauma esplênico contuso atendidos na emergência do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, no período de Junho/2014 e Julho/2015 foram acompanhados prospectivamente durante o período de internação e avaliados quanto ao mecanismo do trauma, lesões associadas, grau das lesões, tratamento realizado, complicações, tempo de internação e mortalidade. Resultados: Vinte e quatro pacientes foram incluídos no estudo. A média de idade foi de 33 anos, em sua maioria homens (70.8%). Os mecanismos de trauma mais frequentes foram colisões envolvendo motocicletas (54,16%), seguidos de quedas de nível (20,8%). A maioria dos pacientes apresentou lesões de graus IV e V (54,2%) e a maioria dos pacientes também apresentou lesões associadas, dentre as quais, a mais freqüente, foi o trauma torácico (52,6%). As complicações foram divididas em clínicas e pós-operatórias, sendo que a taxa de complicações global foi de 41,7%. Conclusão: A taxa de complicações foi semelhante entre os pacientes submetidos a tratamento conservador ou tratamento cirúrgico, assim como a mortalidade. A presença de lesões associadas e sepse têm um importante impacto na evolução desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma | Baço | Esplenectomia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1856

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AMPLIAÇÃO DO ARCABOUÇO TORÁCICO PÓS TRAUMA TORÁCICO GRAVE FECHADO COM RESTRIÇÃO PULMONAR UNILATERAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MONIQUE DE OLIVEIRA CERANTO (UNOESTE), MARCOS JOSÉ TARASIEWICH (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA), NATHALIA DE OLIVEIRA WESTPHALEN (PUCPR CAMPUS LONDRINA), HENRIQUE MITSU MATSUDA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA), VIVIANE SOARES ORTIZ (PUCPR CAMPUS LONDRINA), OTÁVIO GOULART FAN (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA)

RESUMO: O trauma torácico resultante de acidentes automobilísticos e laborais, tem aumentado devido a maior potência dos equipamentos. As fraturas costais são comuns, levando a complicações respiratórias, maior tempo de internação e reabilitação. O tratamento convencional é clínico, mas se bem indicado, o cirúrgico pode ser mais efetivo em alguns casos. Paciente vítima de atropelamento por trator apresentou traumatismo torácico grave, com fraturas costais múltiplas e escalonadas, e contusão pulmonar. No hospital referência foi tratado de forma clínica, associando ventilação mecânica, reposição de fluidos, analgesia e sedação. Apresentou choque séptico por foco pulmonar e foi tratado com antibióticos, evoluindo com desconforto respiratório, dor severa, e deformidade da parede torácica à esquerda com redução do tamanho pulmonar observado em estudo de imagens. Foi evidenciado presença de coágulos intrapleurais, contusão pulmonar residual, e laceração pulmonar com fragmento ósseo no parênquima pulmonar. Optado por toracotomia exploradora póstero-lateral esquerda, com realização de coagulectomia, segmentectomia não-anatômica e sutura do segmento lesionado no lobo superior esquerdo. Extraídos os fragmentos ósseos do interior do parênquima pulmonar com lavagem da cavidade, foi proposta ampliação do arcajouço torácico a esquerda associada ao tratamento das fraturas. Para este fim, utilizou-se de placas de aço inox fixadas com parafusos nas extremidades dos arcos costais seguido de pequenas costectomias para retirada de espículas ósseas, e posicionamento de patch de feltro para proteção do pulmão sob os arcos costais fixados. O tamanho da cavidade ampliada foi satisfatório, o que permitiu a limpeza da pleura, revisão de hemostasia e aerostasia, seguido de colocação de dreno anterior e posteriormente, finalizando com síntese da parede torácica. O paciente evoluiu com melhora do padrão respiratório e diminuição da dor, motivando alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial. Nos retornos, apresentou-se oligossintomático e com condições de retomar suas atividades. Embora muitos autores proponham o tratamento cirúrgico em casos de fraturas múltiplas com instabilidade torácica, existe grande dificuldade em padronizar as indicações desta conduta. No caso apresentado, a opção feita foi pelo tratamento cirúrgico, o qual mostrou-se eficaz a medida que permitiu recuperação do paciente e antecipação da alta hospitalar, associado a mínimas complicações e seqüelas.

PALAVRAS-CHAVES: PAREDE TORÁCICA | LESÃO PULMONAR | TÓRAX

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1858

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA TORÁCICO POR GRAMPEADOR: UMA SITUAÇÃO INCOMUM NO TRAUMA PENETRANTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATHALIA DE OLIVEIRA WESTPHALEN (PUCPR CAMPUS LONDRINA), MARCOS JOSÉ TARASIEWICH (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA), MONIQUE DE OLIVEIRA CERANTO (UNOESTE), JOÃO PEDRO HOMSE NETTO (PUCPR CAMPUS LONDRINA)

RESUMO: O trauma é uma das principais causas de morte e sua incidência vem aumentando no mundo inteiro. Dentre os diversos tipos de trauma, o torácico está em ascensão devido ao aumento de transporte automobilístico e da violência urbana. Os homens são os mais acometidos e a mortalidade varia de 4-8%, aumentando para 25% quando algum órgão está envolvido. As lesões torácicas podem ser classificadas em traumas abertos (penetrantes) ou fechados (contusos). O trabalho apresenta a conduta frente a um trauma torácico penetrante. O paciente foi admitido no serviço de referência por trauma torácico acidental por grampeador na região periescapular do hemitórax direito. Apresentava-se em bom estado geral e ao exame radiográfico observou-se a presença de pneumotórax à direita e corpo estranho no ápice do pulmão direito. Em seguida, foi realizada a drenagem de tórax em selo d'água. Na tomografia evidenciou-se a presença de material linear de 5 cm de extensão na parede dorsal à direita, através da porção posterior do 6º arco costal direito com extensão para parênquima pulmonar adjacente. Além disso, foi observada a presença de contusão hemorrágica local e pneumotórax à direita, com dreno posicionado. Paciente evoluiu com febre sendo necessário antibióticoterapia. Após a estabilização hemodinâmica foi realizada a toracotomia exploratória e retirada do corpo estranho. Não foi evidenciada a presença de lesão de estruturas nobres e não houve intercorrências durante o procedimento. Paciente evoluiu de forma estável e teve o dreno retirado após 24 horas sem débito. Recebeu alta hospitalar com retorno ambulatorial e radiografia de controle. Após 6 meses do acidente o paciente apresenta-se sem queixas e com radiografia sem alterações. O atendimento imediato na emergência, desde a admissão até o diagnóstico e conduta terapêutica, foi de grande importância para a evolução satisfatória do paciente. É fundamental que mais casos incomuns de traumas torácicos penetrantes sejam descritos, para que a comunidade médica possa estabelecer um consenso em relação à conduta, a fim de oferecer o melhor tratamento possível aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA|TÓRAX|PNEUMOTÓRAX

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1865

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: POLITRAUMATISMO FACIAL POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PÂMELLA MATTGE LUCHTEMBAG (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), THAIANE FERNANDES PEREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), RUTH CAROLINE CANTANHEDE SALLES ROSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), ILDEFONSO LUIZ DE FEITAS NETO (UPA SANTA CATARINA), DANIELA CAROLINA GABIATTI (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS)

RESUMO: OBJETIVO Relatar o caso de urgência de um paciente politraumatizado por acidente automobilístico, discutindo as hipóteses diagnósticas, bem como as técnicas para tratamento e redução das mesmas de forma a minimizar possíveis sequelas e proporcionar resultados estéticos e funcionais plenos. O tempo decorrido do trauma até o tratamento é de suma importância para se evitar complicações tardias. MÉTODOS Paciente realizou raios-x e tomografia computadorizada de emergência revelando um politraumatismo de face envolvendo fraturas do tipo Le Fort II, Le Fort III e Lanelongue, além da fratura cominutiva do complexo fronto-naso-órbito-etmoidal (FNOE). Paciente foi submetido à cirurgia sob anestesia geral e intubação orotraqueal, cujos acessos de escolha foram o acesso bicoronal e intraoral, com redução das fraturas e estabilização fixa, além da correção das fraturas nasais, reestabelecendo a linha média, proporcionando menor comprometimento do espaço aéreo nasal. RESULTADOS Os acessos cirúrgicos utilizados nesse estudo são indispensáveis pelo grau de complexidade do trauma. A correção das fraturas nasais previne comprometimento do espaço aéreo nasal, além de apresentar resultado estético satisfatório. A melhor forma de tratamento para esse caso é a redução aberta seguida de fixação interna rígida, com suturas do tipo intradérmica seguida de pontos simples, para uma melhor estética. Após trinta dias, o acesso de escolha apresentava cicatriz recoberta por tecido epitelial íntegro. CONCLUSÃO A junção das fraturas do presente relato de caso é um desafio para o cirurgião, visto a complexidade das fraturas e do seu manejo. O correto diagnóstico associado à planejamento e tratamento cirúrgico precoce minimiza as sequelas e proporciona um resultado estético e funcional mais previsível. Nas fraturas cominutivas (FNOE) e Le Fort III, o manejo por acesso bicoronal é de suma importância para alcançar os resultados desejados. A avaliação e tratamento de seio frontal é de extrema importância, pois visa prevenção de possíveis processos patológicos tardios. BIBLIOGRAFIA Vu DD, Tiwana OS. Le Fort III and Le Fort II osteotomies. Atlas Oral Maxillofacial Surg Clin N Am. 2016;24:15-25. Vu DD, Tiwana OS. Le Fort III and Le Fort II osteotomies. Atlas Oral Maxillofacial Surg Clin N Am. 2016;24:15-25. Santos R, Sebastiani AM, Todero SRB, Moraes RF, Costa DJ, Rebelatto NLB, et al. Complicações associadas à osteotomia sagital dos ramos mandibulares. Rev Cir Traumatol Bucomaxillofac. 2012;12(1):77-84.

PALAVRAS-CHAVES: POLITRAUMATISMO | ACESSO | REDUÇÃO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1879

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise do perfil das laparotomias exploradoras secundárias ao trauma realizadas em um hospital público do Distrito Federal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL SABINO CAETANO COSTA (HRC), GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA (HRC), JUHAD EZZEDDINE ABDUL HAK (HRC), ANA CRISTINA PEIXOTO DOS SANTOS NEVES (HRC)

RESUMO: OBJETIVO: Analisar o perfil das laparotomias exploradoras e seus pacientes, secundárias ao trauma, realizadas no Hospital Regional de Ceilândia no ano de 2016 MÉTODOS: Análise dos prontuários de pacientes submetidos a laparotomia exploradora por trauma abdominal no período de 6 de janeiro de 2016 a 06 de dezembro do ano de 2017 RESULTADOS: 91,5% dos pacientes são do sexo masculino, sendo a média de idade 29 anos. Os mecanismos de trauma analisados foram: Perfuração por Arma de Fogo (PAF), Perfuração por Arma Branca (PAB) e Trauma Abdominal Contuso, sendo o mecanismo mais prevalente a PAB com 52,5%, PAF com 36,25% e Contuso com 11,25%. Em uma análise global quanto aos mecanismos, o órgão mais lesado é o intestino delgado, encontrado em 21 casos do estudo. O índice de laparotomias não terapêuticas (brancas) foi de 16,25%, em sua maioria indicadas por PAB. As cirurgias tiveram em média 1 hora e 36 minutos, sendo o procedimento cirúrgico mais realizado a rafia de lesões seguido por enterectomia e nefrectomia. De todos os pacientes 14 (17,5%) foram submetidos à transfusão sanguínea no intraoperatório. A média de tempo de internação hospitalar foi de 9,6 dias. CONCLUSÃO: Os pacientes mais acometidos pelo trauma abdominal se encontravam na segunda década de vida, o mecanismo de lesão mais frequente foi a PAB, o órgão mais lesionado foi o intestino delgado, o tempo cirúrgico foi em média 1 hora e 36 minutos realizando-se comumente apenas rafia de lesões e a média de internação menor que 10 dias. Encontrada correlação positiva entre tempo cirúrgico e tempo de internação, e relação de significância entre tempo de internação e órgão lesado.

PALAVRAS-CHAVES: Laparotomia exploradora | trauma contuso | trauma penetrante

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1897

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA CRÔNICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LETICIA DO VALE REIS (UFT), LUÍSA COELHO MILHOMEM (UFT), CAMILA GOMES (UFT), LUIZ ANTONIO GOMES AMORIM (UFT), FREDDY HERRERA (UFT)

RESUMO: INTRODUÇÃO Em traumas penetrantes na região toraco-abdominal, a estrutura mais frequentemente acometida é o diafragma, podendo ocasionar hérnias traumáticas do diafragma, que podem surgir imediatamente após o acidente ou se desenvolver lentamente ao longo do tempo. Neste tipo de hérnia, vísceras abdominais migram para o tórax e podem permanecer assintomáticas por longos períodos, diagnosticadas ocasionalmente num exame raio x de tórax ou quando ocorrem complicações, como a obstrução intestinal ou o estrangulamento ou encarceramento de vísceras ocas herniadas. RELATO DO CASO Paciente de 32 anos, masculino, no 5º PO de colecistectomia laparotômica, admitido no Hospital Geral de Palmas com queixa de dispneia, dor e distensão abdominal há 2 dias, um dia após alta hospitalar. Realizado colecistectomia devido litíase biliar, sem intercorrências. História prévia de laparotomia exploratória por PAF em transição toraco-abdominal esquerda há sete anos. Ao exame físico na admissão, apresentava abdome hipertimpânico, distendido, dor difusa à palpação e ausculta pulmonar abolida à esquerda. Realizou raio-x de tórax e abdome, que evidenciou presença de alças intestinais com níveis hidroaéreos em hemitórax esquerdo, sendo diagnosticado hérnia diafragmática esquerda e indicada cirurgia de urgência. Realizado toracotomia posterolateral esquerda, encontrado cerca de 40 centímetros de alças de intestino delgado e cólon arroxeadas, sem necrose ou perfuração, pulmão esquerdo parcialmente colabado, múltiplas aderências entre alças, epíplon e pulmão e anel diafragmático com aproximadamente sete centímetros de diâmetro. Procedeu-se a lise das aderências, redução do conteúdo herniado para a cavidade abdominal, pneumorrafia, frenorrafia e posicionado dreno de tórax. O paciente evoluiu com melhora clínica e recebeu alta hospitalar no décimo dia de pós-operatório. CONCLUSÃO O objetivo deste trabalho é fazer o relato de um caso de hérnia diafragmática grau III crônica, pois se desenvolveu lentamente após o trauma provocado por PAF apresentando sintomas no pós operatório de colecistectomia. Os sintomas surgiram em decorrência do encarceramento de alças intestinais. Destacamos aqui a importância do alto nível de suspeita de lesões deste tipo em pacientes com história prévia de ferimento na região toraco-abdominal, direcionando bem o exame físico e exames complementares. Lesões dessa natureza exigem rápida intervenção pois estão associadas a muitas complicações e alta morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA DIAFRAMÁTICA | TRANSIÇÃO TÓRACO ABDOMINAL | TRAUMA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1901

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA DIREITA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA (INSTITUTO VIGOR), RHUAN ANTONIO DE PAULA SILVEIRA E SILVA (HOSPITAL DE BASE DR ARY PINHEIRO), EVERTON GENTIL BELTRAME (HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO), ELIANE DE QUEVEDO (HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO), IBRAHIM MASSUQUETO ANDRADE GOMES DE SOUZA (HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO), THIAGO PATTA DA SILVA (INSTITUTO VIGOR)

RESUMO: IntroduçãoA literatura atual indica que qualquer porção do diafragma pode ser lesado no trauma abdominal contuso grave mas a grande maioria delas (80-90%) ocorre do lado esquerdo. A ruptura traumática do diafragma (RTD) direito é infrequente e está associado a quadros mais graves. Pode conduzir à herniação progressiva do fígado, cujo diagnóstico poderá ser confundido com um diafragma intacto elevado, pode causar atelectasias do pulmão direito e condicionar alterações respiratórias. O diagnóstico clínico é baseado no mecanismo de trauma e a sintomatologia e os achados no exame físico podem ser torácicos ou abdominais. Relato de Caso NPS, sexo masculino, 60 anos, vítima de colisão moto/carro há 45 dias, veio encaminhado de outro serviço, com diagnóstico de hérnia diafragmática direita devido ao trauma. Paciente chegou hemodinamicamente estável, com queixas de dor em hemitórax e hipocôndrio direito e dispneia quando assume posição de decúbito dorsal. Na propedêutica torácica foi encontrado macicez em terço médio e inferior do hemitórax direito, dor na palpação, murmúrio vesicular diminuído e ruídos hidroaéreos audíveis em ambas as regiões. A tomografia computadorizada de tórax mostrou extensa lesão diafragmática direita, com herniação do fígado, antro gástrico, primeira e segunda porção do duodeno e cólon, determinando atelectasia total dos lobos pulmonares inferior e médio e parcial do lobo superior, além de desvio mediastinal para a esquerda, fratura do 2° ao 12° arcos costais e processo transversos de L1 à direita. Foi indicada a toracotomia. Explorado digitalmente o hemitórax direito, evidenciou-se ruptura diafragmática médio lateral direita, presença de vísceras abdominais, lobo direito do fígado, vesícula biliar e ângulo hepático do cólon, múltiplas áreas de aderências e fraturas de arcos costais. Foi realizado lise das aderências, redução das vísceras herniadas, limpeza da cavidade e drenagem dos espaços, rafia do diafragma simples, interrompida, com fio monofilamentar inabsorvível, revisão da expansibilidade pulmonar e rafia do lobo pulmonar inferior direito que durante a lise das aderências na região houve pequeno trauma ocasionando escape aéreo. Não houveram intercorrências no pós-operatório e o paciente recebeu alta após 6 dias. Conclusão A incidência de hérnia diafragmática traumática direita vem aumentando a melhoria e regionalização dos serviços de atendimento aos acidentados trouxe levou a detecção precoce e aumento da sobrevida desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma abdominal | Hérnia diafragmática direita | Tomografia Computadorizada

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1902

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trauma abdominal fechado em paciente com Doença Renal Policística

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA (INSTITUTO VIGOR), MARCO ANTÔNIO CARVALHO GUEDES (HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE PORTO VELHO), JÚLIA CAROLINE AZEVEDO REIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA), THIAGO PATTA DA SILVA (INSTITUTO VIGOR)

RESUMO: IntroduçãoA Doença Renal Policística (DRP) é uma desordem genética (padrão monogênico autossômico dominante ou recessivo) ou adquirida, caracterizada pela expansão progressiva de múltiplas lesões císticas das quais comprometem a função e alteram a estrutura do parênquima renal. Pacientes que passam por diálise peritoneal e hemodiálise podem desenvolver DRP. Geralmente é assintomática, mas poderá apresentar sintomas como infecções do trato urinário, hematúria, dor abdominal e cefaléia, devido à hipertensão, onde a atividade do sistema renina-angiotensina representa um papel crucial na sua regulação. As doenças relacionadas a ela são: aneurisma intracraniano, doença diverticular, anormalidades do tecido conjuntivo, doença cardíaca e trombose de veia cava inferior. A principal causa de morte é por doença cardiovascular. A ultrassonografia é o exame de escolha pelo fato de não necessitar agentes de contraste nem envolver radiação, mas a tomografia computadorizada e a ressonância magnética também podem ser empregadas. Outras possibilidades diagnósticas incluem análises de ligação genética de famílias com histórico da doença e marcadores moleculares. Até o momento não há tratamento específico para a doença.Relato de casoPaciente masculino, 59 anos, com insuficiência renal dialítica devido à DRP e transplante renal agendado. Após trauma evoluiu com infecção do trato urinário e hematúria maciça, sem melhora após administração de ciprofloxacino 500mg/dia durante 7 dias. O laudo do ultrassom confirmou diagnóstico de DRP, relatando rins extremamente aumentados, com suas faces caliciais tangenciando os grandes vasos abdominais, sendo o rim direito com 3 cistos e rim esquerdo com 2 cistos, todos de conteúdo denso, paredes discretamente espessadas e nível em seu interior, o maior medindo 84,2mm e o menor 60,5 mm. Na internação o paciente apresentava-se febril, com queda do estado geral, quadros de hipotensão, distensão abdominal, oligúria e fadiga. Transferido para unidade intensiva sob o uso de amicacina 500mg/dia, cefazolina 2000mg/dia, vancomicina 2g/dia, tazocin 18mg/dia e nausedron 30mg/dia, evoluiu com quadro séptico devido aos abscessos renais e 30 dias depois veio a falecer.ConclusãoA evolução da DRP compreende em crescimento cístico, formação de novos cistos e deterioração da função renal. Pacientes que evoluem com insuficiência renal crônica terminal passam por hemodiálise ou transplante renal e a demora na fila de transplante pode ser fatal.

PALAVRAS-CHAVES: Doença Renal|Ultrassonografia|Trauma abdominal

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1904

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trauma pancreático grave e estratégia de controle de danos: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARINA SIDER MONTE ALEGRE (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO), RAPHAEL HENRIQUE FERREIRA SANTOS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO), ANA CARINA OLIVEIRA GUIRRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO), SAMARA PONTES SOARES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO), JULIANA MAMEDE MIRANDA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO), GUILHERME OLIVEIRA FRANCO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO), VIVIANE VASCONCELOS TAJRA MENDES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO), EDUARDO DE BARROS CORREIA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A lesão pancreática é rara no trauma contuso e em geral é indicada cirurgia para lesões de alto grau (? III), presença de lesões associadas, lesões de ducto pancreático principal, instabilidade hemodinâmica e/ou irritação peritoneal. Este é um relato de caso de trauma pancreático grau V em que foi usada estratégia de controle de danos. RELATO DO CASO: Homem, meia idade, morador de rua, vítima de espancamento, deu entrada no hospital 5 horas após agressão. Avaliado segundo o ATLS: confuso, hipotenso, pulsos finos e extremidades frias, abdome rígido com irritação peritoneal. Tórax sem alterações. ABC score 3 (pressão sistólica

PALAVRAS-CHAVES: controle de danos | trauma pancreático | transfusão maciça

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1920

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA CARÓTIDO-JUGULAR AGUDA APÓS FERIMENTO POR ARMA DE FOGO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DAVID SMANGOSZEWSKI MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), JOÃO ABNER MARINS MUNHOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), CARLOS EMANUEL RODRIGUES DE CASTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), MARIANE CRISTINA SANTANA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), THAÍLA ALVES DOS SANTOS LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), ANA CAROLINA SÁ DE SOUZA CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), EDUARDO DAMASCENO MOTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), ANGELA CLAUDIA PAIXAO SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE)

RESUMO: Introdução: A Fístula Carotídeo-Jugular adquirida é uma entidade rara. Estudos em países em desenvolvimento mostram que as fístulas arteriovenosas de grandes vasos têm incidência de menos de 4% dos traumas cervicais. Frequentemente os traumas cervicais indicam cirurgia de emergência para correção de hemorragias e fístulas. Os sinais clínicos da fístula carotídeo- jugular incluem frêmito, sopro e aumento do volume cervical. Ecodoppler ou Angiotomografia são exames de escolha, quando disponível e paciente estável. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 24 anos, chega ao setor de trauma, vítima de ferimento penetrante por arma de fogo em região cervical esquerda. Ao exame físico não foi observado sangramento ativo da ferida, o local apresentava frêmito à palpação e aumento de volume de toda a região cervical circunvizinha à lesão. Após avaliação clínica criteriosa houve indicação de exploração imediata, descartando a realização de exames complementares no pré-operatório tendo em vista que o paciente encontrava-se em grave hipotensão. Ao encaminhas o paciente ao Centro Cirúrgico onde foi realizada uma exploração cirúrgica via cervicotomia longitudinal com dissecação da artéria carótida e veia jugular. Foram percebidas evidências de aumento de volume da veia, além da comunicação de 0,8 centímetros na porção média de ambas. Durante o procedimento o paciente recebeu duas unidades de plasma e duas unidades de concentrado de hemácias evoluindo para estabilidade hemodinâmica. O procedimento foi seguido pelo isolamento dos vasos com reconstrução da artéria com segmento de tubo de politetrafluoretileno (PTFE) de 7 mm. Foi realizada então a ressecção do segmento venoso lesado e reconstrução primária com anastomose termino-terminal. Após a realização do ato cirúrgico, o paciente evoluiu com melhora clínica e recebeu alta do hospital uma semana após a realização do procedimento, apresentando-se na data da alta com pulso carotídeo 4+, sem déficit neurológico e livre de qualquer outra complicação. Conclusão: As lesões cervicais por arma de fogo são passíveis, muitas vezes, de exploração cirúrgica. Algumas lesões vasculares podem ser encontradas e corrigidas nessas cirurgias. Dentre esses casos, as fístulas arteriovenosas podem surpreender o cirurgião, como as carotídeo-jugulares. A aplicação da técnica correta em tempo hábil, juntamente com o pronto atendimento e estabilização do paciente na sala de trauma são determinantes para o prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Fistula Carótido-Jugular | Arma de Fogo | Trauma cervical aberto

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1951

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil das vítimas de acidentes de trânsito atendidas no serviço de saúde pública em Porto Velho ? RO nos anos de 2015-2016

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA (INSTITUTO VIGOR), HORÁCIO TAMADA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA), CARLOS HENRIQUE DE SANT`ANA BARROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA), JÚLIA CAROLINE AZEVEDO REIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA)

RESUMO: Os acidentes de trânsito são uma das principais causas de trauma e caracterizar o perfil das vítimas de acidentes de trânsito visa demonstrar que as ações de prevenção devem ser ampliadas nos setores da saúde. **Objetivo:** Analisar o perfil das vítimas de acidentes de trânsito (AT) atendidas no Hospital Pronto Socorro João Paulo II (HPSJPII), Hospital de Base (HB) e Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD) em Porto Velho - Rondônia, entre agosto de 2015 e março de 2016. **Método:** Estudo transversal, executado por acadêmicos de medicina nos serviços de saúde, cujo instrumento de pesquisa foi questionário com termo de consentimento/assentimento livre e esclarecido aplicado a todos os indivíduos da amostra. Estudo registrado no CEP sob nº: 1.004.097. **Resultados:** 298 pacientes internados realizaram a pesquisa, 79,1% eram do sexo masculino e 20,9% do sexo feminino, com idade média de 35 anos. A pesquisa no momento do acidente mostrou que 76,1% eram condutores, 14,8% passageiros, 5,4% pedestres e 3,7% ciclistas. A distribuição dos sexos dos pacientes foi: 30 condutores mulheres e 197 homens, 4 ciclistas mulheres e 7 homens, 24 passageiros feminino e 20 homens e 4 pedestres feminino e 12 homens. A motocicleta foi o veículo predominante, correspondendo a 90% da amostra. Os principais tipos de fratura foram: tíbia 21,7%, fêmur 13,8%, fíbula 8,1% e rádio 7%. 42 pacientes relataram trauma crânio encefálico, destes, 34 conduziam motocicleta e 4, carro. 11 pacientes relataram trauma torácico, sendo a perfuração do pulmão (27%) a lesão mais comum, seguida de pneumotórax e derrame pleural, todos eram motociclistas. 8 pacientes referiram trauma abdômen, sendo 7 motociclistas. 10 indivíduos foram submetidos à amputação de membro. **Conclusão:** Apesar do número de pacientes avaliados não ser representativo, concluímos que a frequência de AT atendidos nos hospitais do município é relevante. Ademais, de acordo com BARROS, GRILLO e TAMADA (2017), entre 2001 e 2013 foram registrados 5.810 óbitos por AT. Estes são responsáveis por óbitos precoces, improdutividade e por incapacidade física com grande impacto econômico para o estado, repercutindo em custos diretos para a saúde. Dessa forma, é necessário maior esforço para conscientizar a população e ampliar as discussões sobre essa temática entre os profissionais da saúde. **Referência:** Barros CHS, Grillo VTRS, Tamada H. Prevalência dos acidentes de trânsito no estado de Rondônia, entre 2001 e 2013. J Health Biol Sci. 2017 Jan-Mar;5(1):44-55.

PALAVRAS-CHAVES: Acidentes de trânsito | Trauma | Fratura

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1958

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VIAS DE ACESSO CIRÚRGICO AO TRAUMA CERVICOTORÁCICO FECHADO ASSOCIADO A LESÕES DE VASOS SUBCLÁVIOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ERNANN TENÓRIO DE ALBUQUERQUE FILHO (UNIT), SAYMON FARIAS DE OLIVEIRA (UNIT), LETÍCIA HOLANDA PESSOA DE ALMEIDA (UNIT), LABIBE MANOELA MELO CAVALCANTE (UNIT)

RESUMO: Os traumas cervicotorácicos fechados, associados a lesão de artéria subclávia e axilar, constituem cerca de 1 a 5% dos traumas vasculares, ocorrendo acometimento simultâneo de veia subclávia em 20% dos casos. A baixa frequência, experiência clínica restrita, proteção anatômica e dificuldade de acesso a topografia, levam a um diagnóstico de difícil e uma complexa abordagem; apresentando taxa de mortalidade entre 5 a 30%. Assim a escolha da via de acesso cirúrgico dependerá do antímero lesionado: em vasos subclávios à direita, uma esternotomia com extensão cervical anterior direita e ou uma incisão supraclavicular direita devem ser consideradas como via principal. Entretanto a toracotomia ântero lateral alta no 3º espaço intercostal esquerdo, reserva-se preferencialmente para os vasos esquerda, segunda a literatura. Nas situações de lesão de 3º porção da artéria subclávia, sugere-se a incisão supraclavicular, podendo se retirar a clavícula com algum grau de morbidade pós-operatória. Paciente, masculino, 18 anos, vítima de acidente automobilístico, chega com trauma cervicotorácico fechado, associado a hemotórax à direita e sinais de trauma traqueal e enfisema subcutâneo. Realizada cervicotomia exploradora com intervenção da cirurgia geral, o serviço da cirurgia vascular, efetuou prolongamento da cervicotomia exploradora, em direção à fossa supraclavicular ipsilateral. Observou-se lesão contusa em terço distal da fossa supraclavicular direita, em território de transição subclávia-axilar. Após hemostasia, realizada contra-abertura na face anterior-superior proximal da transição da artéria subclávia-axilar ipsilateral para passagem de cateter de Fogarty 4F, com identificação de lesão transfixante da parede posterior da mesma transição. Realizado tratamento da lesão, através de arteriotomia distal e proximal do segmento lesionado e interposição de patch de safena invertido. Uma adequada abordagem cirúrgica traz grande diferença na resolução desse tipo de trauma vascular, sendo a incisão supraclavicular com luxação da clavícula uma boa opção, podendo ser suficiente para a abordagem da lesão. A extensão da lesão vai definir o meio de reparo vascular.

PALAVRAS-CHAVES: trauma vascular | acesso aos vasos subclávios | artéria subclávia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1987

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EVISCERAÇÃO ESPLÊNICA TRAUMÁTICA ATRAVÉS DA PAREDE TORÁCICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO PORCIÚNCULA JACOBUCCI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS), MARIO CARLOS FARIA RAFFAELLI (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO)

RESUMO: Introdução: Relato de caso de paciente regulada de hospital primário para atendimento no serviço de cirurgia de trauma do Hospital do Subúrbio, vítima de queda sobre vaso sanitário, apresentando ferimento em região toracoabdominal esquerda com evisceração esplênica através da parede torácica. Relato de Caso Paciente feminina, 32 anos, sem passado cirúrgico, vítima de trauma cortocontuso em transição toracoabdominal à esquerda por ferimento devido à queda sobre vaso sanitário. Admitida no pronto-socorro da unidade oriunda de serviço primário no interior do estado e encaminhada para hospital terciário. Na admissão apresentava-se Glasgow 15; taquicárdica, taquipnéica, hipocorada, com presença de ferimento em transição toracoabdominal à esquerda de aproximadamente 20,0 cm apresentando evisceração esplênica e omento. Em uso de acesso venoso em membros superiores e sonda vesical com diurese clara. Associado apresentava lesões cortocontusas em região isquiática esquerda e de coxa direita de aproximadamente 4cm. Imediatamente conduzida ao centro cirúrgico. Ao inventário presença de fraturas do 9º, 10º e 11º arcos costais, duas lesões diafragmáticas de aproximadamente 5,0 cm e 8,0 cm com evisceração do conteúdo intra-abdominal, baço e omento. Baço com laceração de aproximadamente 4,0cm (AAST Grau III), sem sangramento ativo. Evidenciada ainda lesão pericárdica de aproximadamente 0,5cm de diâmetro. Pulmão esquerdo sem lesões. Reduzido conteúdo abdominal. Realizado reparo simples das lesões diafragmáticas e pericárdica. Realizada laparotomia para lavagem da cavidade abdominal e devido a sangramento esplênico não controlado realizada esplenectomia. Fez uso de 02 unidades de concentrado de hemácias, e noradrenalina em baixas doses. Foi extubada ainda no centro cirúrgico e encaminhada a unidade de tratamento intensivo já sem o uso de drogas vasoativas. Recebeu alta para unidade aberta na manhã seguinte, em boas condições clínicas. Retirado dreno torácico 3 dias após o trauma, recebendo alta hospitalar no quarto dia de internação. Conclusão A maioria dos casos de evisceração encontrados no trauma são decorrentes de lesões penetrantes abdominais que geralmente requerem laparotomia. Há poucos relatos na literatura de eviscerações esplênicas, não encontrado nenhum relato de evisceração esplênica por ferimento torácico e diafragmático. Relatamos caso raro de evisceração esplênica através de parede torácica.

PALAVRAS-CHAVES: Evisceração Esplênica | Evisceração Torácica | Evisceração Traumática

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1999

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DESAFIOS ENFRENTADOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JADER TAVARES DE MENDONÇA FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ANDRÉ LUIZ SANTOS DE MORAES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ISABELLE MARIA DE OLIVEIRA GOMES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MATHEUS OLIVEIRA FERREIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), RURICK CHUMACERO VANDERLEI (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOÃO FELIPE DA LUZ NETO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GUSTAVO JOSÉ CARVALHO DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LORENNNA DE SOUSA FONTENELE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Objetivos: O presente trabalho tem como objetivo ressaltar os principais desafios encontrados pela equipe de saúde no atendimento do politraumatizado afim de delinear estratégias para melhora de tal atendimento e para diminuição da alta taxa de mortalidade em traumas. Material e Métodos: Este trabalho realizou uma revisão de publicações científicas dos últimos dez anos sobre os desafios no atendimento intra- hospitalar de politraumatizados. A pesquisa foi feita por artigos obtidos nas bases Medline/PubMed e Scielo. Este é um estudo qualitativo do tipo revisão de literatura. Resultados e Discussão: O traumatismo é uma das principais causas de mortes no país. Um dos principais desafios enfrentados pela equipe de saúde no atendimento no politraumatizado é o volume considerável de ocorrências, muitas das quais não são urgentes e que poderiam ser atendidas em estruturas de menos complexidade, diminuindo a superlotação dos centros de urgência. A média da mortalidade de poli traumatizados que poderia ter sido evitada por melhor desempenho da equipe de saúde encontrada nos estudos foi de 10,7%. Além disso, as não conformidades entre ações de profissionais da saúde com diretrizes internacionais de atendimento mais comumente relatadas nas publicações foram sistema inadequado de atendimento ao traumatizado e erro na avaliação e tratamento. Alguns desses principais erros são: Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico; falta de reposição de potássio; demora ou não indicação de corticosteroides; uso de sedativos; falta de suplementação de oxigênio; alta precoce do pronto-socorro ou hospital; uso incorreto de medicações; entregar a receita sem o total entendimento do uso da medicação. Conclusão: É necessária maior atenção à qualificação dos profissionais de saúde, uma vez que é notável que o desempenho destes pode ser melhorado. Além disso, mais verbas devem ser destinadas a centros de tratamento de urgência e emergência, pois a espera ocasionada pela superlotação é muitas vezes fatal. Bibliografia: SALLUM, Ana Maria Calil; SANTOS, Jair Lício Ferreira dos; LIMA, Fernão Dias de. Nursing diagnoses in trauma victims with fatal outcomes in the emergency scenario. Revista latino-americana de enfermagem, v. 20, n. 1, p. 3-10, 2012.; CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa et al. TECNOLOGIAS DO CUIDADO UTILIZADAS PELA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. Cogitare Enfermagem, v. 20, n. 4, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Urgência | Emergência | Traumas

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2006

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE TRAUMAS ARTERIAIS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JADER TAVARES DE MENDONÇA FILHO (FAMENE), ANDRÉ LUIZ SANTOS DE MORAES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), RURICK CHUMACERO VANDERLEI (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MATHEUS OLIVEIRA FERREIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GUSTAVO JOSÉ CARVALHO DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOÃO FELIPE DA LUZ NETO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ISABELLE MARIA DE OLIVEIRA GOMES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LORENNNA DE SOUSA FONTENELE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Objetivos: Verificar a eficácia de cirurgias endovasculares no tratamento de traumas vasculares. Metodologia: Trabalho de abordagem qualitativa, do tipo documental e aspecto descritivo, baseado na análise de artigos obtidos através da base de dados virtuais Scielo, selecionados a partir dos descritores Trauma vascular e Cirurgia endovascular. Resultados: O cuidado com o paciente vítima de trauma arterial deve começar no local onde ocorreu o incidente, sendo fundamentais o conhecimento do tempo em que ocorreu e lesão e o rápido transporte do paciente ao centro de atendimento para um melhor manejo do paciente e conseqüentemente um melhor prognóstico. A cirurgia endovascular se destaca como um modo de tratamento para as lesões arteriais por permitir a correção lesões agudas ou crônicas, evitando, assim, uma cirurgia na maioria das vezes difícil, em local onde há alteração das estruturas anatômicas e sangramento intenso. Além disso, injúrias traumáticas das artérias de grande calibre podem ser corrigidas com alta eficácia, em muitos casos por meio de técnicas endovasculares. Esses procedimentos são particularmente atraentes no trauma fechado, especialmente nas regiões entre o tronco e as extremidades, onde o controle do fluxo vascular proximal é difícil. Conclusão: Dessa maneira, se faz fundamental a realização de pesquisas para o aprimoramento das técnicas de cirurgias endovasculares, bem como uma melhor adequação para os centros de atendimento às vítimas de traumas arteriais, para que esses possam desfrutar de um tratamento minimamente invasivo e, conseqüentemente, um melhor prognóstico. Bibliografia: MANZATO, Luciano et al. Endovascular treatment of a linguofacial trunk pseudoaneurysm after tonsillectomy. Brazilian journal of otorhinolaryngology, v. 79, n. 4, p. 524-524, 2013.; CAVALCANTE, Leonardo Pessoa et al. Endovascular treatment of late post-traumatic aorto-caval fistula: case report. Jornal Vascular Brasileiro, v. 12, n. 1, p. 75-80, 2013.; JALDIN, Rodrigo Gibin et al. Treatment of an iatrogenic subclavian artery pseudoaneurysm near vertebral artery branch: endovascular approach or open surgery?. Jornal Vascular Brasileiro, v. 12, n. 3, p. 237-242, 2013.; LICHTENFELS, Eduardo et al. Endovascular treatment of iatrogenic penetrating trauma of the carotid artery: case report. Jornal Vascular Brasileiro, v. 13, n. 2, p. 155-158, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma vascular | Cirurgia endovascular | Técnica cirúrgica

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2066

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Avaliação da mortalidade por acidentes automobilísticos no estado de Sergipe

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCUS FELIPE GONÇALVES FEITOSA (FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), YANNE VIANA SOUZA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), ANDRÉA CAMILLA LIMA SANTOS (HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL), VINÍCIUS ALBERTO NASCIMENTO DE BRITO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA GOMES MOURA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), MÁRCIO COUTO GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), MÁRCIO MAXI DE ARAÚJO LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE)

RESUMO: Introdução: segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente os acidentes de transporte terrestre são responsáveis pela morte de aproximadamente 1,2 milhão de pessoas e por causar ferimentos em outras 50 milhões em todo o mundo, tornando-se atualmente a 8ª causa global de óbitos e a 1ª na faixa etária entre 15 e 29 anos. Embora sejam mais seguros do que outros meios de transporte como as motocicletas e bicicletas, os automóveis também são frequentemente envolvidos em acidentes com mortes. O maior fator de risco para os ocupantes de veículos é o não uso do cinto de segurança. Este reduz a chance de óbito em passageiros nos bancos dianteiros em até 50% e em 75% nos traseiros. Objetivo: traçar o perfil demográfico e a análise espacial de mortalidade de ocupantes de automóveis vítimas de acidentes de trânsito no estado de Sergipe. Método: estudo ecológico, prospectivo, realizado mediante avaliação dos laudos cadavéricos, atestados de óbito e dos boletins de ocorrência no Instituto Médico Legal de Sergipe, no período de abril de 2014 a março de 2015. Resultados: ocorreram 512 óbitos por acidentes de trânsito, dos quais 86 (16,8%) envolveram condutores e passageiros de carros e caminhonetes. As colisões entre carros e caminhões (30,2%) e os capotamentos de carros (27,9%) foram os mecanismos de trauma mais frequentes. Na zona rural ocorreram 86% dos fatos e o dia da semana com maior prevalência dos eventos foi o domingo (31,4%). A noite foi período do dia com mais ocorrências (35,3%) e o tempo seco prevaleceu no momento dos acidentes. O Leste Sergipano apresentou a maior prevalência em números absolutos (53,4%). A principal causa mortis foi o traumatismo cranioencefálico (50%), seguido pelo choque hipovolêmico (17,4%). O gênero masculino (73,3%), a cor parda (76,7%), a faixa etária entre 20 e 29 anos (27,9%), os solteiros (54,7%), os que possuíam o ensino fundamental II (31,4%) e as ocupações de estudante (16,3%) e lavrador (15,1%) predominaram entre os óbitos. Conclusões: Em Sergipe, as vítimas fatais por acidentes automobilísticos foram, principalmente, indivíduos do gênero masculino, solteiros, em idade produtiva e ocorreram predominantemente na zona rural. O traumatismo cranioencefálico foi a principal causa de morte evolvida.

PALAVRAS-CHAVES: Mortalidade|Acidentes de trânsito|Automóveis

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2090

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VIAS DE ACESSO NAS LESÕES DOS VASOS SUBCLÁVIOS: QUANDO E COMO?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANNA LUIZA PORTELA TARGINO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ADRIANO DIAS TRAJANO (CIRURGIÃO GERAL. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP. MEMBRO ADJUNTO DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES), FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JENNYFER KELLEN LÁZARO DA ROCHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), REUDO HELENO AMORIM PEREIRA FILHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), RAQUEL UCHOA DOS ANJOS DE ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GABRIELA DA SILVA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: OBJETIVO: O objetivo deste trabalho foi realizar uma pesquisa sistemática sobre as opções de acesso cirúrgico nas lesões dos vasos subclávios. MÉTODOS: Foi realizada uma revisão sistemática considerando como fontes bibliográficas, artigos de periódicos científicos nas bases de dados PubMed, Scielo e Medline, publicados no período de 2012 a 2016. Foram utilizados os seguintes descritores ?lesão vascular?, ?vasos subclávios? e ?trauma?. Os critérios de inclusão foram os artigos que abordavam as vias de acesso cirúrgico das lesões. RESULTADOS: Foram encontrados 42 artigos, dos quais seis (14,6% do total) foram selecionados. A maioria dos artigos considerava que para as lesões dos vasos subclávios à direita, uma esternotomia com extensão cervical anterior direita ou uma incisão supraclavicular direita proporcionava a melhor via de acesso. Para as lesões da subclávia esquerda, a melhor incisão seria uma toracotomia ântero-lateral alta no 3º espaço intercostal esquerdo combinada com incisão supraclavicular. Um artigo considerava a toracotomia em livro aberto, ou seja, uma toracotomia ântero-lateral com esternotomia mediana e extensão supraclavicular esquerda. Também que a cervicotomia com incisão supraclavicular dá excelente exposição dos vasos subclávios à esquerda. Outro artigo mostrou que para doentes hemodinamicamente instáveis fazia-se uma toracotomia anterolateral esquerda transclavicular em lesões à esquerda. CONCLUSÃO: O acesso às lesões dos vasos subclávios depende da estabilidade hemodinâmica do paciente. Para as lesões dos vasos subclávios à direita, uma esternotomia com extensão cervical anterior direita ou uma incisão supraclavicular direita é a melhor opção. Para as lesões à esquerda, a melhor opção seria a incisão em livro aberto.

PALAVRAS-CHAVES: Lesão vascular|vasos subclavios|Trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2101

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Radiografia ou Tomografia Computadorizada na abordagem do paciente no trauma

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), NATHÁLIA DIÓGENES FERNANDES (UNIVERSIDADE POTIGUAR), AMÁLIA CÍNTHIA MENESES RÊGO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), IRAMI ARAUJO FILHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), TÂMARA RAQUEL LIRA FERNANDES (UNIVERSIDADE POTIGUAR), JULIANY MEDEIROS SANTOS (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MARCUS VINICIUS CARNEIRO TORRES DE PAULA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Objetivos: O estudo tem como objetivo determinar dentre os métodos de diagnóstico por imagem, Radiografia ou Tomografia Computadorizada (TC), qual apresenta melhor indicação na avaliação de paciente vítima de trauma torácico. Métodos: Trata-se de uma busca bibliográfica nas bases de dados eletrônicas, PubMed e Scopus, para obtenção de artigos sobre o tema. Foram incluídos trabalhos em inglês, desenvolvidos nos últimos 15 anos. Além disso, foram adicionados trabalhos obtidos por meio de busca manual em listas de referências dos artigos selecionados. Resultados: A Radiografia de tórax é o primeiro método de imagem utilizado para a investigação de pacientes vítimas de trauma torácico constituindo-se como importante ferramenta de avaliação, uma vez que pode ser realizado em pacientes em condições críticas e fornece informação rápida. No entanto, a TC de tórax vem aumentando sua importância devido maior sensibilidade na identificação de condições traumáticas ocultas potencialmente fatais, como lesão vasculares. Apesar disso, tem-se demonstrado que a TC é improvável de detectar lesões significativas em pacientes hemodinamicamente estáveis com exame físico normal, devendo sua escolha ser baseada em alterações na radiografia de tórax e suspeição clínica, levando-se em consideração o mecanismo do trauma. Além disso, as lesões ocultas detectadas não resultam em significância clínica ou mudança no manejo dos pacientes. Foi demonstrado que achados ocultos na TC de tórax em pacientes com radiografia de tórax normal na admissão foram mais comuns em pacientes com um ou mais fatores de risco, como idade > 30 anos, sexo feminino, pressão sistólica > 90mmHg e Glasgow < 12, sugerindo que sua indicação deve ser cautelosa. Outrossim, a realização indiscriminada de TC está associada a exposição a radiação ionizante, nefropatia, maior tempo de internação hospitalar e maiores custos em cuidados de saúde. Conclusão: A radiografia de tórax constitui-se como exame de imagem mais indicado na avaliação de pacientes vítimas de trauma torácico, devido sua maior rapidez e menor associação com complicações. Referências: KEA, Bory et al. What is the clinical significance of chest CT when the chest x-ray result is normal in patients with blunt trauma? The American Journal Of Emergency Medicine, [s.l.], v. 31, n. 8, p.1268-1273, ago. 2013. Elsevier. RODRIGUEZ, Robert M. et al. NEXUS Chest. Jama Surgery, [s.l.], v. 148, n. 10, p.940-946, 1 out. 2013. American Medical Association.

PALAVRAS-CHAVES: tomografia computadorizada | radiografia | trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2108

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Toracotomia abreviada: é possível? Quais as indicações?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), TÂMARA RAQUEL LIRA FERNANDES (UNIVERSIDADE POTIGUAR), RIELLY DE SOUSA E SILVA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), AMÁLIA CÍNTIA MENESES RÊGO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), IRAMI ARAUJO FILHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), SARAH HULLIANE FREITAS PINHEIRO DE PAIVA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), BÁRBARA NARCISO DUARTE (UNIVERSIDADE POTIGUAR), CLEANTO HENRIQUE MEDEIROS DE SOUSA TÔRRES (UNIVERSIDADE POTIGUAR)

RESUMO: Objetivo: Este trabalho tem como objetivo avaliar a possibilidade da realização da cirurgia de controle de danos no tórax, assim como suas indicações. Métodos: Foi feita uma revisão de literatura nos bancos de dados PubMed, MEDLINE, SCIELO e UpToDate, com os seguintes limites de busca: "chest damage control surgery or thorax damage control surgery", no título, resumo ou assunto, nos últimos onze anos (2006-2016), em inglês, português ou espanhol, totalizando 3 artigos selecionados. Resultados: A cirurgia de controle de danos inicialmente usada apenas para abdome, atualmente é utilizada para todos os outros campos de trauma, sejam eles abdominais, vasculares, de extremidades ou torácicos, sendo esta também chamada de toracotomia abreviada ou fechamento temporário do tórax. Ainda não existe consenso absoluto sobre a realização ou não da cirurgia de controle de danos no tórax, mas existem vários artigos mostrando redução da mortalidade tanto no trauma contuso quanto no penetrante de 59% para 36%, desde que seja feita sob determinadas indicações: dano fisiológico grave, como hipotermia, acidemia, coagulopatia clínica ou laboratorial ou choque persistente; hemorragia incontrolável por métodos convencionais; necessidade de grande volume para ressuscitação; alguma lesão identificada durante a cirurgia que possa comprometer a estabilidade do paciente; necessidade de reconstrução da parede torácica; múltiplas fraturas; vazamento de ar maciço; débito de dreno torácico > 1500 ml inicialmente ou >200ml/h por 3 horas em pacientes estáveis, este último não podendo ser avaliado isoladamente. Conclusão: Portanto, conclui-se que a toracotomia abreviada não depende do tipo de trauma, mas das condições do paciente acima referidas, que podem ser avaliadas pelo exame físico, exames laboratoriais e outras vezes apenas durante a cirurgia. Referências: De Lesquen H et al. Surgical management for the first 48 h following blunt chest trauma: state of the art (excluding vascular injuries). *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2015; 20(3): 399-408. Roberts DJ et al. Indications for Use of Damage Control Surgery in Civilian Trauma Patients: A Content Analysis and Expert Appropriateness Rating Study. *Ann Surg.* 2016; 263(5):1018-27 Roberts DJ et al. Indications for use of thoracic, abdominal, pelvic, and vascular damage control interventions in trauma patients: A content analysis and expert appropriateness rating study. *J Trauma Acute Care Surg.* 2015; 79(4): 568-79.

PALAVRAS-CHAVES: toracotomia abreviada | trauma | controle de danos

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2138

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pancreatectomia parcial com esplenectomia por trauma abdominal contuso: Relato de Caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE FELIPE TRENTO (HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE), JULIANO GRUBERT DE ARRUDA (HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE), CAMILA PEREIRA DE OLIVEIRA (HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE), EDUARDO DE BARROS BARUKI (HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE), RAFAEL GHISI (HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE), MARIANNA DA GAMA MACHADO (HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE)

RESUMO: O trauma abdominal contuso é muito comum nos serviços de emergência, sendo a injúria pancreática variando em torno de 1-12% em tais traumas abdominais. Cerca de 75% dos traumas pancreáticos são classificados como traumas simples, como hematoma ou lesão do parênquima, cujo tratamento conservador mais indicado. O trauma pancreático é classificado em 5 graus, sendo o grau I e grau II, pequenas lacerações ou hematomas, sem lesão ductal, diferenciando-se quanto extensão da lesão. O grau III é caracterizado por lesão distal, podendo ser uma secção parcial distal ou mesmo lesão do parênquima com lesão dos ductos. Grau IV tem por uma secção parcial, a direita da veia mesentérica superior ou lesão em parênquima com envolvimento ampular. Quando há secção total da cabeça do pâncreas, classifica-se como grau V. As lesões mais complexas do pâncreas que compreendem os graus III, IV e V comumente são tratados com ressecção cirúrgica. Contudo, a pancreatectomia distal no trauma contuso ocorre em menos que 25% dos casos. A complicação mais frequente consiste na fistula pancreática, que gira em torno de 88% dos casos nos tratamentos conservadores. Em contrapartida, nas ressecções pancreáticas o índice de fistula pancreática está por volta de 17,7%. Outras complicações descritas são quadros sépticos posteriores, abscessos intra-abdominais, pancreatite aguda. Paciente J.R, 35 anos deu entrada no serviço do Hospital Santa Casa de Campo Grande, apresentando trauma abdominal e torácico fechado por esmagamento. Ao exame físico paciente estável hemodinamicamente, com escoriações em hemitórax esquerdo, sem mais alterações ao exame, queixando-se de dor leve em região abdominal. Procedido com estudo tomográfico, demonstrando líquido livre em cavidade abdominal, lesão esplênica grau V. Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo indicada laparotomia exploradora. No intra-operatório evidenciado lesão esplênica grau V, hematoma com laceração de cauda pancreática com lesão de ductos e hematoma renal a esquerda. Realizado esplenectomia e pancreatectomia distal. A indicação da pancreatectomia distal por lesão contusa de pâncreas distal grau IV, uma boa escolha cirúrgica. O paciente apresentou um menor tempo de internação, com boa evolução, sem complicações no pós-operatório. Em exames seriados do dreno posicionado em linha de anastomose, não apresentou aumento nos níveis de amilase em estudos realizados no 5º e 10º dia, bem como sinais precoces de possível fistula pancreática.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma Pancreatico | Trauma abdominal fechado | Pancreatectomia Distal

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2148

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Humanização do atendimento no Trauma

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), JEAN RAITZ NOVAIS (UFPR), JESSICA ROMANELLI AMORIM DE SOUZA (UFPR), LUIS FERNANDO SPAGNUOLO BRUNELLO (UFPR), THAIS TAKAMURA (UFPR)

RESUMO: Objetivo: Cada vez mais a participação do paciente na tomada de decisões está em voga. Realizamos este estudo com objetivo de avaliar em diferentes facetas a participação do paciente em um pronto socorro de um hospital de trauma terciário. Métodos: Estudo transversal descritivo. Durante o período de fevereiro a maio de 2016, pacientes atendidos no pronto socorro foram submetidos a um questionário de forma voluntária. Foi utilizado um questionário validado, consistido em perguntas sobre a qualidade do atendimento e as tomadas de decisões feitas durante todo o atendimento. A análise de dados foi realizada com estatística simples de porcentagens. Resultados: 347 pacientes responderam ao questionário com uma média de idade de 38,94 anos. Dos pacientes entrevistados, 99,13% afirma ter sido tratado pelo nome e 97,98% relata ter sido tratado com respeito. Na amostra total, 96,25% dos pacientes relatam que tiveram sua privacidade respeitada, enquanto 2,30% dos pacientes negam esta afirmativa. No quesito se o paciente foi ouvido pelo profissional de saúde, 95,96% dos pacientes responderam que sim, contra 3,17%. Na pergunta sobre a explicação dos procedimentos realizados, 6,62% relata que não foi explicado, ao passo que 91,93% reitera a explicação. Outro ponto abordado pelo questionário foi à autonomia do paciente, onde 37,17% nega a autonomia, enquanto 54,46% afirmam tê-la. Conclusão: podemos perceber com estes resultados que alguns pontos referentes a autonomia do paciente são bem respeitados, bem como ser tratado pelo nome, com respeito, privacidade respeitada.

PALAVRAS-CHAVES: trauma | humanização | direitos

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2150

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO EXTENSA DE ESTÔMAGO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FERNANDA VEIGA GONÇALVES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), GABRIELA TRINDADE GÓES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), MARINA VIEIRA BALLA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), PEDRO AUGUSTO BISI DOS SANTOS FO. (HOSPITAL OPHIR LOYOLA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Dentre as lesões encontradas nos pacientes vítimas de traumatismo, destacamos as que acometem vísceras ocas devido a sua alta morbidade e mortalidade, especialmente se o diagnóstico for postergado. As lesões de vísceras ocas produzem sintomas pela combinação de perda sanguínea e contaminação peritoneal, podendo, portanto, demorar várias horas para se manifestar clinicamente. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo masculino, 26 anos deu entrada em pronto atendimento cirúrgico de hospital referência em trauma devido atropelamento por veículo automotor. Estava com colar cervical, em prancha rígida, apresentando respiração irregular, além de rebaixamento do nível de consciência, recebendo pontuação 3 em escala de Coma de Glasgow, sendo então submetido a intubação orotraqueal. Tomografia de abdome evidenciou líquido livre em cavidade abdominal, em moderada quantidade, sendo então indicada cirurgia. No intra-operatório verificou-se contaminação grosseira da cavidade abdominal com restos alimentares e sangue. Encontrou-se lesão em parede anterior de corpo gástrico, de aproximadamente 5 cm, além de outra lesão envolvendo serosa gástrica em grande curvatura e paredes anterior e posterior do estômago medindo 10 cm. Optou-se então por realizar gastrectomia parcial da região desserosada da grande curvatura e gastrorrafia em 2 planos com fio absorvível 3.0 em pontos contínuos e rafia da lesão menor, em dois planos. Paciente foi abordado pela equipe da neurocirurgia, devido traumatismo crânio encefálico grave. No pós operatório (PO) seguiu em leito de terapia intensiva, com alimentação enteral via sonda nasointestinal. Evoluiu a óbito no 23º PO por complicações renais. **CONCLUSÃO:** A lesão de víscera oca é mais comum no trauma abdominal penetrante do que no trauma fechado, atingindo os seguintes órgãos, pela ordem de frequência: intestino delgado, cólon, estômago e duodeno. Em lesões grau IV, sem lesões associadas de duodeno, pâncreas ou esôfago é indicada gastrectomia distal com reconstrução à Billroth I, já em casos com lesões associadas de duodeno ou pâncreas há preferência por gastrectomia distal com reconstrução à Billroth II ou gastrectomia total com reconstrução à Y de Roux. A tática cirúrgica para correção definitiva dos ferimentos gástricos depende da gravidade da lesão e da condição geral do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA|GASTRECTOMIA|ESTÔMAGO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2153

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil epidemiológico de idosos vítimas de queda de mesmo nível atendidos na sala de emergência

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO LUCAS SOARES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), GUILHERME FRAGA GEHRING (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), LARISSA CAVALLI DE OLIVEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), DANIEL AUGUSTO FRANCISCO JURADO (UNIVERSIDADE POSITIVO), THAISA VIEIRA SONNBERGER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), MATHEUS SCHMIDT EVANGELISTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), CARLA MARTINEZ MENINI-STAHLSCHMIDT (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), LUIZ CARLOS VON BAHTEN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico e os escores de trauma dos pacientes idosos, vítimas de queda de mesmo nível, atendidos na sala de emergência de um hospital universitário, referência em trauma na cidade de Curitiba. Método: O presente trabalho consiste em um estudo transversal prospectivo observacional em que foram avaliados prontuários de 106 pacientes com mais de 60 anos. O período de coleta deu-se entre 16/12/2016 e 05/02/2017. Os dados foram coletados durante 24 horas diárias de atendimento. As variáveis relacionadas ao perfil da população idosa, vítima de queda de mesmo nível, e os seus respectivos escores MGAP (Mechanism, Glasgow Coma Scale, Age and Systolic blood pressure) e RTS (Revised Trauma Score) foram analisados. Resultados: Verificou-se que 62,26% (n=66), dentre os 106 pacientes analisados, foram vítimas de queda de mesmo nível. A média de idade desses pacientes foi de 75,66 com a variação de $\pm 9,63$ anos, sendo que 53,03% (n=35) da amostra correspondia do sexo feminino. Os dados analisados não apontaram maior prevalência de queda de mesmo nível em determinado dia da semana. Entretanto, o maior número de admissões (46,97%) ocorreu no período vespertino (12-18h). O escore RTS médio calculado para 55 dos idosos admitidos foi de $7,5065 \pm 0,8469$. Calculou-se o MGAP de 56 idosos, sendo a média de $22,19 \pm 3,07$. Dentre esses pacientes, 32 (57,14%) foram classificados como ?Baixo Risco? e 20 como ?Risco Moderado?. Apenas quatro pacientes foram classificados como ?Alto Risco?. Coerente com as classificações dos escores de trauma, 37 idosos (56,07%) tiveram alta hospitalar em até 24h após sua admissão. Conclusão: Pode-se concluir que, entre idosos, a queda de mesmo nível é um mecanismo de trauma importante, ocorrendo com maior frequência entre mulheres e no período vespertino. Além disso, foi possível constatar que a maioria dos pacientes foram classificados como ?Baixo Risco? no escore MGAP e com alta probabilidade de sobrevivência conforme o escore RTS, condizendo com o breve tempo de permanência no ambiente hospitalar após admissão.

PALAVRAS-CHAVES: Traumatologia | Idoso | Acidentes por Quedas

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2167

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pacientes alcoolizados admitidos na sala de emergência de um hospital universitário de Curitiba: quem são eles?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME FRAGA GEHRING (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), FERNANDO LUCAS SOARES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), LARISSA CAVALLI DE OLIVEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), MATHEUS SCHIMIDT EVANGELISTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), DANIEL AUGUSTO FRANCISCO JURADO (UNIVERSIDADE POSITIVO), LARISSA VANESKA IZIDORIO VIDAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), CARLA MARTINEZ MENINI-STAHLSCHMIDT (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), LUIZ CARLOS VON BAHTEN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o perfil dos pacientes alcoolizados atendidos em um hospital universitário referência em trauma de Curitiba, Brasil. Método: Estudo transversal prospectivo observacional com amostra de 668 prontuários de vítimas de trauma admitidas na sala de emergência de um hospital universitário no período de 16/12/2016 a 05/02/2017, coletados durante 24 horas diárias de atendimento. Foram analisados: o consumo referido de bebidas alcoólicas; sexo; idade; dia da semana; horário da admissão; mecanismo de trauma; motivo das agressões físicas. Os escores de trauma RTS (Revised Trauma Score) e MGAP (Mechanism, Glasgow Coma Scale, Age and Systolic blood pressure) foram calculados. Resultados: Constatou-se que 18,41% dos pacientes admitidos haviam consumido bebidas alcoólicas (n=123), sendo que, 14 indivíduos consumiram drogas ilícitas concomitantemente. O sexo masculino correspondeu a 101 pacientes (82,11%). Álcool foi consumido por 7 pacientes com menos de 18 anos, por 105 adultos e por 11 idosos. Dentre a amostra avaliada pelo presente trabalho, 70,73% (n=87) dos pacientes foram admitidos entre as 18h das sextas-feiras e às 6h das segundas-feiras. O mecanismo de trauma mais frequente em pacientes que utilizaram álcool foi a agressão física 30,89% (n=38) motivada, majoritariamente, por discussões pessoais (n=22) ou decorrentes de assalto (n=5). Queda do mesmo nível correspondeu a 21,95% (n=27) dos casos. Dos 123 pacientes que relataram consumo de álcool, calculou-se o RTS de 109 e a média foi de 7,6348 com variação de $\pm 0,6474$. Além disso, 110 tiveram o escore MGAP calculado e o valor médio foi $26,55 \pm 2,31$. Sendo que 100 foram classificados como Baixo Risco (90,91%), MGAP entre 23-29, e 10 enquadrados em Risco Moderado (9,09%), MGAP entre 18-22. Conclusão: A maioria dos pacientes admitidos na sala de emergência alcoolizados foram homens entre 18 e 60 anos, sendo predominante traumas no período noturno, principalmente aos finais de semana. O mecanismo de trauma com maior prevalência foi a agressão, seguido de queda de mesmo nível. Os escores MGAP e RTS médios foram de 26,55 e 7,6348, respectivamente, caracterizando pacientes de baixo risco.

PALAVRAS-CHAVES: Traumatologia | Bebidas Alcoólicas | Índices de Gravidade do Trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2185

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Prevenção do trauma na infância

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), LUIS FERNANDO SPAGNUOLO BRUNELLO (UFPR), THAIS TAKAMURA (UFPR), CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO (UP), ANA LUISA BETTEGA (UFPR)

RESUMO: Objetivo: avaliar a percepção das crianças sobre os acontecimentos traumáticos e introduzir uma ação preventiva educativa e custo-efetiva. Métodos: Estudo comparativo prospectivo intervencionista, com crianças de uma escola básica no Sul do Brasil. Um questionário com 8 perguntas de assinalar relacionadas a cenários de tráfego foi aplicado por estudantes de medicina voluntários em maio de 2016, antes e depois de uma palestra educativa sobre prevenção de acidentes de trânsito. Havia também 20 questões epidemiológicas. Os dados coletados foram comparados entre os pré e pós-testes dos mesmos estudantes. A análise estatística foi realizada utilizando o qui-quadrado para variáveis discretas e teste T-student para variáveis contínuas. Resultados: Dentre os 142 alunos responderam os questionários a idade média foi de 11,73 anos. 43,6% relataram que sempre atravessam a rua sozinho, enquanto 8,45% atravessam a rua somente com um adulto. A maioria dos alunos disseram que sempre em atravessam as ruas na faixa de pedestres e olham para os dois lados antes de atravessar (60,71 e 84,9%, respectivamente). Impressionantemente, 14,08% disseram que já dirigir um carro ou uma motocicleta sem contar que 17,60% andam de bicicleta entre os carros. Além disso, 95,07% dos estudantes sentam no banco da frente do carro. Sobre questões de segurança, apenas metade dos pesquisados tem buzinas em suas bicicletas, e menos da metade usa capacete quando vai usar a bicicleta. Ao comparar as suas avaliações, houve um maior número de respostas corretas no pós-teste (5,42 vs 6,33, $p = 0,01548$). O custo total estimado foi de 45 dólares. Conclusão: Estimular a incorporação de medidas preventivas nos currículos escolares. Educação preventivas tem alto valor custo-efetivo para a difusão do conhecimento médico entre crianças e jovens.

PALAVRAS-CHAVES: prevenção | trauma | infância

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2187

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil do paciente atendido por colisão de motocicleta em hospital universitário referência em trauma em Curitiba

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARISSA VANESKA IZIDORIO VIDAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), THAISA VIEIRA SONNBERGER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), GUILHERME FRAGA GEHRING (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), FERNANDO LUCAS SOARES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), LARISSA CAVALLI DE OLIVEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), MATHEUS SCHMIDT EVANGELISTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), CARLA MARTINEZ MENINI-STAHLSCHMIDT (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA), LUIZ CARLOS VON BAHTEN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ - ESCOLA DE MEDICINA)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o perfil do paciente vítima de colisão de motocicleta atendido na sala de emergência em um hospital universitário em Curitiba. Método: O presente trabalho consiste em um estudo prospectivo observacional transversal em que foram analisados os dados de 139 pacientes, durante coleta de dados de 24 horas no período de 16/12/2016 à 05/02/2017. As variáveis analisadas para a construção do perfil dos pacientes foram sexo, idade, escolaridade, uso de drogas, uso de equipamentos de segurança, tipo de via, tipos de traumas e o escore MGAP (Mechanism, Glasgow Coma Scale, Age and Systolic blood pressure). Resultados: Dentre os pacientes analisados, 128 eram adultos e 11 menores de 18 anos. Em relação ao sexo, a maioria dos pacientes, 85,27%, era do sexo masculino (n=110). No que diz respeito ao grau de escolaridade, 11 pacientes apresentavam nível superior completo e um incompleto, 48 haviam completado o ensino médio, 22 apresentavam ensino médio incompleto e os demais não haviam iniciado ensino médio. O consumo de álcool nessa população foi relatado por 8 pacientes e o uso de drogas ilícitas por três (um relatou uso de maconha, um de crack e o último de cocaína). Quanto ao uso de equipamentos de proteção, 92,80% (n=129) dos pacientes usavam capacete no momento do trauma, sendo que 83,46% (n=116) desses traumas ocorreram em via urbana comum e 10 casos em rodovia. Apenas um caso aconteceu em ?via urbana calma?, com velocidade máxima de 40 km/h. O trauma ortopédico estava presente em 59,71% (n=83) dos pacientes e o trauma neurológico em 7,19% (n=10). O escore MGAP foi possível de ser calculado para 122 pacientes, sendo 1 classificado com alto e 1 como baixo risco e os demais (n=120) classificados como pacientes de risco intermediário. Conclusões: Pode-se concluir que o trauma por colisão de motocicleta é mais prevalente no sexo masculino e o uso de capacete é significativamente alto nessa população. Como resultado das colisões os pacientes apresentaram risco intermediário segundo seu escore MGAP e uma incidência maior de traumas ortopédicos do que neurológicos, o que pode ser justificado pelo uso correto de equipamentos de proteção e está em consonância com o apresentado pela literatura. Poucos traumas do período foram associados ao uso de drogas, o que vai na contra-mão do publicado nos últimos trabalhos.

PALAVRAS-CHAVES: Traumatologia | Motocicletas | Acidentes de Trânsito

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2203

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil dos acadêmicos de medicina do Estágio Voluntário em Pronto-Socorro

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), MARINA NARDELLI GOES (UP), PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES (PUC-PR), EDUARDO LOPES MARTINS FILHO (UFPR), BRUNA ARCOVERDE ABBOTT (UFPR)

RESUMO: Objetivo: avaliar o perfil de estudantes interessados em entrar em uma liga acadêmica, a razão da escolha da liga e qual a residência pretendida. Métodos: revisão observacional, transversal, prospectivo, descritivo, feito a partir de um questionário (elaborado pelos autores) para estudantes de medicina de Curitiba - PR que fizeram teste para entrar na Liga Acadêmica do Trauma do Hospital do Trabalhador em Curitiba-PR. Foi avaliado o perfil epidemiológico, interesse em entrar na lga, a motivação para a escolha e qual a residência pretendida. Resultados: 165 estudantes de medicina responderam ao questionário, e a maioria (62,4%) era feminina com uma média de 22,3 anos de idade. Os estudantes estavam principalmente no quinto período (42,4%) e quarto período (30,9%). A maioria dos estudantes (65,8%) não participava de nenhuma liga acadêmica e entre os que participam, a média foi de 163,5 horas em outras ligas. O interesse em entrar na liga acadêmica de 85 alunos (51,5%) foi associar a teoria com a prática, enquanto 26 alunos (15,8%) é para entrar em contato com uma possível residência. Aqueles que já sabem a residência pretendida, a maioria foi cirurgia geral (39,8%), seguida por clínica médica (33,5%) e neurocirurgia (14,9%). Conclusão: os estudantes que se interessam pela Liga Acadêmica de Trauma do Hospital do Trabalhador são do terceiro ano do curso, com a principal motivação de associar a prática com teórica, interessados em fazer cirurgia geral e clínica médica. Podemos concluir que a liga acadêmica além de enriquecer o treinamento acadêmico, pode influenciar a escolha da residência.

PALAVRAS-CHAVES: pronto socorro|trauma|liga acadêmica

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2207

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Pronto Socorro de um Hospital de Trauma de Curitiba

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), JEAN RAITZ NOVAIS (UFPR), JESSICA ROMANELLI AMORIM DE SOUZA (UFPR), LUIS FERNANDO SPAGNUOLO BRUNELLO (UFPR), THAIS TAKAMURA (UFPR)

RESUMO: Objetivo: Para um aprimoramento do atendimento é necessário ter um conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos. Foi realizado este estudo com objetivo de avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um hospital de trauma terciário de Curitiba. Métodos: Estudo transversal descritivo. Durante o período de fevereiro a maio de 2016, pacientes atendidos no pronto socorro foram submetidos a um questionário de forma voluntária. Foi utilizado um questionário validado, consistido em perguntas sobre a qualidade do atendimento e as tomadas de decisões feitas durante todo o atendimento. A análise de dados foi realizada com estatística simples de porcentagens. Resultados: 347 pacientes responderam ao questionário com uma média de idade de 38,94 anos, sendo 55,04% homens e 44,96% mulheres. Dos pacientes entrevistados, 12,96% entraram via ambulância. Da amostra total, 15,15% foram atendimentos de causas não relacionada ao trauma, enquanto 84,84% foram de trauma. Foram dados atestados para 56,71% dos pacientes e deles, 42,3% foram de até 7 dias. O tempo de atendimento médio para a entrada do paciente após a classificação de risco é de 64,27 minutos tendo uma mediana de 45 minutos. A média da nota dada para o atendimento médico foi de 8,90 e a para a infra-estrutura do hospital é de 8,66. Conclusão: Com este trabalho podemos perceber que o hospital atende pacientes de trauma (84,84%), com um atendimento médio de 64,27 minutos tendo uma mediana de 45 minutos.

PALAVRAS-CHAVES: pronto socorro | pacientes | trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2212

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Vacinas recomendadas em estágios práticos e a omissão dentre os estudantes de medicina

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), MARCIO CANEVARI FILHO (UFPR), MARINA NARDELLI GOES (UP), PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES (PUC-PR), EDUARDO LOPES MARTINS FILHO (UFPR)

RESUMO: Objetivo: verificar a adequação da vacinação de estudantes de medicina de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Método: Foi realizado um estudo observacional prospectivo descritivo, com o preenchimento de um questionário auto aplicativo pelos estudantes de medicina de Curitiba-PR durante o curso preparatório para a admissão no estagio voluntário de Pronto Socorro no Hospital do Trabalhador. Foram avaliados o perfil epidemiológico dos pacientes e a adequação do calendário vacinal dos mesmos. Resultados: 165 estudantes responderam ao questionário, dos quais a maioria (62,4%) eram mulheres e a média de idade foi de 22,3 anos. Os estudantes estavam em sua maioria cursando o 5º (42,4%) e o 4º (30,9%) período. A Vacinal Tríplice Viral deteve o maior número de estudantes vacinados: 144 (87,27%), seguido pela vacina dT com 107 (64,84%) alunos e da hepatite B com 106 (64,24). Entretanto, 43 (26,06%) dos alunos não tinham conhecimento sobre sua situação vacinal. Conclusão: Apesar de a metade dos estudantes relatarem terem realizado as vacinações de acordo com as recomendações do MS, 26,1% dos estudantes não têm o conhecimento a respeito do seu próprio estado vacinal, o que é preocupante. É, portanto, notável a necessidade de uma ênfase na política de prevenção de doenças infecciosas dentre estudantes de medicina.

PALAVRAS-CHAVES: educação médica | vacinas | prevenção

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2215

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise do atendimento inicial na Unidade de Suporte Avançado de Vida (SAV) no Hospital do Trabalhador (Curitiba-PR)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), BRUNA ARCOVERDE ABBOTT (UFPR), JEAN RAITZ NOVAIS (UFPR), JESSICA ROMANELLI AMORIM DE SOUZA (UFPR), LUIS FERNANDO SPAGNUOLO BRUNELLO (UFPR)

RESUMO: Objetivo: A Sala de Emergência, conhecida também como Unidade de Suporte Avançado de Vida (SAV), é essencial para o tratamento de suporte e manutenção para pacientes em cuidados intensivos. Realizamos este estudo para avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma e avaliar o tratamento inicial destas vítimas no setor de emergência do Hospital do Trabalhador. Métodos: Foi realizado um estudo observacional descritivo prospectivo e não randomizado. Durante o período de Fevereiro a Maio de 2016, observou-se o tratamento inicial dos pacientes trazidos para a sala de SAV do Hospital do Trabalhador. Através de um protocolo de "check-list" um observador externo avaliou o atendimento aos pacientes. O profissional que prestou o serviço não sabia que estava sendo avaliado. A análise estatística foi realizada utilizando o teste t de Student para variáveis ??contínuas e o teste do qui-quadrado para as variáveis ??absolutas. Resultados: 104 atendimentos foram avaliados. A grande maioria dos pacientes era sexo masculino (68,3%). Em relação mecanismo de trauma, 86,5% foram vítimas de trauma fechado. Quanto a parte do corpo afetada: mais de metade apresentavam lesão de extremidades; seguido por 29% com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) ou Lesão no Pescoço; 18,3% com Traumatismo Torácico; 12,9% com Lesão traumática em Face; e, 10,8% com Traumatismo Abdominal. 97,1% dos pacientes não apresentaram alteração na escala de Glasgow. A pressão arterial sistólica em 90,4% dos pacientes era maior do que 89, e apenas 27,9% não tinham uma taxa respiratória entre 10 e 29. O atendimento inicial do paciente na sala de emergência foi realizado por estudantes medicina supervisionados em 79,8% dos casos, e por residentes supervisionados em 17,3%. Conclusão: A maioria das vitimas atendidas na sala de emergência era do sexo masculino. O mecanismo de trauma mais prevalente foi o contuso. A minoria dos pacientes tinha alteração do nível de consciência. O residente ou chefe avaliaram menos de 21% dos pacientes no atendimento inicial.

PALAVRAS-CHAVES: trauma|atendimento|unidade de suporte avançado de vida

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2222

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pneumotórax Oculto em Trauma Torácico Fechado: Opções Terapêuticas e Suas Consequências

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CASSIO EDUARDO DA SILVA GONTIJO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), EDUARDO RISSI SILVA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), PEDRO HENRIQUE FERREIRA ALVES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ABEL MURAKAMI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CARLOS AUGUSTO METIDIARI MENEGOZZO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), DANILA GOMES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), ALEXANDRE SALDIVA ROSENBLATT (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

RESUMO: Objetivos: Traçar o perfil epidemiológico da população afetada por pneumotórax oculto (PNT0); verificar o índice de sucesso do tratamento expectante quando em ventilação espontânea ou sob pressão positiva, especificando as causas da necessidade de drenagem; buscar fatores de risco para a falha do tratamento conservador; quantificar a taxa de complicações da drenagem pleural nessa nosologia; averiguar o tempo médio de internação hospitalar em terapia intensiva e até a alta entre drenados e não drenados. Método: Trata-se de estudo retrospectivo em que serão analisados, por meio de revisão de prontuários, casos de vítimas de trauma admitidos na sala de trauma no período de setembro de 2014 a agosto de 2016 que possuam tomografia de tórax e que possuam ou radiografia ou escanograma de tórax. A análise de dados se fará por meio do programa Prisma de processamento de dados versão 5.0. Resultados: Até o momento do envio destes dados, foram selecionados 44 PNT0, sendo 30 do sexo masculino (68,1%). A média de idade foi de 38,3 anos (DP=17,4). Vinte e um (47,7%) PNT0 foram drenados assim que realizado o diagnóstico. Dos 23 que não foram submetidos a drenagem pleural, 4 exigiram a realização do procedimento durante a internação, sendo considerados como falha da terapia expectante (17,4%). Quanto às taxas de complicação da drenagem pleural, registramos apenas uma necessidade de redrenagem por pneumotórax e um empiema pleural (8%). A casuística a análise final dos dados deste estudo será concluída antes de sua apresentação. Conclusões: PNT0 é doença frequente em traumas fechados. É passível de tratamento expectante em centro que disponha de cirurgião. Coimbra, R., D. Demetriades, M. A. Demoya, M. J. Wall, G. Fortuna & A. Kirkpatrick (2013) Occult pneumothoraces in critical care: A prospective multicenter randomized controlled trial of pleural drainage for mechanically ventilated trauma patients with occult pneumothoraces DISCUSSION. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 74, 754-755. Langdorf, M. I., C. L. Anderson & R. M. Rodriguez (2016) Prevalence and Clinical Import of Thoracic Injury Identified by Chest Computed Tomography but Not Chest Radiography in Blunt Trauma: Multicenter Prospective Cohort Study Reply. Annals of Emergency Medicine, 68, 134-135. Bayo, H. L., S. M. Vioque, P. Rebas & S. N. Soto (2016) Results of conservative treatment in patients with occult pneumothorax. Cirugia Espanola, 94, 232-236.

PALAVRAS-CHAVES: pneumotórax oculto | ventilação mecânica | drenagem de tórax

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2223

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O impacto dos smart-phone na avaliação diária dos pacientes sem exposição da privacidade

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS (HOSPITAL ERASTO GAERTNER), ADONIS NASR (HOSPITAL DO TRABALHADOR), FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH (HC-UFPR), IWAN AUGUSTO COLLACO (HOSPITAL DO TRABALHADOR), BRENO LOPES PORTO (UFPR), MARCIO CANEVARI FILHO (UFPR), MARINA NARDELLI GOES (UP), PEDRO AUGUSTO DE ASSIS GOES (PUC-R)

RESUMO: Objetivo: telemedicina está se tornando uma realidade cada vez mais comum na prática médica. Com a evolução da tecnologia e o desenvolvimento dos smart-phones, verdadeiros laptops podem ser acessados a qualquer momento, facilitando a comunicação e o envio de imagens. Há uma linha tênue entre o bom uso desse recurso na tomada de decisão para o manejo dos pacientes e a exposição da privacidade dos mesmos. O estudo foi feito para avaliar a percepção dos médicos, residentes e estudantes de medicina sobre o impacto dessas tecnologias na prática médica diária. Métodos: Estudo cross-sectional consistindo na aplicação de questionários sobre o uso diário da telediscussão de casos clínicos e como isso tem impacto na exposição da privacidade dos pacientes por profissionais da saúde. Médicos, residentes e estudantes de clínica médica do Hospital do Trabalhados responderam um questionário voluntário, no período de Março até Maio de 2016. A análise de dados foi feita com porcentagens estatísticas simples. Variáveis contínuas foram analisadas com teste T de student e variáveis discretas com teste do qui-quadrado. Resultados: Das 647 pessoas que responderam o questionários, 44% eram estudantes de medicina do primeiro ao quarto ano, 27,3% eram doutorandos, 15% eram residentes e 13,6% eram médicos graduados. Fazem uso de smartphones para discutir casos clínicos 58,76% dos médicos, 89,6% dos residentes, 88,13% dos internos e 79% dos estudantes de medicina não-doutorandos. Em geral, 39,56 usam essa tecnologia em mais de 50% dos casos, 40,6% usam menos do que metade dos casos e 18,7% não usam. Em relação se isso ajuda na tomada de decisão, a maioria (81,4%) respondeu que usar o smart-phone contribui positivamente, 2% acha que não ajuda, 0,6% acreditam que influencia negativamente e 15,4% não usam. 87,63% não consideram que a discussão de casos clínicos através de smartphones expõe a privacidade dos pacientes (70,45% dos médicos, 93,81% dos residentes, 92,09% dos doutorandos e 86,25% dos outros estudantes de medicina). 13,29% acreditam que a privacidade do paciente é exposta. Conclusão: O uso de smart-phones para discutir casos clínicos é uma realidade na medicina. Essa tecnologia é mais amplamente utilizada entre médicos e residentes do que estudantes, no entanto, todos concordam que ela ajuda positivamente na tomada de decisão sem expor a privacidade dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: smart-phones | pacientes | exposição

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2233

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS POR QUEIMADURAS EM UM HOSPITAL INFANTIL DO SUL DO BRASIL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI), JOSÉ ALFONSO MONESTEL MONTOYA (UNIVALI), GUILHERME AVELAR FERREIRA (UNIVALI), TUAMI VANESSA WERLE (UNIVALI), MARIANA ZAMPROGNO TEZZA (UNIVALI), LARISSA ALESSANDRA MEHL (UNIVALI), JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Queimaduras constituem um sério problema de saúde pública, sendo que a faixa pediátrica corresponde a cerca de 50% das vítimas, predominantemente de 1 a 6 anos de idade. No Brasil, cerca de 300 mil crianças sofrem acidentes com queimaduras e aproximadamente 500 morrem anualmente. As queimaduras acontecem em diversos ambientes, mais particularmente na cozinha domiciliar, sendo a principal causa, em crianças, os líquidos quentes. Na faixa etária de 0 a 6 anos, elas buscam explorar a si mesmas e o mundo ao seu redor, tornando-se mais susceptíveis às lesões térmicas. OBJETIVOS E MÉTODOS: Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados com queimaduras no Hospital Universitário Pequeno Anjo, em Itajaí/SC - Brasil, de julho de 2002 a julho de 2006. Realizou-se um estudo retrospectivo-transversal onde foram analisados 118 prontuários, considerando as variáveis: ano de internação, procedência, sexo, idade, local do acidente, agente agressor, superfície corporal queimada (SCQ), grau da lesão, segmentos acometidos, enxertia, período de internação, uso de antibiótico e complicações. DISCUSSÃO: Do total de 118 pacientes, 58 eram de Itajaí e 60 de outras localidades, sendo 79 pacientes masculinos e 39 femininos, com razão de 2,02:1. Os lactentes foram os mais acometidos (39,83%). Os acidentes na cozinha corresponderam a 72,82% dos casos, sendo os líquidos aquecidos responsáveis por 86,95% da casuística. A média de SCQ foi 14,59%, com 83,30% dos pacientes apresentando lesões de 2º grau. Tronco e dorso foram os segmentos mais acometidos. Apenas 12,17% realizaram enxertia durante a hospitalização. O tempo de permanência hospitalar foi de 12,96 dias e 18,6% dos pacientes utilizaram antibiótico. Vinte e oito por cento dos pacientes apresentaram complicações e ocorreram 3 óbitos, com taxa de mortalidade de 2,56%. CONCLUSÃO: O perfil epidemiológico predominante foi lactente do sexo masculino, procedente da região do Vale do Itajaí, exposto à queimadura por líquidos aquecidos na cozinha do seu domicílio. O número de óbitos mostrou-se pequeno, porém é importante ressaltar que pode haver sequelas metabólicas, funcionais, estéticas e emocionais da vida não somente do paciente, mas também de todas que o rodeiam.

PALAVRAS-CHAVES: Queimadura | Epidemiologia | Pediatria

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2284

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÓBITOS POR ATROPELAMENTOS NO ESTADO DE SERGIPE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDINALDO GOMES DE OLIVEIRA NETO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), AMANDA MARIA MENEZES MOURA (UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT), STEPHANIE ARAUJO MARQUES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), BÁRBARA FERNANDA PACHECO DA COSTA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GUSTAVO HENRIQUE BARBOZA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), THATIANY DA SILVA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LARISSA KEYLLA ALMEIDA DE JESUS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Objetivo: traçar o perfil demográfico e a análise espacial de mortalidade das vítimas de atropelamento no estado de Sergipe no período de abril de 2014 a abril de 2015. Método: estudo, prospectivo, realizado mediante avaliação dos laudos cadavéricos, atestados de óbito e dos boletins de ocorrência encaminhados pelas delegacias do estado ao Instituto Médico Legal de Sergipe. Para a análise espacial o estado foi dividido em 3 mesorregiões de acordo com a divisão do IBGE. Resultados: as 86 vítimas de atropelamento foram principalmente do sexo masculino (82,2%), adultos (53,3%), e de etnia parda (73%). A zona urbana (71%); a condição climática seca (64,4%), e a mesorregião leste (82,2%), onde se localiza a capital do estado, foram responsáveis pela maior frequência dos eventos. Houve prevalência de trauma cranioencefálico como mecanismo do óbito. Conclusão: Em Sergipe, pedestres adultos do sexo masculino, da zona urbana foram as vítimas mais comuns dos atropelamentos, concordando com estatísticas de países desenvolvidos. A tecnologia motorizada como indicador da modernidade e de progresso apresenta-se como impacto negativo dessa estratégia. Contudo há uma tendência institucional de responsabilizar, de forma quase exclusiva, os usuários pedestres das vias públicas, num claro processo de inversão de responsabilidades e causalidade: as vítimas dos acidentes são transformadas em culpados de sua própria morte. Bibliografia: ALMEIDA, et al., Man, road and vehicle: risk factors associated with the severity of traffic accidents. Rev Saúde Pública 2013;47(4):1-13. ASCARI, et al., Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de trânsito. Rev Enferm UFSM 2013 Jan/Abril;3(1):112-121. PARREIRA, et al. Análise comparativa das lesões diagnosticadas e de sua gravidade entre vítimas de atropelamento e outros mecanismos de trauma fechado. Rev. Col. Bras. Cir. vol.42 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2015.

PALAVRAS-CHAVES: pedestre | atropelamento | epidemiologia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2286

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MORTES VIOLENTAS POR ARMAS DE FOGO NO ESTADO DE SERGIPE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AMANDA MARIA MENEZES MOURA (UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT), EDINALDO GOMES DE OLIVEIRA NETO (UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT), STEPHANIE ARAUJO MARQUES (UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT), FILIPE MIGUEL BRITO FERNANDES DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), HELDA CRYSTIANE CIRILO TELES (UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT), ISABELLA PAIVA PALMEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT), LARISSA KEYLLA ALMEIDA DE JESUS (UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT)

RESUMO: Objetivo: Traçar o perfil das mortes violentas por armas de fogo no estado de Sergipe. Método: Foi realizado estudo prospectivo com dados de mortes violentas por armas de fogo ocorridas no estado de Sergipe, atendidas no Instituto Médico Legal na cidade de Aracaju-SE no período de abril de 2014 a abril de 2015. A amostra foi coletada, por estudantes de medicina em forma de busca ativa, mediante os dados colhidos nos atestados de óbito e por entrevistas aos familiares dos falecidos. Foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa. Resultados: No período estudado, dos 2157 óbitos, 602 ocorreram por armas de fogo, sendo o maior percentual de vítimas do sexo masculino (94,2%), na faixa etária de 20 a 29 anos (41,5%), grau de escolaridade fundamental I (1ª a 4ª série) (46,5%), etnia parda (78,4%), autônomos (29,9%) e solteiros (78,9%). A zona urbana apresentou 75,7%, via pública com 79,6% e o leste sergipano, que é a mesorregião onde está localizada a capital do estado, com 62,8%. A circunstância predominante do agravo foi o homicídio com 98,8% dos óbitos e o suicídio ocorreu em 0,8%. Conclusões: Em Sergipe, a morte violenta por armas de fogo segue o panorama nacional, vitimando homens jovens, causando transtornos emocionais e perda financeira tanto para os familiares como para o estado. Os homicídios, a zona urbana e a via pública apresentaram a maior frequência desses agravos o que mostra a necessidade de investir mais recursos na segurança pública. Bibliografia: TRINDADE, R. F. C. dá; CORREIA, M. A. A. Perfil epidemiológico das vítimas de arma branca e de fogo em um hospital de emergência. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. jan/jun 2015; 4(1):55-64. MACIEL, et al., Estudo descritivo do perfil das vítimas com ferimentos por projéteis de arma de fogo e dos custos assistenciais em um hospital da Rede Viva Sentinela. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 25(3):607-616, jul-set 2016. TRINDADE, et al., Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(5):748-755. ABREU, et al., Perfil epidemiológico das agressões por arma de fogo e arma branca no interior da Bahia. Rev. Saúde. Com 2014; 10(4): 360-367.

PALAVRAS-CHAVES: arma de fogo | morte | epidemiologia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2342

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil de trauma no idoso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANILA GOMES (HC-FMUSP), PEDRO HENRIQUE FERREIRA ALVES (HC-FMUSP), CARLOS AUGUSTO METIDIARI MENEGOZZO (HC-FMUSP), OCTACILIO MARTINS JR. (HC-FMUSP), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HC-FMUSP), LUCAS AFONSO DAIA (HC-FMUSP), LUCAS MAITTO MARTINS (HC-FMUSP), GABRIEL SCHNITMAN (HC-FMUSP)

RESUMO: A população idosa tem uma probabilidade menor de ser vítima de trauma quando comparada à indivíduos mais jovens, mas é mais suscetível a sofrer desfechos desfavoráveis em decorrência das lesões por sua menor reserva fisiológica, comorbidades, menor massa cerebral, diminuição da capacidade respiratória vital, diminuição da função renal, do volume de ejeção cardíaco e da frequência cardíaca entre outras alterações que influenciam a resposta orgânica ao trauma. **OBJETIVO:** Estudar a população idosa, acima de 60 anos de idade, vítima de trauma e atendida em um Centro de Trauma nível I. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo, onde foram analisados os registros de trauma de 1.117 pacientes atendidos entre outubro de 2014 a maio de 2016 em um Centro de Trauma nível I. **RESULTADOS:** Dentre estes, 107 (9,6%) tinham idade superior a 60 anos, sendo 59 (55%) do sexo masculino. O mecanismo de trauma mais comum foi a queda da própria altura (47 pacientes, 43,9%), seguido por atropelamento (34 pacientes, 31,8%) e acidentes automobilísticos (13 pacientes, 12,1%). Quatro pacientes foram vítimas de agressão (3,73%) sendo 2 por FAB (2,9%), um FAF (0,9%) e uma vítima de agressão por objeto contundente (0,9%). Quatro pacientes sofreram queimadura (3,73%). O tempo médio decorrido entre o trauma e a chegada do paciente foi de 52 minutos. Dos 107 pacientes, 102 (95,3%) apresentaram traumatismo crânio encefálico (TCE), sendo 70 de grau leve (Glasgow 13-15), 7 moderados (Glasgow 9-12) e 25 graves (Glasgow 3-8). A mortalidade do TCE grave foi de 80%. Dezesesseis pacientes (14,9%) apresentaram índice de gravidade da lesão (ISS) entre 16 e 24 e 35 pacientes (32,7%) apresentaram ISS maior que 25. A mortalidade decorrente de queda foi de 21,2% (7 pacientes) em um total de 47 pacientes que caíram, enquanto que a mortalidade decorrente de atropelamento foi de 51,5% (17 pacientes) em um total de 33 atropelamentos. Dos pacientes que receberam alta hospitalar (62), o tempo médio de internação foi de 2,38 dias (1 a 92). A mortalidade geral foi de 30,8% (33 pacientes), sendo que 24 óbitos (72,8%) ocorreram nas primeiras 48h do atendimento hospitalar. **CONCLUSÕES:** 1) A mortalidade por trauma na população idosa é maior que na população em geral; 2) TCE foi a principal lesão encontrada. **REFERÊNCIAS:** 1. J Trauma Acute Care Surg. 2013 May;74(5):13636. doi: 10.1097/TA.0b013e31828b82f5. Advanced trauma life support (ATLS®): the ninth edition.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma no Idoso | Perfil de Trauma | Elderly

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2351

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil epidemiológico dos doentes atendidos na sala de trauma de um hospital de atendimento de alta complexidade

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANILA GOMES (HC-FMUSP), PEDRO HENRIQUE FERREIRA ALVES (HC-FMUSP), LEILA SUEMI HARIMA LETAIF (HC-FMUSP), MARCELO CRISTIANO ROCHA (HC-FMUSP), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HC-FMUSP), LEONARDO BRANCO AIDAR (HC-FMUSP), LUCAS MAITTO MARTINS (HC-FMUSP), ALEXANDRE SALDIVA ROSENBLATT (HC-FMUSP)

RESUMO: O objetivo deste estudo é traçar um perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma atendidos no Pronto Socorro de alta complexidade do Hospital das Clínicas de São Paulo. Foram analisados os dados referentes ao atendimento de vítimas de trauma registrados em um banco de dados eletrônico que é preenchido a cada atendimento. Entre janeiro de 2015 a julho de 2016 foram registrados 869 pacientes atendidos em nosso serviço sendo 687 do sexo masculino (79%) e 485 com idade entre 18 e 39 anos. Crianças com idade inferior a 12 anos corresponderam a 28 pacientes e idosos com idade superior a 60 anos a 95 pacientes (11%), sendo queda o mecanismo de trauma mais comum, em 50 pacientes (52,6%) seguido de atropelamento (26 pacientes, 27,3%). Entre os mecanismos de trauma, agressão ocorreu em 37 pacientes, atropelamento em 154, queda de altura em 191, queda de moto em 217 e outros mecanismos em 269 casos (incluindo colisão automobilística, choque elétrico, queimadura, ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca, empalhamento, soterramento e desconhecido). O transporte aeromédico foi utilizado em 220 pacientes (25,35%), o suporte avançado de vida em 249 (28,65%) e o suporte básico em 322 (37%). Meios próprios foram utilizados por 27 pacientes e 51 pacientes foram trazidos pela polícia militar. O ISS médio foi de 25,6 sendo que 340 pacientes tinham ISS maior do que 24. Ocorreram 51 óbitos durante o atendimento inicial, com ISS acima de 24 em 50 deles. Um paciente com trauma exclusivo de extremidades evoluiu a óbito durante as primeiras 24h do atendimento. Traumatismo cranioencefálico grave (com ECG menor ou igual a 8) foi observado em 259 pacientes. Nossa amostra nos permite observar que o Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da FMUSP atende pacientes vítimas de traumas graves, em que a sistematização do atendimento é primordial para diminuir a mortalidade e a morbidade desta doença. O preparo e integração das equipes é fundamental para otimizar o atendimento desses pacientes, que chegam provenientes de diferentes tipos de meios de transporte e demandam diferentes condutas de acordo com mecanismos variados de trauma. PARREIRA,, JG et al. Implantação de registro de trauma como ferramenta para melhorar a qualidade do atendimento a traumatizados: os primeiros 12 meses. Rev. Col. Bras. Cir. 2015; 42(4): 265-272 PARREIRA, JG et AL. Registro de Trauma. In Doença Trauma: fisiopatogenia, desafios e aplicação prática. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma no Brasil | Perfil de Trauma | Perfil epidemiológico

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2359

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uso da telemedicina na tomada de decisão após lesão por esmagamento

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMILA ALOISE CRUZ (HIAE), MILTON STEINMAN (HIAE), GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA (HIAE), LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS (HIAE), FELIPE MARTIN BIANCO ROSSI (HIAE), PAULO MARCOS LONGUINI MAZILI (HIAE)

RESUMO: Introdução:A decisão entre amputação e preservação de um membro multilado permanece um desafio e a determinação final deve ser feita pelo médico especialista baseado nas condições clínicas do paciente. Entretanto serviços que não dispõem de cirurgia vascular podem se beneficiar de uma interconsulta por telemedicina, principalmente em casos de urgência e paciente grave sem condições de transferência. Relato de caso:Paciente do sexo masculino de 16 anos vítima de atropelamento por ônibus sofrendo esmagamento de membros inferiores foi trazido ao pronto atendimento de hospital secundário orientado e hemodinamicamente estável apresentando extensa ferimento corto contuso em coxa esquerda com perda de partes moles, exposição óssea, palidez, pulsos distais ausentes, anestesia e ausência de motricidade.Avaliado pela equipe de Ortopedia, que indicou cirurgia de urgência após diagnóstico de fratura de fíbula e tíbia direita e fratura exposta de fêmur esquerdo (Gustilo 3C).No intra-operatório identificada secção completa de artéria poplítea esquerda e veia poplítea esquerda sendo solicitada presença da equipe de cirurgia geral que optou por shunt arterial temporário e ligadura venosa.Após melhora da perfusão do pé esquerdo, o término do procedimento ortopédico foi realizado com colocação de fixadores externos.Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica necessitando de transfusão sanguínea maciça. No primeiro pós operatório, em UTI, mantinha-se grave sem condições de transporte para avaliação externa. Optou-se por discussão do caso pelo serviço de telemedicina, em junta médica virtual formada por cirurgião vascular e do trauma que sugeriram amputação transfemoral esquerda. Foi realizada amputação pela equipe de Cirurgia Geral. O paciente retornou à UTI apresentando melhora gradual e recebendo alta hospitalar no 9º pós operatório. Conclusão:Em virtude do elevado número de casos de esmagamento de membros inferiores considerados limítrofes e com um prognóstico imprevisível, a decisão de amputar ou de salvar um membro deve ser cuidadosamente avaliada. A telemedicina na prática médica proporciona uma avaliação especializada de forma mais rápida, diminuindo o número de encaminhamentos, reduzindo a vulnerabilidade a erros médicos e aumentando a qualificação médica devido ao compartilhamento de conhecimento, podendo melhorar a qualidade do serviço. Nesse caso descrito a teleconsulta foi fator determinante na evolução e prognóstico favorável desse paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Telemedicina | Amputação | Trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2381

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tamponamento cardíaco tardio por pericardite purulenta: um relato de caso e revisão

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO JOSE DA COSTA MEDEIROS (ICEA), HUGO MARLON DE CASTRO NEGREIROS (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE - FHAJ), LUIZ DA GAMA PESSOA IV (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE - FHAJ), AGUINALDO JOSE MENDES DE SOUSA FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), ISABELLE NASCIMENTO COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS)

RESUMO: Introdução: a pericardite é um processo inflamatório do pericárdio com múltiplas causas e que pode ser primário ou secundário, pode cursar com ou sem derrame pericárdio e com constrição pericárdica. No presente caso observamos um exemplo de pericardite secundária pós-traumática causada por contaminação do agente agressor (arma branca) e com evolução para uma das piores complicações: tamponamento cardíaco. Métodos: descrever um caso clínico observado em um serviço de cirurgia de urgência e emergência de Manaus-AM e fazer uma breve revisão sobre o tema. Conclusão: o tamponamento cardíaco agudo é uma condição relativamente comum nos casos de ferimento cardíaco, pode ocorrer em 80% dos casos, já os casos de tamponamento tardio são raros. É muito importante ter um alto índice de suspeita das lesões cardíacas e observar que o ultrassom na sala de trauma tem suas limitações com sensibilidade em torno de 56%, e quando necessário o paciente deve ser submetido a janela pericárdica subxifóidea que chega a ter uma sensibilidade de 100% na detecção de lesões cardíacas .

PALAVRAS-CHAVES: Traumatismo cardíaco | Tamponamento cardíaco tardio | Pericardite purulenta

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2406

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Toracostomia x toracotomia no trauma torácico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE GUSMAO CUNHA (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), VICTOR DA PAIXÃO GUIMARÃES (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), LOHANA SANTANA ALMEIDA DA SILVA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), LORENZA ANDRÉS ALMEIDA DE SOUZA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), GRAZIELE DANTAS VIEIRA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), MATEUS FAGUNDES GÓES (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), DANIEL ROCHA PARANHOS (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Lesões torácicas acometem aproximadamente 60% dos pacientes politraumatizados, sendo responsáveis por 25% da mortalidade relacionada ao trauma. Embora frequentes e com índice de mortalidade elevado estudos revelam que a toracostomia isoladamente é suficiente para o tratamento da maioria das lesões torácicas traumáticas. OBJETIVOS: Avaliar os pacientes com trauma torácico atendidos em Hospital de referência em Emergência e Trauma (Hospital do Subúrbio), Salvador-Ba demonstrando os procedimentos a que foram submetidos bem como suas complicações, resultados e perfil demográfico. MÉTODOS: Foi realizado estudo retrospectivo baseado na revisão de prontuários de Janeiro de 2014 a Março de 2016, com dados coletados em prontuários eletrônicos na discriminada unidade sendo incluídos pacientes vítimas de trauma torácico, avaliados pela cirurgia geral. RESULTADOS: Foram analisados 159 prontuários, dos quais 137 foram incluídos no estudo. A média de idade dos pacientes foi de 34 anos, variando entre 16 e 89 anos, com predomínio do sexo masculino. O trauma penetrante por arma de fogo foi o mais frequente embora o trauma contuso por mais variados motivos tenham uma ocorrência importante. Os traumas foram diagnosticados como: hemotórax (39,4%), pneumotórax (27%) e hemopneumotórax (32,1%). Todos os pacientes foram submetidos à toracostomia, das quais 19% evoluíram com complicações secundárias ao procedimento, destacando-se as complicações infecciosas e derrame pleural. O tempo médio de realização da toracostomia foi de 34 minutos e o tempo médio da chegada até realização do procedimento foi de 12 horas e 44 minutos. A toracotomia foi realizada em apenas 8,7% CONCLUSÃO: O trauma torácico acomete predominantemente adultos-jovens (34 anos) do sexo masculino e a toracostomia revelou-se tratamento definitivo na maioria dos casos, sendo considerado um método de abordagem seguro nestes pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: toracostomia | toracotomia | trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2418

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MANEJO LAPAROSCÓPICO DE TRAUMA PANCREÁTICO ISOLADO EM CRIANÇA? Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), MILTON STEINMAN (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), CAMILA ALOISE CRUZ (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), PAULO MARCOS LONGUINI MAZILI (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN), FELIPE MARTIN BIANCO ROSSI (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: IntroduçãoEmbora o trauma pancreático seja um evento raro, o pâncreas é o quarto órgão abdominal sólido mais acometido no trauma abdominal fechado e deve ser especialmente investigado em pacientes com trauma no andar superior do abdome. O comprometimento do ducto pancreático principal constitui a base para classificação da lesão pancreática pela American Association for the Surgery of Trauma (AAST), e esta guia o manejo da lesão entre abordagem cirúrgica ou conservadora.Relato do CasoMenino, 8 anos de idade, atendido no Hospital Abert Einstein, em janeiro de 2017, com histórico de trauma por queda de bicicleta. Na avaliação primária, o paciente encontrava-se alerta, sem comprometimento de via aérea ou alteração hemodinâmica, queixando de dor no membro superior direito, sem outras alterações ao exame inicial. Na avaliação secundária, foi identificado deformidade no membro superior direito e dor a palpação abdominal. Não apresentava hematoma ou sinais de irritação peritoneal. Solicitado tomografia computadorizada de abdome que evidenciou laceração pancreática grau III (AAST), sem outras lesões aparentes intra-abdominais. Indicado tratamento cirúrgico, e o paciente foi submetido a pancreatectomia corpocaudal com preservação esplênica e drenagem do leito pancreático, por via laparoscópica. O paciente apresentou adequada evolução no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no PO7. No seguimento ambulatorial foi identificado fístula pancreática de baixo débito, sem comprometimento sistêmico, tratada conservadoramente com resolução espontânea em 14 dias.ConclusãoO trauma pancreático é raro e de difícil diagnóstico, devendo-se manter alta suspeita em casos de trauma fechado no andar superior do abdome. A TC é o método de escolha para investigar lesões pancreáticas e permite classificar a gravidade da lesão. O tratamento consiste primariamente em controle hemodinâmico e posterior tratamento definitivo da lesão. No caso relatado, o paciente não apresentou instabilidade hemodinâmica e foi prontamente submetido ao tratamento cirúrgico por via laparoscópica, abordagem esta que possibilitou a preservação esplênica com segurança, permitindo menor trauma cirúrgico ao paciente. O manejo laparoscópico é uma abordagem viável e minimamente invasiva, que pode ser aplicado na abordagem de pacientes com trauma pancreático fechado com estabilidade hemodinâmica, e deve ser incentivada em centros que possuam profissionais habilitados e experientes em técnica laparoscópica.

PALAVRAS-CHAVES: trauma|abdominal|pâncreas

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2446

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA DE LARINGE: REVISAO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA BARROS DA ROCHA (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), FELIPE MARTINS DEVAI (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), HANA RAYSSA MATTOS DE LOSSIO E SEIBLITZ (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), CRISTHIAN JAILLITA MENESES (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), MONICA PATRICIA (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), JOÃO CARLOS FALONE NUNES (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), CAMILA ABELHA BINATTO (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO), HISASHI AOYAGI (HOSPITAL MUNICIPAL CARMINHO CAMICCHIO)

RESUMO: Resumo: Este trabalho se refere a um caso de trauma lácero-cortante no pescoço provocado por tentativa de suicídio através de faca, em que houve lesão de laringe e traqueia apenas, sem acometimento vascular. No trauma de laringe e traqueia, o paciente pode apresentar, alterações da voz, dispneia, estridor, enfisema subcutâneo podendo evoluir com estenose, aspiração e morte. O relato do caso é importante por ser um trauma corto-contuso extenso, raro e que apesar da gravidade, o paciente conseguiu ser submetido a cervicotomia exploradora que concedeu prolongamento da sua vida, contudo evoluindo a óbito em pós-operatório tardio por sepse de foco pulmonar. Introdução: O trauma de laringe e traqueia é raro, basicamente devido à posição anatômica desta estrutura. O reconhecimento precoce das lesões de laringe requer alto índice de suspeição, com base no mecanismo de trauma e nos achados clínicos identificados durante o exame do pescoço, da coluna cervical e do tórax. Sinais e sintomas clínicos incluem estridores, insuficiência respiratória aguda, dor cervical. Procedimentos diagnósticos como laringoscopia direta, broncoscopia e tomografia computadorizada com angiografia trazem benefício ao paciente, se suas condições permitirem. A prioridade inicial no atendimento do paciente com lesão traumática é manter a via aérea superior desobstruída e com controle local do sangramento, além da estabilização da coluna cervical. O tratamento das lesões laringotraqueais engloba o manejo não operatório e operatório, ambos preferencialmente conduzidos por um cirurgião do trauma. O tratamento não operatório inclui, ainda administração de antibiótico profilático, inibidores da bomba de prótons, observação rigorosa e follow up com broncoscopia. Há estudos que recomendam cervicotomia exploradora nos traumas de pescoço, independente do quadro clínico, desde de que a lesão tenha ultrapassado o musculo platisma. Considerando-se o mecanismo de trauma e suspeita de lesões associadas, além da experiência da equipe cirúrgica, a escolha do tipo de incisão na cervicotomia pode ser distinta para cada paciente. A maioria dos pacientes possui melhor prognostico quando submetida a intervenção cirúrgica precoce. Óbitos relacionados a lesões laríngeas são reportados em ate 40% e estão diretamente relacionados com o comprometimento das vias aéreas. Portanto, quanto mais precoce o diagnostico e tratamento das lesões, melhor prognostico, diminuído a incidência e gravidade das sequelas pós-trauma.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA|LARINGE|TRAQUEIA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2449

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM RUPTURA TRAQUEAL EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), DEODATO ROLIM CARTAXO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), CAIO AUGUSTO RÉGIS PAULO NETO DE ALMEIDA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE)

RESUMO: Introdução: As rupturas traqueobrônquicas, pós-trauma, são patologias muito graves e em uma proporção importante dos casos são fatais antes que o paciente possa receber atendimento adequado para este tipo de emergência. As rupturas totais são pouco frequentes após trauma fechado, já que a traqueia da criança é muito flexível. Em 80% as rupturas ou lacerações da traqueia torácica ocorrem na porção distal, próximas à carina traqueal. Embora nas crianças os 2/3 da traqueia sejam extratorácicos, ela está mais protegida pela mandíbula e pelo pescoço, que é curto. Relato de Caso: Paciente sexo feminino, 3 anos de idade, vítima de acidente automobilístico, ingressou no hospital de urgência e emergência, com enfisema subcutâneo e insuficiência respiratória aguda devido a uma laceração traqueal pós-trauma torácico fechado. Evoluiu com parada cardíaca sendo realizadas manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), seguida de drenagem pleural bilateral, da qual resultou grande e persistente fuga aérea. Foi avaliada pelo serviço de cirurgia torácica, onde foi realizada fibrobroncoscopia, que evidenciou uma laceração traqueal sendo submetida à toracotomia lateral direita. Identificou-se laceração de quase 1 cm no 1/3 na junção da traqueia com o brônquio principal direito. Depois de reativadas as bordas, a ferida foi suturada com fio de PDS e recoberta com retalho de pericárdio. A paciente evoluiu favoravelmente da injúria traqueal, mas ficou com sequelas neurológicas como consequência do TCE, das quais se recuperou quase completamente. Conclusão: As rupturas traqueobrônquicas em crianças são raras. Os acidentes de trânsito continuam sendo a primeira causa para este tipo de lesões, seguidos por acidentes no esporte e no lar. Se o paciente estiver estável sob drenagem pleural a TC de tórax pode ser realizada. A fibrobroncoscopia diagnóstica está formalmente indicada em todos os pacientes com traumas severos com pneumotórax e que drenados exibem grande fuga aérea. A broncoscopia e a abordagem cirúrgica precoces evitam complicações graves como a mediastinite e o empiema.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA|TORACOTOMIA|CIRURGIA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2470

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia diafragmática à direita tardia associada a suboclusão intestinal: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO HAFEMANN MOSER (HOSPITAL REGIONAL DO ALTO VALE), GABRIELA VIEIRA BORGES (HOSPITAL REGIONAL DO ALTO VALE), KARINA ILHEU DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DO ALTO VALE), JOSÉ FERNANDO SENS JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL DO ALTO VALE), JORGE EDMUNDO CALDERON CHAVEZ (HOSPITAL REGIONAL DO ALTO VALE)

RESUMO: Introdução A hérnia diafragmática corresponde a enfermidade em que estruturas da cavidade abdominal atravessam a abertura causada pelo trauma e ficam alojados na cavidade torácica. Este fenômeno é raro e a grande maioria não é diagnosticada na emergência. Podem ser causadas por trauma contuso, penetrante ou iatrogênico, sendo a primeira mais prevalente. As hérnias diafragmáticas são mais comuns à esquerda, justificado pela proteção do fígado à direita. Apesar de menos comuns, as hérnias à direita são mais graves e podem cursar com alterações hemodinâmicas. O diagnóstico dessa enfermidade ainda é um desafio, principalmente pela falta de manifestações clínicas quando aguda. Relato de caso Homem de 67 anos foi encaminhado ao Pronto Socorro para investigação de oclusão intestinal após realização de colonoscopia. Na admissão, refere que iniciou com quadro de dor abdominal associada a sintomas de suboclusão intestinal intermitentes nos últimos 6 meses. Ao exame físico, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuídos em base pulmonar direita, sem ruídos adventícios. Abdômen flácido, com ruídos hidroaéreos presentes e dor a palpação de flanco direito. Colonoscopia realizada anteriormente aponta ponto de oclusão em ângulo esplênico, suspeitando de estenose. Exames laboratoriais sem alterações. Realizada radiografias de abdômen agudo, na qual a única alteração foi elevação de cúpula diafragmática direita. Tomografia computadorizada confirma presença de hérnia diafragmática direita contendo alças intestinais e rim direito. Questionado sobre traumas prévios, paciente refere queda de altura de 4 metros 3 anos antes, sendo atendido na ocasião e liberado. Paciente foi submetido a laparotomia com reparo primário do defeito, associando sutura e colocação de tela. Não houve complicações no pós-operatório, recebeu alta no 5º dia após cirurgia. Segue em acompanhamento ambulatorial, assintomático e com Tomografia Computadorizada de controle apontando resolução do quadro. Conclusão A hérnia diafragmática direita pode cursar com complicações graves de alta morbi/mortalidade, portanto o diagnóstico e tratamento precoce são importantes. Deve ser suspeitado sempre em traumas graves, mesmo que não sejam diretamente relacionados à transição toraco-abdominal. A Tomografia Computadorizada multislice é o exame de escolha e o tratamento pode ser realizado por laparotomia ou toracotomia.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia diafragmática | Hérnia diafragmática traumática | Oclusão intestinal

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2648

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA TORÁCICO POR PAF EVOLUINDO COM EMPIEMA PLEURAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Atualmente, cerca de 25% das mortes em politraumatizados são consequentes ao trauma torácico. As lesões de tórax podem ser classificadas em traumas abertos e fechados, que diferem entre si pela comunicação da cavidade torácica com o meio externo. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de trauma torácico aberto com evolução para Empiema Pleural.**CASO CLÍNICO:** WNL, 27 anos, masculino, pardo, previamente hígido, proveniente de Araguaína-TO, foi encaminhado a Unidade Hospitalar devido ferimento por arma de fogo (PAF) com orifício de entrada em ápice de hemitórax direito apresentando-se taquicárdico, taquidispneico, sudoreico, com cianose de extremidades. Foi submetido a toracostomia com drenagem pleural fechada em selo d? água à direita com débito de 1300mL de aspecto sanguinolento. No 1º dia de internação hospitalar (DIH) apresentou-se hipocorado, taquidispneico e sem déficit motor, com murmúrio vesicular (MV) diminuído à direita com presença de roncosp difusos, drenagem de 800mL de aspecto sanguinolento. Foi realizado Tomografia Computadorizada de coluna torácica e Reconstrução Sagital de Coluna Lombar que evidenciou presença do projétil em T10, porém sem comprometimento do canal espinhal. No 2º DIH, paciente persiste sem déficit motor, MV diminuído, roncosp difusos e evolui com quadro de escarros hemoptoicos. No 6º DIH evolui com alteração radiográfica correspondente à hemotórax, mantendo-se estável com persistência dos escarros hemoptoicos por 11 dias. No 13º DIH foi realizado procedimento cirúrgico com evacuação de coágulos, indução de estreptoquinase intrapleural e toracostomia com drenagem pleural fechada à direita, evoluindo com cessação do quadro de escarros hemoptoicos. No entanto, persiste com dor torácica à inspiração, dispneia e débito do dreno entre 100 a 500ml. Por isso, foi submetido à Toracotomia, Decorticação Pulmonar e Drenagem Torácica Fechada Anterior e Posterior à Direita no 16º DIH, onde foi evidenciado no intra-operatório Empiema Pleural. Com isso, iniciou-se antibioticoterapia com Vancomicina e Imipenem e manutenção da Fisioterapia Respiratória. Paciente apresenta boa evolução com melhora clínica, e recebe alta no 23º DIH sem queixas e em bom estado geral.**CONCLUSÃO:** Embora a incidência de morte nas lesões torácicas ocupe lugar de destaque nas estatísticas, grande parte dos pacientes, pode ser tratada prontamente com suporte ventilatório, analgesia e drenagem pleural, e somente 15-30% necessitarão de uma toracotomia.

PALAVRAS-CHAVES: PAF | EMPIEMA | PLEURAL

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2683

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A UTILIZAÇÃO DA COLOSTOMIA NA LESÃO PERFURANTE DO RETO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA HARA NAHIME (UNITAU), LARISSA BEATRIZ ROMBOLI ROCHA (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), JÚLIO CÉSAR MORENO JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), LUCAS SAN MARTIN CARVALHO CORRÊA (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), RICARDO CARTAXO FILHO (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), VINICIUS FRALETTI RICCI (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), LUIZ EDUARDO LIMA RAMOS (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP), VALDEMIR JOSE ALEGRE SALLES (HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAÍBA- HRVP)

RESUMO: Objetivo: Analisar o emprego e a indicação da colostomia no paciente vítima de trauma retal, correlacionando-os à população atingida, causa básica do trauma e tipo de ostomia realizada. Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo e transversal envolvendo 19 pacientes vítimas de trauma retal devido a variadas causas e submetidos a confecção de colostomia. Resultados: Observamos o predomínio no sexo masculino em 79% dos casos (15 pacientes), com uma média de idade de 35,8 anos, tendo a idade mínima de 16 anos e máxima de 70 anos. A realização de colostomia no trauma retal teve como principal causa: - o ferimento por projétil de arma de fogo, que ocorreu em 47,4% (9 pacientes); - empalamento em 26,3% (5 pacientes); - o trauma abdominal fechado em 15,8% (3 pacientes); - manipulação ginecológica em 10,5% (2 pacientes). Nos pacientes traumatizados por projétil de arma de fogo a média de idade foi 29,7 anos e no empalamento de 51,2 anos. Quanto ao tipo de colostomia realizada, encontramos: - a sigmoidostomia em alça foi confeccionada em 11 casos (6 devido a lesão intra-peritoneal e 5 por lesão extra-peritoneal); - a transversostomia em alça com 4 casos (3 devido a lesão intra-peritoneal e 1 devido a lesão extra-peritoneal); - a sigmoidostomia terminal em 4 casos, todas devido a lesão intra-peritoneal do reto. Conclusão: A sigmoidostomia em alça foi indicada de forma semelhante na lesão retal tanto intra quanto extra-peritoneal e a sigmoidostomia terminal foi indicada exclusivamente na lesão do reto intra-peritoneal. A lesão traumática do reto representa uma das principais indicações da realização de colostomia envolvendo indivíduos em uma faixa etária mais jovem. A lesão do reto intra-peritoneal ocorreu em 13 pacientes, ou seja, em 68,4% dos casos, condição que está freqüentemente associada a presença de múltiplas lesões viscerais na cavidade peritoneal ou de outros órgãos extra-peritoneais. Em todas as cirurgias, a confecção da colostomia foi efetiva na condução do trauma retal. O desvio do trânsito fecal, secundário a realização da colostomia, é um tempo fundamental no tratamento de pacientes vítimas de lesões do reto. Referências: 1. Champion HR, Sacco WJ, Copes WS et al. A revision of the trauma score. J Trauma 2013; 29: 623-9. 2. Lake JP, Essani R, Petrone P, Kaiser AM, Asencio J, Beart Jr RW. Management of retained colorectal foreign bodies: predictors of operative intervention. Dis Colon Rectum 2014; 47: 1694-98

PALAVRAS-CHAVES: LESÃO DE RETO | COLOSTOMIA | CIRURGIA DE URGÊNCIA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2685

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO DE LESÕES ESPLÊNICAS TRAUMÁTICAS E SUAS COMPLICAÇÕES EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATEUS QUARESMA MENDONÇA (HUGOL), LUCAS VIANA FAISANO (HUGOL), VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO (HUGOL), LEANDRO CAMPOS DONA (HUGOL), REINALDO NEVES JUNIOR (HUGOL)

RESUMO: OBJETIVO: Relatar estatisticamente e de forma comparativa as lesões esplênicas traumáticas no serviço de cirurgia geral do Hospital de Urgências Otávio Lage de Siqueira-HUGOL, além das opções terapêuticas utilizadas e suas principais complicações pós-operatórias. MÉTODOS: Análise dos prontuários médicos eletrônicos (MVPEP), exames laboratoriais e de imagem de 126 pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico de lesão esplênica traumática. Os quesitos avaliados foram: idade, tempo de internação hospitalar, mecanismo do trauma [fechado ou penetrante (arma de fogo ou arma branca)], grau da lesão esplênica segundo a Associação for the Surgery of Trauma (AAST), número de cirurgias abdominais, lesão de órgãos associados, indicação cirúrgica realizada por meio de exame físico ou por exame de imagem, drenagem ou não da cavidade abdominal em loja esplênica, tipo de dreno utilizado e principais complicações pós-operatórias como: fistula pancreática, abscesso intracavitário, hemorragia pós-operatória, plaquetose e necessidade de reabordagens. RESULTADOS: O trabalho visa relatar os 126 casos de lesão esplênica traumática que culminaram em tratamento cirúrgico, admitidos durante o período de Julho de 2015 até Dezembro de 2016, além de suas principais complicações pós-operatórias. Do ponto de vista estatístico, foi evidenciado maior acometimento entre os homens em relação às mulheres, além de uma faixa etária média de 35 anos, período médio de internação de 12 dias. Da totalidade, 95 foram causados por trauma abdominal fechado, 16 por trauma abdominal penetrante, sendo destes 11 causados por ferimento por arma de fogo (FAF) e 5 por ferimento por arma branca (FAB). 1 paciente apresentou lesão esplênica grau I, 5 grau II, 24 grau III e 46 grau IV e 17 grau V segundo a AAST. Todos os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico, sendo a esplenectomia total o procedimento de escolha na totalidade dos casos, dos quais 10 pacientes foram submetidos a reabordagens por complicações pós-operatórias. As complicações mais observadas foram: 8 casos de fistula pancreática, 13 casos de abscesso intra-abdominal, 4 casos de hemorragia pós-operatória, 4 casos de plaquetose, 12 casos de óbito pós-cirurgia e 3 no intra-operatório. CONCLUSÃO: Concluímos que a lesão esplênica é uma das lesões mais comuns no trauma e seu grau de lesão é fundamental para definir a conduta terapêutica. Mesmo se demonstrando como um procedimento de curto período de internação este foi cercado de complicações pós-operatórias.

PALAVRAS-CHAVES: ESPLENECTOMIA | DRENO ABDOMINAL | TRAUMA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2695

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Exploração cirúrgica de tamponamento cardíaco tardio pós ferimento por arma branca: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO HENRIQUE MENDES RIBEIRO MAIA (UFBA), ANDERSON RICARDO DOS S.CANÇADO (HGRS)

RESUMO: Introdução: O tamponamento cardíaco penetrante tardio é uma condição rara, podendo ocorrer dias ou semanas após o trauma. Apresentamos um caso de paciente com tamponamento cardíaco tardio, que apresentou sintomas com 3 dias após o trauma penetrante inicial, com recorrência da patologia após 3 semanas. Relato do Caso: Paciente J.V.R. sexo masculino, 30 anos, admitido (26/10/2015) com história de três (3) ferimentos por arma branca (FAB), há dois (2) dias da admissão, em regiões precordial (2cm abaixo da fúrcula esternal), cervical esquerda e dorsal paravertebral (altura de T4) à direita. No dia do sinistro foi realizada sutura de laceração de pele e Rx de tórax, em uma outra unidade hospitalar, recebendo alta logo em seguida. Deu entrada com quadro de dispneia e hipotensão, associado a estase de jugulares. Realizou TC de pescoço e tórax sem contraste mostrando pequena quantidade de gás em permeio ao tecido subcutâneo na parede torácica anterior e derrame pericárdico. Foi feito diagnóstico de tamponamento cardíaco sendo submetido a pericardiocentese de alívio com retirada de 40ml de líquido hemático. Realizou ecocardiograma (03/11/2015) mostrando mínimo derrame pericárdico (lateral) e sem anormalidades. Realizou nova TC de tórax (13/11/2015) mostrando volumoso derrame pericárdico, porém seguia estável hemodinamicamente. Após 22 dias do trauma (17/11/2015), paciente evoluiu com dispneia, dor torácica intensa, taquicardia (120 bmp), taquipnéia (38 ipm), estase de jugulares, abafamento de bulhas sem hipotensão (110 x 70 mmHg) e febre. Foi realizado punção pericárdica, sem sucesso, sendo então submetido a toracotomia esquerda com abertura do pericárdio e colocação de dreno torácico em selo d'água, após retirada de coágulos do espaço pericárdico. Permaneceu em unidade de terapia intensiva (UTI) por 3 dias e então transferido para a enfermaria. No 7º dia após toracotomia o dreno torácico foi retirado, recebendo alta hospitalar. Conclusão: Este caso demonstra a necessidade de um procedimento mais invasivo (janela pericárdica, toracotomia) para pacientes que evoluem tardiamente com nova tríade de Beck após uma pericardiocentese inicialmente bem sucedida.

PALAVRAS-CHAVES: Tamponamento cardíaco tardio | Arma branca | Toracotomia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2719

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise de óbitos em acidentes com motociclistas em Cuiabá nos 2004 a 2014: estudo epidemiológico.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉIA RENATA DE ANDRADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO), AMANDA SANTANA ARAÚJO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO), JOSÉ NEVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO)

RESUMO: Introdução: De acordo com uma lista divulgada pelo Batalhão de Transito Urbano e Rodoviário de Mato Grosso, apenas no primeiro trimestre de 2012, foram feitas 1.688 notificações a motociclistas por dirigir veículo sem possuir a Carteira Nacional de Habilitação. Esse dado reflete no grande número de acidentes que ocorrem na capital do MT, que quando não resulta em óbito, ocupa grande número de leitos em hospitais devido à vulnerabilidade do motociclista na hora do acidente. Objetivo: Demonstrar a epidemiologia dos acidentes de transporte envolvendo motociclistas que foram a óbito, nos anos de 2004 a 2014, por faixa etária e sexo. Método: Estudo epidemiológico descritivo, cujos dados foram obtidos por meio de consulta às seguintes bases de dados: SEMOB (Secretaria de Mobilidade Urbana), SIM (sistema de informação sobre Mortalidade), disponibilizados pelo Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Resultados: Optou-se por consultar a fonte de informação DATASUS, por ser de fácil acesso e rápida para a obtenção de dados e informações em saúde, ainda pouco utilizada, e que está ao alcance de qualquer profissional ou pesquisador. Dados demonstram que no período estudado ocorreram 440 óbitos de motociclistas, na cidade de Cuiabá, desses, 382 foram no sexo masculino (86,81%). Observa-se que a maior faixa etária acometida é da população de 20 a 39 anos em ambos os sexos, sendo que a faixa etária de 20 a 29 anos, no sexo masculino, foi responsável por 175 óbitos no total (39,77%). Nota-se que os extremos de idade tem uma menor mortalidade, por esse tipo de acidente, com apenas 10 óbitos. Não foram analisados nesse estudo a presença ou ausência de equipamentos de proteção, assim como a análise dos tipos de traumas que resultaram em óbitos. Conclusão: Obteve-se um panorama epidemiológico da mortalidade de motociclistas, devido a acidente de transporte com motos em Cuiabá, nos indivíduos de faixa etária de 1 a 79 anos. Esses resultados podem ser uma ferramenta útil para os setores de saúde; para prevenção e melhor resposta no tratamento de pacientes traumatizados; e por fim, diminuir a mortalidade desse grupo. A Semob, esses dados, contribuem para programação de campanhas de prevenção de acidentes para esses condutores; e o Departamento de Polícia programar melhor a sua atuação na fiscalização. Bibliografia Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Prefeitura de Cuiabá. Secretaria de Mobilidade Urbana.

PALAVRAS-CHAVES: acidentes | motociclistas | cuiabá

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2749

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÃO TRAUMÁTICA DE TRONCO TIREOCERVICAL ESQUERDO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (OPHIR LOYOLA), NATALIE ALMEIDA SILVA (OPHIR LOYOLA), FABIO ALVES MORIKAWA CALDEIRA (OPHIR LOYOLA), LEANDRO DE SOUSA COELHO (OPHIR LOYOLA), VICTOR DE FREITAS FERREIRA (OPHIR LOYOLA), HIGOR LUCIANO SERIQUE GATO LEITE (OPHIR LOYOLA), LARA BEATRIX SNIJDERS RIZZI ROGERIO (OPHIR LOYOLA), ERIKA SILVA SPESSIRITS (OPHIR LOYOLA), ALLAN HERBERT FELIZ FONSECA (OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As lesões cervicais penetrantes estão presentes em 5-10% das pacientes vítimas de trauma, com uma mortalidade estimada em 3-10%. Os ferimentos penetrantes são mais comumente causados por arma de fogo, mecanismo que possui maior mortalidade. RELATO DE CASO: R.P.L, 21 anos, sexo masculino, deu entrada em hospital de referência em traumatologia em Belém/PA, encaminhado da UPA de Abaetetuba, com ferimento por arma branca em zona I cervical, na fúrcula esternal. Necessitou de intubação, sendo mantido sob sedação, em ventilação mecânica, hemoestável, normotenso e normocárdico. Evoluiu com hipotensão grave, após estabilização realizada angiotomografia computadorizada com evidência de hematoma em região cervical à esquerda. Foi submetido a cervicotomia exploradora em que constatou volumoso hematoma muscular. Durante o inventário, ocorreu destamponamento de lesão arterial e sangramento profuso, na base do pescoço, o qual foi controlado parcialmente com sonda de Foley. Realizou-se ligadura táctica da veia jugular interna. Foi necessário sectionar e ligar o ducto torácico. Identificou-se secção do tronco tireocervical esquerdo junto à sua origem na artéria subclávia, o qual foi tratado com ligadura. Apesar de várias tentativas, persistiu discreto escape difuso de linfa sendo inserido dreno portovac. Paciente permaneceu em CTI no pós-operatório, mantendo-se hemoestável com uso de droga vasoativa. Dreno à vácuo com secreção amarelo citrina, em pequena quantidade. Radiografia de tórax demonstrou área de hipotransparência em todo hemitórax esquerdo. Evoluiu com estado hipercatabólico e foi iniciada Nutrição Parenteral Total. Atualmente, permanece grave em CTI, sob cuidados intensivos. CONCLUSÃO: Os ferimentos cervicais penetrantes são de alta complexidade devido à presença de grande quantidade de estruturas vitais alojadas em um pequeno espaço. O diagnóstico e a intervenção precoces são fundamentais para redução da morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma | Arma branca | Ferimento cervical

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2764

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE PERFURAÇÃO ESOFÁGICA TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA (IJF-CE), ÍTALO EUGÊNIO SOUZA GADELHA DE ABREU (IJF), HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO (IJF), FRANCISCO MARTINS NETO (IJF), GOTARDO DUARTE DUMARESQ (IJF)

RESUMO: Introdução: As perfurações traumáticas do esôfago possuem manejo clínico complexo e requerem condutas individualizadas. O tratamento conservador das lesões relacionadas ao trauma do esôfago permanece um tema controverso. Relatamos aqui caso de paciente com ferimento por projétil de arma de fogo toracoabdominal com lesão de esôfago distal tratado de maneira conservadora. Relato do Caso: Adolescente, 15 anos, deu entrada na emergência de hospital secundário na cidade de Fortaleza/CE, vítima de perfuração por projétil de arma de fogo com orifício de entrada em hemitórax direito (HTD) e alojando-se em parede de hemitórax esquerdo (HTE). Evoluiu com hemopneumotórax bilateral, associado a dor abdominal com sinais de peritonite, sendo submetido a laparotomia explorada e toracostomia fechada sob selo d'água. No terceiro dia de pós-operatório, após início de dieta oral, evoluiu com drenagem de secreção esbranquiçada pelo dreno de tórax esquerdo, semelhante a saliva. Foi realizado teste com azul de metileno após ingestão por via oral, que mostrou saída pelo dreno, confirmando diagnóstico de fístula esôfago-pleural. Realizada endoscopia digestiva alta que identificou orifício fistuloso de aproximadamente 7,0 mm de diâmetro em esôfago distal a 42cm da arcada dentária superior em parede póstero-lateral esquerda. Dessa maneira, paciente foi transferido para o Instituto Dr. José Frota, sendo realizada tomografia de tórax com contraste e avaliação pela cirurgia torácica. Evoluiu na enfermaria deste hospital com picos febris em uso de antibioticoterapia de largo espectro. Após 1 semana da admissão, paciente evoluiu com diminuição da secreção salivar do dreno torácico, seguida de melhora clínica e laboratorial. O caso foi discutido na sessão clínica da cirurgia geral do IJF sendo mantida a conduta conservadora. Dez dias da admissão, o mesmo apresentava melhora clínica expressiva, diminuição do débito da fístula e melhora laboratorial com retirada de dreno torácico. No décimo quarto dia, a drenagem de saliva cessou e foi confirmada que a fístula fechou por esofagograma, que mostrou o esôfago íntegro, sem trajetos fistulosos. Paciente evoluiu muito bem, indo de alta. Conclusão: o tratamento das lesões complexas de esôfago envolve uma equipe multidisciplinar, sendo complexo e desafiador para o cirurgião. No caso em questão vale salientar que houve também atraso no diagnóstico do paciente, o que poderia ter sido catastrófico.

PALAVRAS-CHAVES: PERFURAÇÃO ESOFÁGICA|TRATAMENTO CONSERVADOR|CIRURGIA DO TRAUMA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2766

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA PLEURO-CUTÂNEA APÓS TRAUMA TORÁCICO CONTUSO: RELATO DE CASO E REVISAO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA (IJF-CE), FERNANDO KENNEDY PEREIRA CHAVES (IJF-CE), HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO (IJF), GOTARDO DUARTE DUMARESQ (IJF), FRANCISCO MARTINS NETO (IJF)

RESUMO: Introdução: Fístula pleuro-cutânea é comunicação da cavidade pleural com a parede torácica. Pode ocorrer em indivíduos imunocomprometidos, com infecções piogênicas, cirurgias pulmonares, traumatismo torácico aberto, empiema, abscesso pulmonar, pneumonia ou infarto pulmonar maciço. Relatamos caso de um paciente que após espancamento e trauma torácico contuso evoluiu com formação de fístula pleuro-cutânea. Relato do caso: Homem, 18 anos, usuário de drogas ilícitas, foi vítima de espancamento com trauma torácico e abdominal, não procurando assistência médica imediata. Após 10 dias, deu entrada no departamento de emergência do Instituto Dr. José Frota (IJF) apresentando dor abdominal, febre, icterícia, queda do estado geral, taquipnéico, taquicárdico, murmúrio vesicular diminuído. Abdome apresentou sinais de peritonite. US Fast mostrou líquido livre em cavidade abdominal. Foi realizada laparotomia exploradora que mostrou líquido citrino em cavidade abdominal em moderada quantidade, associada a linfomegalia retroperitoneal. Parede torácica apresentou abaulamento importante em HTD anteriormente. Punção demonstrou coleção purulenta. Realizada incisão em parede torácica com drenagem de grande quantidade de pus e evidenciada comunicação da parede torácica com a cavidade pleural à direita, associada a fratura de costelas e de esterno, sendo realizada drenagem torácica à direita. Encaminhado à UTI. Foram realizados curativos compressivos diários na parede torácica com hidrofibra nas áreas cruentas pela Comissão Interdisciplinar de Tratamento de Feridas do IJF. Internado 15 dias na UTI, onde foram realizadas medidas de suporte clínico para insuficiência respiratória e fechamento da fístula. Paciente transferido para enfermaria, evoluindo bem. Conclusão: Os traumas torácicos fechados sem hemotórax ou pneumotórax tem uma boa evolução. Em algumas situações, sem a assistência medica inicial, o paciente pode evoluir com complicações, principalmente em paciente com baixa reserva nutricional. A drenagem adequada e curativos em uma equipe bem treinada mostrou uma boa evolução do caso.

PALAVRAS-CHAVES: FÍSTULA PLEURO-CUTÂNEA | CIRURGIA TORÁCICA | TRAUMA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2827

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: É SEGURO REALIZAR APENAS RADIOGRAFIAS E FAST NO TRAUMA CONTUSO DE TRONCO?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIOVANNA TOMAZ MODA (UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO), MAITE MAZIERO AFONSO (UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO), JOAO KLEBER DE ALMEIDA GENTILE (HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS), RENAN RODRIGUES TOLEDO (UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO), MARIANA JOAQUIM NOVAES (UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO), JONATHAN AUGUSTO VENCESLAU LIMA (UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO), PAULA MENDONÇA TAGLIETTI (HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS)

RESUMO: Objetivo: O trauma é a terceira causa de óbito mais comum no Brasil e a primeira quando se considera a faixa etária menor de 44 anos. Com a intenção de entender se os recursos mínimos de investigação são suficientes em comparação a exames complexos, decidiu-se avaliar até que ponto os exames radiológicos básico no atendimento do trauma (radiografia de tórax - RxT, radiografia de pelve RxP e o focused assessment with sonography in trauma - FAST) são efetivos para a abordagem no atendimento inicial do paciente traumatizado. Método: Foram estudados 48 pacientes vítimas de trauma abdominal fechado que, à admissão, foram submetidos RxT, RxP e FAST, baseado em dados de prontuário e exames, sem interferência do atendimento. Por não existir um protocolo específico sobre metodologia de imagem no atendimento inicial ao politraumatizado no HGG, não houve interferência na conduta do cirurgião. Resultados: Dos pacientes estudados, 68,7% apresentavam exames sem alterações aos métodos, onde 3 pacientes desse grupo apresentaram lesões graves. Os pacientes que apresentavam exames alterados correspondiam a 31,3%, pelo menos uma alteração nos métodos de imagem, deste grupo mais de 90% dos pacientes apresentaram lesões significativas diagnosticadas pelos próprios exames primários. O conjunto de exames para triagem inicial dos pacientes politraumatizado apresentou uma sensibilidade de 80% e uma especificidade de 90%, portanto, deixando claro que sua utilização como rastreio inicial para pacientes vítimas de trauma de tronco parece ser seguro. O valor preditivo positivo do teste foi de 80% e o valor preditivo negativo de 90% com uma prevalência de 31% no conjunto de exames iniciais. No estudo, o uso dos exames iniciais na avaliação primária associado ao exame físico foi capaz de diagnosticar todas as alterações, descartando lesões significativas de tronco. Dos pacientes falso-negativos, todos apresentaram alteração no exame físico, o que motivou a solicitação de TC suplementar confirmando o diagnóstico. Conclusão: O uso de radiografias e FAST associados ao exame físico seriado são uma opção de rastreio em pacientes vítimas de trauma de tronco com boa sensibilidade e especificidade, sendo uma opção confiável em centros de trauma. A TC deve ser utilizada em casos específicos e de forma seletiva, sendo a TC de corpo inteiro não indicada para uso de rotina como propedêutica de rastreio inicial em politraumatizado, sendo mais coerente com a saúde pública brasileira.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA DE TRONCO|EXAMES COMPLEMENTARES|ANÁLISE DE RESULTADOS

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2845

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA ABDOMINAL TRAUMÁTICA DE GRANDE PORTE COM APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO TARDIOS. RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), FERNANDO TORRES BERMUDES (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), PANDRELI TESTA SANTORIO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), GRAZIELLY COSER DE ASSIS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), TAIANE RANGEL DE AQUINO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), THIAGO NUNES GUERRERO (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), FERNANDA MOURA LYRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES)

RESUMO: A hérnia traumática de parede abdominal (HTPA), ocorre secundariamente ao trauma contuso do abdome, de alta ou baixa energia, resultando em defeito na musculatura e fáscia da parede abdominal, sem ferimento cutâneo e hérnias prévias. A tomografia computadorizada, auxilia na confirmação ou exclusão do defeito e lesões associadas. BC, masculino, 76 anos, operador de máquinas pesadas, aposentado, iniciou há quatro meses dor em 1/3 inferior de hemitórax esquerdo. Evoluiu com vômitos, cólicas e constipação esporádica e perda de peso importante (> 10%). Simultaneamente, surgiu tumoração em transição de hipocôndrio esquerdo e base de hemitórax esquerdo, que aumentava com os esforços e diminuía com o repouso, consistência pouco endurecida, redutível e com ruídos peristálticos à ausculta. Relato de acidente com colisão automóvel x trem há mais de 34 anos, quando apresentou trauma em base de hemitórax esquerdo. Após tomografia computadorizada de abdome, foi realizada cirurgia para correção de hérnia traumática com origem entre o 12º arco costal fixo e a primeira costela flutuante. A hérnia se estendia até o hipogástrio. O diagnóstico na fase aguda de algumas hérnias de localização atípica ou pequenas é desafiador e requer um elevado nível de suspeita. Como no caso relatado, a fraqueza da parede pode permanecer mínima e com poucos sintomas, mas após alguns anos as hérnias podem aumentar de tamanho e iniciar sintomas. Temos que considerar que uma hérnia com 34 anos de evolução e diagnosticada em paciente com 76 anos de idade, pode interferir no desfecho do tratamento, aumentando morbidade e mortalidade e até mesmo, uma maior incidência de recorrência.

PALAVRAS-CHAVES: hérnia traumática | trauma abdominal | hernia abdominal

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2847

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE HANDLEBAR (HÉRNIA DE GUIDÃO). RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), GRAZIELLY COSER DE ASSIS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), TAIANE RANGEL DE AQUINO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), PANDRELI TESTA SANTORIO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), FERNANDO TORRES BERMUDES (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), CLARISSA CARLINI BALBINO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), LUANA BORGES SEGANTINE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES)

RESUMO: As hérnias traumáticas da parede abdominal são produzidas pelo trauma contuso direto de um objeto que tem força insuficiente para penetrar na pele, porém capaz de perturbar os tecidos mais profundos dos músculos e da fáscia. As hérnias de handlebar são hérnias de parede abdominal resultantes de traumatismo direto na parede abdominal anterior e geralmente, são causadas por trauma com objetos ?tipo guidão?, também chamadas de "hérnia de guidão". Localizam-se em regiões onde a parede abdominal é fraca. Tais hérnias são raras, exigindo um alto índice de suspeita para um diagnóstico clínico. JCS, masculino, 27 anos, vítima de queda de bicicleta com trauma abdominal contuso, chega ao hospital por meios próprios, com 20 horas de evolução. Na avaliação inicial não apresentava comprometimento da via aérea ou da ventilação, FC: 88 bpm, PA: 120/70 mmHg, escoriações em FIE e flanco esquerdo, tumoração local dolorosa e redutível, sem irritação peritoneal. Paciente submetido à cirurgia com incisão no local da tumoração com identificação de ruptura dos planos musculo-aponeuróticos. Não identificamos presença de sangue ou secreções na cavidade peritoneal. Após revisão da hemostasia, a parede abdominal foi fechada por planos, paciente evoluiu sem intercorrências recebendo alta no dia seguinte. Por se tratar de uma lesão pequena e incomum consequente a um impacto de baixa energia, pode passar despercebida e ser confundida na maioria das vezes, com hematoma de parede abdominal. O seu diagnóstico tem importância para identificação e tratamento da hérnia e também pelo risco de lesões internas com sangramento ou perfuração de vísceras ocas associadas.

PALAVRAS-CHAVES: hérnia de handlebar | hérnia de guidão | hérnia traumática

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2848

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FERIMENTO ABDOMINAL PENETRANTE CAUSADO PELA CARÇA DO CARTUCHO DE ARMA DE FOGO EM TIRO QUE SAIU PELA CULATRA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), GRAZIELLY COSER DE ASSIS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), TAIANE RANGEL DE AQUINO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), PANDRELI TESTA SANTORIO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES), FERNANDO TORRES BERMUDES (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), JUDÁ CÂMARA BARCELLOS (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), IZABELLA FRONTINO AMBROZIM (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES)

RESUMO: Ferimento abdominal causado por projétil de arma de fogo é a segunda causa de atendimento em pronto socorro. A unidade de alimentação da arma de fogo é o cartucho, composto por um estojo (cápsula ou carcaça), propelente, projétil e espoleta. A porção do cartucho que transfixa o alvo é o projétil que é responsável pelas lesões encontradas em pacientes vítimas de armas de fogo. Já a carcaça compreende a porção que armazena a pólvora e que é ejetada de armas semiautomáticas ao disparo. Encontrar lesões traumáticas causadas por outros componentes do cartucho, que não o projétil são incomuns e relatos dessa natureza são muito raros na literatura. Descrevemos um caso com este padrão de lesão porém com ferimento abdominal e ainda, por tiro que saiu pela culatra. Ambas situações não descritas na literatura. MMN, 28 anos, sexo masculino, apresenta ferimento por arma de fogo em flanco direito do abdome. Foi transferido após atendimento inicial em cidade do interior com duas horas de distância. Apresenta-se com vias aéreas livres e ventilando em ambos hemitóraxes, FC- 91 bpm, PA: 100/70 mmHg, dor abdominal difusa mais intensa em hemiabdomen esquerdo, ferimento cortocontuso de aspecto cilíndrico correspondente ao orifício de entrada sem orifício de saída. A radiografia de abdome evidencia presença da carcaça do cartucho de arma de fogo em posição intra-abdominal sem a presença do projétil. Durante a laparotomia encontramos a carcaça do cartucho dentro do ceco sem outras lesões associadas, presença de 500 ml de sangue na cavidade, sem contaminação grosseira. Optamos por sutura da lesão em dois planos com colocação de dreno tubolaminar. Paciente recebeu alta no quinto dia de PO sem intercorrências. Poucos dados são encontrados na literatura quanto a ferimentos causados pela carcaça do cartucho de arma de fogo sem a presença do projétil. Quanto ao padrão de lesão, descrevemos uma destruição tecidual maior devido ao aspecto rombo da carcaça e portanto, causador de maior dano, tanto na parede abdominal quanto no órgão lesado. Mesmo assim, as medidas utilizadas no tratamento devem seguir as mesmas condutas de qualquer lesão causada por projetis de arma de fogo, com ênfase na avaliação da viabilidade do segmento lesado e o debridamento necessário antes do reparo. O ferimento abdominal pela carcaça é evento raro e incomum com poucas descrições na literatura, apresenta morbidade e mortalidade desconhecidas, mas quando ocorre é capaz de causar lesões semelhantes às do projétil.

PALAVRAS-CHAVES: ferimento abdominal|trauma penetrante|culatra

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2858

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TORACOTOMIA DE REANIMAÇÃO: QUANDO REALIZAR?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FRANCIELLY TERTULINO CUNHA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ISABELLE FRANÇA BEZERRA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ISADORA CORREIA LOPES (UNIVERSIDADE POTIGUAR), LUCIANA EMERENCIANO SILVEIRA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), CAROLINA CHIANCA DOURADO LEMOS (UNIVERSIDADE POTIGUAR), LUIZ GUILHERME DOS SANTOS PINHEIRO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), RODRIGO DUARTE GALVÃO (INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO), RICARDO LUIZ DOS SANTOS PINHEIRO (FACULDADE REDENTOR)

RESUMO: Objetivo: Revisar as indicações da toracotomia de reanimação (TR) na literatura médica. Metodologia: Pesquisas em bases de dados internacionais (MedLine, Pubmed, Scielo) e manuais. Resultados: O Advanced Trauma Life Support (ATLS) indica que o paciente com indicação de realizar a TR é aquele vítima de trauma torácico penetrante, sem pulso, mas com atividade elétrica cardíaca e também o paciente vítima de trauma torácico fechado com grande perda sanguínea pelo dreno torácico (>1500ml). O trauma torácico penetrante sem atividade elétrica cardíaca e os traumas contusos torácicos e não torácicos, que desenvolveram a PCR após atendimento são indicações relativas para a realização da TR. O Colégio Americano de Cirurgiões recomenda que além do mecanismo do trauma, sejam levadas em consideração a Escala de Coma de Glasgow e a pressão arterial, alegando que esses índices estão relacionados com altas taxas de sobrevivência. As contraindicações são: vítimas de trauma contuso e de trauma abdominal penetrante que no atendimento pré-hospitalar não apresentavam atividade elétrica cardíaca; vítimas de trauma cranioencefálico grave; e politraumatizados. Conclusão: A decisão de fazer a TR deve ser avaliada individualmente de acordo com cada tipo de acidente, uma vez que cada caso apresenta prognósticos únicos com base em aspectos específicos de cada paciente. Bibliografia: FAIRFAX, Lindsay M.; HSEE, Li; CIVIL, Ian D.. Resuscitative Thoracotomy in Penetrating Trauma. World Journal Of Surgery, [s.l.], v. 39, n. 6, p.1343-1351, 24 out. 2014. Springer Nature. KHORSANDI, M.; SKOURAS, C.; SHAH, R.. Is there any role for resuscitative emergency department thoracotomy in blunt trauma? Interactive Cardiovascular And Thoracic Surgery, [s.l.], v. 16, n. 4, p.509-516, 28 dez. 2012. Oxford University Press (OUP). PUST, Gerd Daniel; NAMIAS, Nicholas. Resuscitative thoracotomy. International Journal Of Surgery, [s.l.], v. 33, p.202-208, set. 2016. Elsevier. BVRABINOVICI, R.; BUGAEV, N.. Resuscitative Thoracotomy: An Update. Scandinavian Journal Of Surgery, [s.l.], v. 103, n. 2, p.112-119, jun. 2014. SAGE Publications.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA TORÁCICO | TORACOTOMIA DE REANIMAÇÃO | PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2875

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PSEUDO OBSTRUÇÃO PÓS TRAUMA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA BERNARDES DA SILVA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), THIAGO LEÃO SOARES (HOSPITAL BELO HORIZONTE), IZABELA RIBEIRO GRIMALDI (HOSPITAL BELO HORIZONTE), FÁBIO MAGY MENDES FILHO (HOSPITAL BELO HORIZONTE), GUILHERME LEITE ZAMBELLI DE ALMEIDA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), FERNANDA LARA BORGES (HOSPITAL BELO HORIZONTE), ROBERTA XAVIER CAMPOS (HOSPITAL BELO HORIZONTE), FLÁVIA MARIA MOREIRA DE OLIVEIRA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), LAÍS CHAVES DE SOUZA (HOSPITAL BELO HORIZONTE)

RESUMO: W. M, 51 anos, sexo masculino, com relato de queda de altura de 5 metros. Paciente com múltiplas fraturas. Sem doenças prévias, hígido, com exames laboratoriais dentro da normalidade, encontrava-se em acompanhamento na Unidade de Terapia Intensiva. No sétimo dia de internação hospitalar evoluiu com distensão abdominal, RHA aumentados, abdome doloroso, sem irritação peritoneal. Solicitada Tomografia Computadorizada de abdome e avaliação da Cirurgia Geral. TC evidenciou importante dilatação de alças de delgado, havendo transição abrupta do calibre para íleo distal, sugerindo oclusão/ subocclusão aguda. Paciente então submetido a laparotomia exploradora, a qual evidenciou distensão de ceco maior que 15 cm, com rotação de íleo terminal e distensão de alças de delgado. Realizada colectomia parcial e ileostomia protetora. Paciente em pós operatório necessitou IOT, manteve estabilidade hemodinâmica com uso de amins por 1 semana, manteve curva térmica febril. No sétimo dia de pós operatório foi extubado, manteve estabilidade sem uso de amins, evoluiu satisfatoriamente, no 27 dia de pós operatório, teve alta para enfermaria e aguarda abordagem das fraturas pela Ortopedia. Uma revisão da literatura do Centro Médico-UCLA, Califórnia, faz um relato de dois casos de pseudo obstrução de cólon em pacientes politraumatizados. Um breve relato do caso retrata um homem de 66 anos, teve queda de altura de 5 metros. História patológica pregressa de DUP, sem sequelas. Exame físico sem alterações, exceto por múltiplas fraturas. E exame mostrando sangue oculto nas fezes. Estase de SNG também com sangramento. Paciente foi então admitido com diagnóstico provisório de DUP e politraumatismo. No terceiro dia de internação hospitalar evoluiu com distensão abdominal, indolor, ruídos hidroaéreos diminuídos, sem irritação peritoneal. Realizada colonoscopia, a qual demonstrou ceco alargado, maior que 12 cm. Rx horas depois mostrou evolução da distensão: ceco maior que 14 cm. Laparotomia exploradora demonstrou não haver ponto mecânico de obstrução, ceco foi descomprimido com colostomia. Nessa revisão, devemos enfatizar uma condição clínica potencialmente fatal, que pode iniciar de forma benigna, porém negligenciada. Contudo, o propósito desse relato de caso é alertar médicos a possibilidade dessa condição como uma complicação em pacientes ortopédicos e que o correto diagnóstico e abordagem para diminuição de morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: PSEUDO OBSTRUÇÃO INTESTINAL | DISTENSÃO DE CECO | POLITRAUMATIZADO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2886

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EDUCAÇÃO DO FAST EXAME COMO FERRAMENTA AVALIADORA DE TRAUMA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YOHANA OLIVEIRA DE BARROS (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE)), ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (UNIPÊ)), BIANKA MARTINS DA SILVA NASCIMENTO (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (UNIPÊ)), RAQUEL PINTO LINS SODRÉ (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE)), RUY FORMIGA BARROS NETO (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (UNIPÊ)), SALOMÃO NATHAN LEITE RAMALHO (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DO JUAZEIRO DO NORTE (FMJ)), THASSIANY SARMENTO OLIVEIRA DE ALMEIDA (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)), THAYNARA SARMENTO OLIVEIRA DA ALMEIDA (DISCENTE DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (UNIPÊ))

RESUMO: OBJETIVO: A finalidade do presente estudo consistiu em desenvolver uma revisão sobre a ultrassonografia para trauma com foco no protocolo FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma). Foram avaliadas as limitações, as controvérsias, os avanços relacionados e os aspectos técnicos da aquisição de imagem para o protocolo, bem como a educação a respeito do ultrassom. MÉTODO: Uma busca sistematizada da literatura foi conduzida nas seguintes bases de dados: MEDLINE-NLM, MEDLINE-EBSCO, Scopus da Elsevier, SciELO e Cochrane Library. Ensaios clínicos randomizados publicados no período de 2010 a 2016 e revisões sistemáticas com metanálise foram incluídos. RESULTADOS: Estudos relatam que o FAST não se restringe apenas à avaliação inicial dos pacientes estáveis ou instáveis que sofreram trauma, mas constitui uma ferramenta terapêutica e diagnóstica no seguimento dos mesmos. Destarte, dos artigos incluídos, nove apontaram que o exame FAST vem ganhando popularidade, pois é facilmente aprendido, prontamente acessível, portátil, por isso vem ganhando a adesão de um número crescente de médicos, que estão tornando-se confortáveis ??com a ecografia para atendimento em geral. Em muitas instituições, os protocolos que encorajam o uso do exame FAST resultaram em redução significativa da necessidade do uso de tomografia computadorizada (TC) em trauma, diminuindo assim os custos totais e a exposição à radiação. CONCLUSÃO: ?Melhor forma de aprender sobre FAST, bem como de ser capaz de atuar de forma proficiente, ainda não foi claramente definida. Porém, a coordenação do ensino de padrões de imagem básica de ultrassom e dos princípios fisiológicos associados podem melhorar a compreensão de conceitos chave e aumentar a retenção de longo prazo de conhecimento. A estrutura educacional das escolas médicas precisa ser alterada, pois o uso do protocolo certamente resultará em um impacto benéfico significativo sobre os pacientes traumatizados.

PALAVRAS-CHAVES: Trauma | Emergência | Ultrassonografia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2890

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia Diafragmática Esquerda Associada a Trauma Contuso; Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GEOVANE BIASE GOMES DA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), VALÉRIA LOPES DE ANDRADE (INSTITUTO DE CIRURGIA DO ESTADO DO AMAZONAS), JOÃO JOSÉ CORRÊA BERGAMASCO (INSTITUTO DE CIRURGIA DO ESTADO DO AMAZONAS), JUAN EDUARDO RIOS RODRIGUEZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), BRÍGIDA THAINE FERNANDES CABRAL (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS)

RESUMO: A hérnia diafragmática é uma ruptura do músculo diafragma, que causa uma conexão entre a cavidade torácica e a abdominal. Devido a pressão negativa da cavidade torácica, as vísceras abdominais a invadem, gerando desconforto de nível variável no paciente. Classificam-se de acordo com a causa, sendo a congênita mais comum que a traumática. Em situações de urgência e emergência é preciso analisar o caso com cuidado e realizar exames necessários para avaliar o paciente da melhor maneira, já que inicialmente, em sua fase aguda, não apresenta sintomas claros e muito exacerbados, podendo evoluir para encarceramento (fase latente) e estrangulamento (fase crônica). Mulher de 46 anos foi admitida com queixa de dispnéia progressiva com piora há 02 dias. Relata história pregressa de acidente automobilístico duas semanas antes dos sintomas, com trauma abdominal contuso à esquerda. Ao exame físico; murmúrio vesicular abolido em terço médio e inferior de hemitórax à esquerda e ruídos hidroaéreos audíveis em terço inferior. Tomografia computadorizada foi realizada, evidenciando hérnia diafragmática volumosa em hemitórax à esquerda. Paciente submetida a laparotomia mediana. Durante a inspeção da cavidade foi visualizada um defeito de aproximadamente 16 cm na hemicúpula diafragmática esquerda, com presença de estômago, partes do cólon transversal e cólon esquerdo, alças de delgado, baço e lobo esquerdo do fígado em cavidade torácica. Realizada lise de aderências intratorácicas, reposicionamento de vísceras abdominais. Em seguida correção do defeito diafragmático, sutura primária com fio inabsorvível. Posteriormente realizada drenagem fechada de tórax. No décimo dia de pós-operatório sem intercorrências recebeu alta hospitalar. As lesões diafragmáticas podem ser diagnosticadas imediatamente, em meses ou anos após o trauma. Este relato ilustra mais um caso raro de hérnia diafragmática traumática com herniação de inúmeros órgãos denotando a complexidade do caso, no qual foi realizada a rafia primária evoluindo sem complicações

PALAVRAS-CHAVES: hérnia diafragmática traumática | lesão diafragma | trauma abdominal

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2897

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA BILIOBRÔNQUICA COMO COMPLICAÇÃO DO TRAUMA HEPÁTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME LUCAS RODRIGUES DA CRUZ (ULBRA), LETICIA FERREIRA VAZ (ULBRA), GABRIEL RAMIREZ MOREIRA (HOSPITAL JOAO XXIII), SIZENANDO VIEIRA STARLING (HOSPITAL JOAO XXIII), IGOR DE ANDRADE LIMA (HOSPITAL JOAO XXIII), DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND (HOSPITAL JOAO XXIII), GIANCARLO PEREIR ZILLE (HOSPITAL JOAO XXIII)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os ferimentos penetrantes são resultantes de lesões por armas brancas ou armas de fogo podem penetrar a cavidade peritoneal, necessitando cirurgia para tratamento definitivo das lesões evitando complicações futuras. As lesões hepáticas são comuns em trauma abdominal e podem gerar complicações pós-operatórias como broncopneumonia e abscesso intra-abdominal ou até em raros casos evoluir para fístula biliobrônquica. OBJETIVO: Trata-se de análise da evolução da fístula biliobrônquica (FBB), uma complicação rara no trauma hepático, através do relato de dois casos de FBB associada a trauma hepático penetrante, no Hospital João XXIII. MATERIAIS E MÉTODOS: Caso 1: ESA, 31 anos, masculino, vítima por projétil de por arma de fogo (PAF) em região toracoabdominal esquerda. Admitido hemodinamicamente instável, levado ao centro cirúrgico. À laparotomia, evidenciou-se lesão hepática grau III, lesão esplênica grau III, lesões de cólon transverso grau II, além de lesão diafragmática grau II. Realizada esplenectomia, rafia dos segmentos II e III hepático, frenorafia, colectomia segmentar e drenagem torácica. No 12º dia de trauma, o paciente apresentou bileoptise. Nova abordagem abdominal identificou-se coleção biliosa subdiafragmática, deiscência da rafia do diafragma e necrose do parênquima hepático na área de lesão do lobo esquerdo. Realizada ressecção do parênquima hepático necrosado, desbridamento da lesão diafragmática e rafia, além de ampla drenagem tubular do recesso infradiafragmático esquerdo. O paciente evoluiu sem novas intercorrências a partir de então. Caso 2: AJSA, 23 anos, masculino, vítima de PAF toracoabdominal à direita. Admitido hemodinamicamente estável. TC evidenciou lesão hepática grau IV, contusão pulmonar, hemotórax e fratura de arcos costais à direita. Optou-se pelo tratamento não operatório e drenagem do hemitórax direito. No 18º DPO apresentou bileoptise. Indicado tratamento cirúrgico. Identificadas lesão hepática e diafragmática. Realizado rafia de ambas e drenagem ampla da região. Evoluiu com melhora progressiva e alta hospitalar no 12º dia de pós-operatório. RESULTADO: A FBB é rara, possui várias causas e pode afetar diferentes segmentos hepáticos e pulmonares. É uma complicação grave do trauma penetrante tóraco-abdominal. Não existe protocolo bem definido para seu tratamento. A tentativa de resolver a FBB através de toracotomia não nos parece recomendável, em decorrência da necessidade de abordagem direta da lesão no parênquima hepático

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA | COMPLICAÇÃO RARA | FÍSTULA BILIOBRÔNQUICA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2898

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA BILIOBRÔNQUICA COMO COMPLICAÇÃO DO TRAUMA HEPÁTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME LUCAS RODRIGUES DA CRUZ (ULBRA), LETICIA FERREIRA VAZ (ULBRA), GABRIEL RAMIREZ MOREIRA (HOSPITAL JOAO XXIII), SIZENANDO VIEIRA STARLING (HOSPITAL JOAO XXIII), IGOR DE ANDRADE LIMA (HOSPITAL JOAO XXIII), DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND (HOSPITAL JOAO XXIII), GIANCARLO PEREIR ZILLE (HOSPITAL JOAO XXIII)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os ferimentos penetrantes são resultantes de lesões por armas brancas ou armas de fogo podem penetrar a cavidade peritoneal, necessitando cirurgia para tratamento definitivo das lesões evitando complicações futuras. As lesões hepáticas são comuns em trauma abdominal e podem gerar complicações pós-operatórias como broncopneumonia e abscesso intra-abdominal ou até em raros casos evoluir para fístula biliobrônquica. OBJETIVO: Trata-se de análise da evolução da fístula biliobrônquica (FBB), uma complicação rara no trauma hepático, através do relato de dois casos de FBB associada a trauma hepático penetrante, no Hospital João XXIII. MATERIAIS E MÉTODOS: Caso 1: ESA, 31 anos, masculino, vítima por projétil de por arma de fogo (PAF) em região toracoabdominal esquerda. Admitido hemodinamicamente instável, levado ao centro cirúrgico. À laparotomia, evidenciou-se lesão hepática grau III, lesão esplênica grau III, lesões de cólon transverso grau II, além de lesão diafragmática grau II. Realizada esplenectomia, rafia dos segmentos II e III hepático, frenorafia, colectomia segmentar e drenagem torácica. No 12º dia de trauma, o paciente apresentou bileoptise. Nova abordagem abdominal identificou-se coleção biliosa subdiafragmática, deiscência da rafia do diafragma e necrose do parênquima hepático na área de lesão do lobo esquerdo. Realizada ressecção do parênquima hepático necrosado, desbridamento da lesão diafragmática e rafia, além de ampla drenagem tubular do recesso infradiafragmático esquerdo. O paciente evoluiu sem novas intercorrências a partir de então. Caso 2: AJSA, 23 anos, masculino, vítima de PAF toracoabdominal à direita. Admitido hemodinamicamente estável. TC evidenciou lesão hepática grau IV, contusão pulmonar, hemotórax e fratura de arcos costais à direita. Optou-se pelo tratamento não operatório e drenagem do hemitórax direito. No 18º DPO apresentou bileoptise. Indicado tratamento cirúrgico. Identificadas lesão hepática e diafragmática. Realizado rafia de ambas e drenagem ampla da região. Evoluiu com melhora progressiva e alta hospitalar no 12º dia de pós-operatório. RESULTADO: A FBB é rara, possui várias causas e pode afetar diferentes segmentos hepáticos e pulmonares. É uma complicação grave do trauma penetrante tóraco-abdominal. Não existe protocolo bem definido para seu tratamento. A tentativa de resolver a FBB através de toracotomia não nos parece recomendável, em decorrência da necessidade de abordagem direta da lesão no parênquima hepático

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA | COMPLICAÇÃO RARA | FÍSTULA BILIOBRÔNQUICA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2921

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÃO TRANSFIXANTE DO FÍGADO POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO TAMPONADA COM BALÃO DE SENGSTAKEN BLAKEMORE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JÔNATAS WELLINGTON DA SILVA BEZERRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), ADRIANO DIAS TRAJANO (COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY), MANUELA BARROS DOS SANTOS MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), NAYYARA MARCIA FERREIRA CARREIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), CAMILLA DE ALMEIDA FRANCA FALCÃO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JÉSSICA CENEDESE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O fígado é um dos órgãos abdominais mais frequentemente acometido por trauma fechado ou penetrante. A lesão transfixante do fígado por projétil de arma de fogo (PAF) pode ser de tratamento extremamente complicado, devido à dificuldade de acesso ao sangramento intra-hepático profundo. Portanto, levando-se em consideração que o tratamento cirúrgico das lesões hepáticas de difícil acesso tem alta mortalidade, o tamponamento hepático com balão de Sengstaken-Blakemore representa uma medida eficaz de controle de danos e na melhora da hemostasia do paciente. RELATO DE CASO: RCM, 22 anos, admitido no Hospital de Trauma de João Pessoa ? PB, vítima de ferimento por PAF na região lombar direita. Ao exame inicial: paciente se encontrava com via aérea pérvia, ausculta pulmonar direita com diminuição do murmúrio vesicular, saturação de oxigênio de 95%. Pele pálida e úmida, frequência cardíaca de 105 batimentos por minuto, pulso radial fino e rápido. Escala de coma de Glasgow 15. O orifício de entrada do PAF era na região lombar direita ao nível da ponta escapular e sem orifício de saída. Submetido à drenagem torácica direita com saída inicial de 1.200 mL de sangue. Em seguida, foi realizada a laparotomia exploradora na qual se constatou cerca de 200 mL de sangue na cavidade peritoneal, hematoma retroperitoneal e ferimento transfixante hepático com entrada em segmento IV e saída em segmento VII, com sangramento ativo. A conduta foi o rápido tamponamento da lesão hepática transfixante passando uma sonda de Sengstaken - Blakemore entre os orifícios e percebeu-se em seguida a cessação da hemorragia. Ao fim do procedimento, o paciente estava com hemoglobina de 7,5 g/dL e sem débitos sanguíneos pelos drenos abdominais e pelo balão. Paciente evoluiu ao óbito na Unidade de Terapia Intensiva, sendo mantido vivo com controle de danos por um período de 36 horas após a sua admissão. CONCLUSÃO: As lesões hepáticas transfixantes por PAF representam um grande desafio para o cirurgião de trauma. O tamponamento dessas lesões com o balão mostra grandes vantagens. A possibilidade de hemostasia sem hepatotomias ou hepatectomias complexas. A rapidez e facilidade de colocação e retirada do balão sem maiores danos ao paciente. Por fim, o uso do balão de Sengstaken - Blakemore é uma excelente opção terapêutica no manejo do trauma hepático penetrante por PAF.

PALAVRAS-CHAVES: Sengstaken-Blakemore | Lesão transfixante do fígado | Controle de Danos

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2928

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE DO BALÃO DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE NAS LESÕES PENETRANTES DE FÍGADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JÔNATAS WELLINGTON DA SILVA BEZERRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), ADRIANO DIAS TRAJANO (COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY), LUCAS DE PAULO ARAÚJO DE ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), RAQUEL UCHOA DOS ANJOS DE ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MANUELA BARROS DOS SANTOS MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), REUDO HELENO AMORIM PEREIRA FILHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: OBJETIVO: O objetivo desse trabalho é mostrar a utilização do balão de Sengstaken-Blakemore como medida de controle de danos no traumatismo hepático penetrante. MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática utilizando as bases de dados Scopus, Science Citation Index Expanded, MEDLINE, PubMed, OneFile e Elsevier, com os seguintes descritores ?Penetrating Hepatic Trauma?, ?Sengstaken-Blakemore?, ?Damage Control Surgery?. Os critérios de inclusão foram os artigos publicados a partir de 2012 e que utilizaram o balão como meio temporário na contenção da hemorragia por trauma hepático penetrante. RESULTADOS: Foram selecionados quatro artigos que mostravam uma taxa de mortalidade por trauma hepático penetrante em torno de 60%. Com o uso do Balão de Sengstaken-Blakemore para contenção da hemorragia hepática, a mortalidade dos pacientes caiu pela metade, cerca de 30%, com um valor de "p? significativo, o que valida à técnica em questão. Não houve um período de tempo ideal para a permanência do balão intra-hepático. A maioria dos artigos mostrou que houve um controle hemostático eficiente como estratégia de controle de danos, até a segunda cirurgia ou reoperação definitiva. CONCLUSÕES: O trauma hepático penetrante configura-se como um grande desafio ao cirurgião de trauma. O uso do balão de Sengstaken-Blakemore é uma excelente alternativa e de baixo custo para contenção da hemorragia nas lesões transfixante de fígado. Apesar da utilização do balão ser um método seguro e eficiente deve ser respaldado com estudos adicionais.

PALAVRAS-CHAVES: Penetrating Hepatic Trauma | Sengstaken-Blakemore | Damage Control Surgery

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2948

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trauma Contuso em Membro Inferior Direito com Lesão de Artéria Poplítea

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA ALVES DOS REIS (UNIFENAS - ALFENAS), THAIS GRECO CATALDO MARIA (UNIFENAS - ALFENAS), ADILSON VILAS BOAS JÚNIOR (UNIFENAS - ALFENAS), LUCAS BOMFIM JACÓ MEGDA ROCHA (UNIFENAS - ALFENAS), ANA CAROLINA EMRICH (UNIFENAS - ALFENAS), BIANCA PEREIRA FRESSATO (UNIFENAS - ALFENAS), PEDRO FIGUEIREDO MACEDO (UNIFENAS - ALFENAS), THIAGO DE SOUZA CARVALHO (UNIFENAS - ALFENAS)

RESUMO: Introdução: A lesão de artéria poplítea pode ocorrer em trauma contuso dos membros inferiores onde há luxação posterior de joelho. Representa uma patologia grave com risco de perda de membro e óbito. Nas luxações de joelho o acometimento da artéria poplítea pode chegar até 35%.Relato do Caso: Paciente masculino, 39 anos, chegou à sala de emergência trazido pelo corpo de bombeiros, vítima de acidente de moto, apresentava à admissão dor intensa, deformidade, palidez e ausência de pulsos distais em Membro Inferior Direito. Paciente encontrava-se estável do ponto de vista hemodinâmico, consciente e orientado. Demais aparelhos sem alterações. Após o exame primário do atendimento inicial ao politraumatizado já no exame secundário realizou-se radiografia de joelho direito AP + P evidenciando luxação posterior do mesmo. Ao exame de Doppler de ondas contínuas realizado na sala de emergência pelo cirurgião vascular identificou ausência de fluxo em artéria tibial anterior, artéria tibial posterior. Paciente encaminhado à sala de hemodinâmica realizou-se arteriografia em MID que evidenciou um STOP em artéria poplítea abaixo do hiato dos adutores, indicou-se revascularização de emergência do membro afetado. Optou-se por fazer ByPassfêmoro ? tronco tíbio-fibular utilizando veia safena magna reversa do membro contralateral e ao mesmo tempo fixação externa do joelho. Paciente no pós-operatório evoluiu de maneira satisfatória com todos os pulsos distais presentes, com boa perfusão distal, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial com cirurgião vascular e ortopedista.Conclusão: As lesões da artéria poplítea, especificamente aquelas que ocorrem abaixo do hiato dos adutores, resultam em um maior risco de amputação do que em outros sítios. Os fatores que pioram esse prognóstico são a demora no diagnóstico e na revascularização, bem como a extensão da lesão de tecidos moles e ósseo associados. Cerca de 70% dos casos de lesão de artéria poplítea manifestam-se pela ausência de pulsos distais, sendo particularmente comuns associações com fraturas. A isquemia distal é a principal manifestação nessas lesões. A reconstrução cirúrgica é essencial e urgente, independente da realização de arteriografia.

PALAVRAS-CHAVES: Artéria poplítea | Luxação posterior de joelho | Hiato dos adutores

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2988

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FERIMENTO POR ARMA DE FOGO EM HIPOCÔNDRIO DIREITO, COM ALOJAMENTO DE PROJÉTIL EM CORPO VERTEBRAL (L3), SEM ACOMETIMENTO NEUROLÓGICO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KÁCIO DA SILVA MOURÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), IAN DA MOTA HERNANDEZ (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), KLEBER LEMOS REIAL JÚNIOR (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), LIANA KATHERINE LA ROSA PACHAS (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), LEVINDO ALVES DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), MARJA LUCENA DE SOUZA (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), GUSTAVO DE OLIVEIRA GONÇALVES (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), JORGE KEVIN NASCIMENTO NEGREIROS (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Introdução: As lesões por arma de fogo representam, entre as internações por causas externas, a maior taxa de mortalidade, com aproximadamente 10 óbitos por 100 internações e com custo 34% mais elevado em relação aos outros tipos de agressões. Como resultado do processo de moagem em tecidos ósseos durante o curso dentro do abdome, o projétil e seus fragmentos podem mudar de trajeto produzindo danos significativos. Objetivo: Relatar caso de paciente proveniente da República Bolivariana da Venezuela (RBV), vítima de ferimento por arma de fogo em hipocôndrio direito, com alojamento de projétil em corpo vertebral (L3), sem perfuração de pâncreas/duodeno ou complicações neurológicas. Metodologia: A pesquisa foi realizada através de levantamento bibliográfico em bancos de dados (Pubmed, LILACS e Scielo), além de análise de prontuário médico no Serviço de Arquivos Médicos e Estatística (SAME) do Hospital Geral de Roraima Rubens de Souza Bento (HGRRSB), na cidade de Boa Vista - RR. Discussão: Paciente, PRGM, 47 anos, masculino, nascido e residente em Santa Elena de Uairén (RBV), teve atendimento na emergência do HGRRSB por FAF em hipocôndrio direito e glúteo direito há 16 horas (231,2Km). Ao exame físico, apresentava-se verbalizando, sem débito, taquipnéico, SeTO2 98%, afebril e acianótico, glasgow 15. Foi submetido à laparotomia exploradora de emergência em que foi evidenciada grande quantidade de sangue em cavidade, com lesão transfixante de 1/3 médio de cólon transversal, presença de hematoma volumoso em retroperitônio em zona I. Efetuou-se, ainda, exposição de duodeno com manobra de Kocher, sendo evidenciada laceração de segunda porção além de lesão tangencial em cabeça de pâncreas, sem presença de secreção entérica ou biliopancreática. No segundo dia pós operatório, realizou tomografia que evidenciou projétil alojado junto ao corpo vertebral de L3, com fratura e proximidade medular, com comprometimento de canal foraminal direito. Em avaliação pelo serviço de Neurologia, paciente não apresentou distúrbios neurológicos. Conclusão: Em todas as populações, as vítimas são prevalentemente do sexo masculino (78 % a 91% de pacientes feridos), com o maior incidência na terceira década de vida. A coluna torácica é afetada mais comumente (45,6% para 63%). O caso apresentado é intrigante pelas condições em que o paciente foi encontrado e transportado à capital do Estado de Roraima, o tipo de trauma (sem acometimento neurológico).

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA|LESÃO TRANSFIXANTE|FAF

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2989

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MANEJO DO PACIENTE COM TRAUMATISMO PENETRANTE DE TÓRAX: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI), JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC), ANDRÉ RIVAS ZAGOURY (HDP)

RESUMO: Introdução: Traumatismos penetrantes no tórax têm assumido grande importância não só pela sua incidência, mas também pelo aumento da gravidade e mortalidade desse tipo de ferimento. São condições que, em serviços de menor volume, não são tão comumente encontradas, representando, no geral, um desafio e uma dúvida quanto ao diagnóstico e definição de conduta, que na maioria dos casos precisa ser imediata. Tendo em vista que a maior parte das vítimas desses traumas morrem nas primeiras horas ou de suas complicações, evidencia-se a importância de diagnosticar e tratar precocemente as condições da maneira ideal. Relato do caso: Paciente adulto jovem do sexo masculino, deu entrada no serviço de pronto atendimento do Hospital Divina Providência, Frederico Westphalen/RS, trazido pela Unidade de Serviço Avançado do SAMU, com quadro clínico de choque hemodinâmico, apresentando ferimento por arma branca na região antero-lateral do tórax. No exame de entrada, hipotensão, taquicardia e taquipnéia, sem pneumotórax. Foi diagnosticado quadro de choque cardiogênico, sendo realizada pericardiocentese, obtendo-se 60 ml de sangue, porém mantendo condição hemodinâmica instável. Seguiu-se então para toracotomia de emergência, que revelou hemopericárdio, ferimento penetrante no átrio direito e lesão de artéria intercostal, associada à fratura de arco costal anterior, sem lesão de grandes vasos. Posteriormente, prosseguiu-se para rafia da parede atrial lesionada e ligadura de artéria intercostal. O paciente apresentou boa melhora hemodinâmica e evoluiu bem, não apresentando complicações pós-operatórias durante a internação hospitalar. Discussão: O caso relatado reforça a necessidade de, quando diante de quadros emergenciais envolvendo estruturas torácicas, identificar as condições e tratá-las de forma rápida e efetiva. Os ferimentos penetrantes no tórax representam grande parte dos traumas envolvendo essa região e devem ser conduzidos de maneira a garantir o suporte hemodinâmico e respiratório, a fim de aumentar a sobrevida e diminuir a taxa de possíveis complicações decorrentes.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMATISMO | CHOQUE | TORACOTOMIA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2993

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PRESERVAÇÃO DO PÂNCREAS NA ABORDAGEM DO TRAUMA PANCREÁTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KÁCIO DA SILVA MOURÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), LEVINDO ALVES DE OLIVEIRA (HOSPITAL GERAL DE RORAIMA), AMANDA RODRIGUES PINATTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), YAGO MAGRINI S. VIEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Objetivo: Relatar caso de trauma abdominal contuso com acometimento de cabeça de pâncreas. Métodos: Realizou-se revisão literária em bancos de dados (SciELO e Pubmed) e análise retrospectiva de prontuário. Discussão: apresentamos o caso de uma mulher, 31 anos, vítima de acidente automobilístico por queda de moto, que procurou atendimento médico 72 horas após o ocorrido, queixando-se de dor abdominal e vômitos. Após realizarmos raio X, sem alterações, foi solicitado tomografia de abdome, que evidenciou coleção na retrocavidade dos epíplons e ruptura completa da junção cabeça/corpo do pâncreas. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora por incisão xifopubiana com abertura por planos até cavidade abdominal, constatando-se presença de grande quantidade de líquido pancreático sanguinolento (aproximadamente 500 ml), presença de processo inflamatório peripancreático em aspecto de pingo de vela, múltiplas aderências e secção completa da junção cabeça/corpo pancreático. Realizou-se rafia da porção distal da lesão da cabeça do pâncreas. Identificou-se o ducto de Wirsung e foi feita cateterização com intracath nº 14, anastomose L-L a 50cm do ângulo de Treitz com grampeador linear, anastomose pancreato-jejunal do corpo do pâncreas em Y de Roux transmesocólico e drenagem da cavidade abdominal. No pós-operatório, a paciente permaneceu internada em UTI por 4 dias, apresentando boa evolução, ferida operatória sem secreção e com débito reduzido pelo dreno de Penrose. Conclusão De acordo com estudos, a lesão pancreática por si só, não contribui de forma significativa na mortalidade imediata ou tardia, entretanto tem alto impacto na morbidade pós-operatória. Desta forma é importante reconhecer precocemente a lesão, instituindo o tratamento correto de acordo com a gravidade e controlar as possíveis complicações.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA CONTUSO | PANCREAS | ABORDAGEM

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2996

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ACIDENTES ENVOLVENDO MOTOCICLISTAS: ANÁLISE DA GRAVIDADE CONFORME MECANISMOS DE TRAUMAS.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES (HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES), TIAGO MARQUES SOARES (HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES), JOÃO GUILHERME RIBEIRO JORDÃO SASSO (HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES), GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL (HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES), FERNANDO TORRES BERMUDES (HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES), FERNANDA ALVES BOY (HOSPITAL ESTADUAL DR. JAYME SANTOS NEVES)

RESUMO: Introdução Os acidentes com motocicletas são responsáveis por cerca de 13.000 mortos e 50.000 feridos graves por ano, tornando-os um grave problema de saúde pública. Objetivo Analisar a gravidade do trauma em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito conforme os mecanismos de trauma: colisão e queda. Método Estudo de abordagem quantitativa e mista com análise retrospectiva de prontuários, de acidentados entre 01/01/2014 e 21/03/2014 que foram divididos em grupo Queda e grupo Colisão. Contemplaram-se variáveis sociodemográficas, mecanismo do trauma, exames e tratamentos. A gravidade do trauma foi avaliada por: Escala de Coma de Glasgow, RTS, AIS, ISS e TRISS. A análise estatística contou com testes t de student, Qui-quadrado, ANOVA e Fischer, considerando p Resultados Dos 375 acidentados, 62,4% sofreram queda. O grupo colisão apresentou, com significância estatística, maiores médias de idade ($32,5 \pm 11,3$ vs. $29,6 \pm 9,6$), do ISS ($5,6 \pm 8,4$ vs. $3,1 \pm 4,5$) e menor do TRISS ($0,96 \pm 0,14$ vs. $0,99 \pm 0,01$); mais internações hospitalares (28,7% vs. 16,18%) e realização de cirurgias (19,15% vs. 11,11%), recebeu mais atendimento pré-hospitalar (79,84% vs. 49%), maior incidência de TCE grave (5,43% vs. 1,54%), de lesão anatômica grave (21,58% vs. 9,13%), e mais procedimentos em via aérea (4,96% vs. 1,28%) e em circulação (14,89% vs. 5,98%). Conclusão O Grupo Colisão apresentou maior gravidade conforme escores de trauma, mais internação hospitalar e procedimentos na abordagem das vias aéreas e de circulação.

PALAVRAS-CHAVES: Motociclista | Acidentes de Trânsito | Índices de Gravidade do Trauma

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 3021

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lesão oculta de ureter pós laparotomia exploradora por ferimento por arma de fogo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WANDERVÂNIA GOMES NOJOZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC), LUCAS MONTE DA COSTA MORENO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC), SAULO AIRES OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC), PLÍNIO HENRIQUE FERNANDES LEANDRO (INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA - IJF)

RESUMO: Introdução: Lesões ureterais causadas por trauma são incomuns pelo fato do ureter ser uma estrutura relativamente protegida pelas estruturas adjacentes e por sua mobilidade e espessura reduzida. As lesões ureterais envolvem menos de 1% de todo o trauma do trato geniturinário e estão predominantemente associadas a lesões penetrantes. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 21 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em nádega esquerda e coxa direita. Na admissão hospitalar, paciente encontrava-se estável hemodinamicamente, porém com sinais de peritonite. Submetido à laparotomia exploradora, sendo evidenciado: 6 lesões de intestino delgado, 4 lesões em sigmoide, moderada quantidade de sangue e contaminação na cavidade. Realizado enterorrafia, retossigmoidectomia com fechamento do coto distal e lavagem da cavidade. Durante o pós-operatório, evoluiu com distensão abdominal, piparote positivo e ausência de irritação peritoneal, sendo suspeitada lesão desapercibida ou térmica durante a laparoscopia. Realizado tomografia computadorizada de abdome total evidenciando imagem com densidade metálica localizada na cavidade pélvica à esquerda e grande quantidade de líquido livre no interior da cavidade abdominal e pélvica. Realizado paracentese com coleta de líquido ascítico para posterior estudo que evidenciou aumento da creatinina e potássio, confirmando ascite urinária. Paciente submetido à reoperação com achados de grande quantidade de urina na cavidade, aderências em alça e lesão distal de ureter esquerdo com alojamento do projétil próximo à junção ureterovesical. Realizado lise de aderências, dissecação de ureter distal com transplante transvesical. Conclusão: O trauma ureteral externo é raro. Dessas lesões, 7% correspondem a trauma penetrante. O resto compreende 75% por iatrogenia e 18% por trauma fechado. O terço inferior do ureter é o local mais acometido. Uma exploração prolongada do retroperitônio é obrigatória em todos os casos de lesão penetrante nesta região. O tratamento depende do local acometido e da gravidade da lesão. Em lesões mínimas, pode ser usado apenas cateter. Em lesões completas, se ocorrer no terço superior ou médio, uma das alternativas de reconstrução pode ser a uretero-ureterostomia. Na perda ureteral completa, pode ser feito interposição ileal (tardia) ou autotransplante (tardia). Os sinais mais importantes de fuga urinária são íleo prolongado, febre de baixo grau, sensibilidade ao flanco e drenagem persistente dos locais operatórios.

PALAVRAS-CHAVES: ureter|trauma penetrante|autotransplante

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 3022

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMOBILIA EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HELBERT PEREIRA MATIAS (HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE), PAULO GUSTAVO PORTO (HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE), MONAH FABRETI MENDES PORTO (HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE), VICENTE DE OLIVEIRA VIEIRA JÚNIOR (HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE), LAYSE CIANE SILVEIRA CIRINO DE BRITTO GALVÃO (UFPE), MONICA RUFINO ALVES MATIAS (UNINASSAU)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Hemobilia é uma causa rara de hemorragia digestiva alta decorrente do sangramento da arvore biliar. Devido a frequência incomum muitas vezes passa despercebida, por isso sua mortalidade pode chegar a 25%. O quadro clínico dessa patologia envolve melena, dor abdominal aguda no quadrante superior direito e icterícia, essas sintomatologia juntas são descritas como a como síndrome de Quineke. Os exames complementares mais sensíveis para identificar essa patologia são a ultrassom abdominal e colangiografia por ressonância magnética. O tratamento consiste em localizar e parar o sangramento.RELATO DE CASO: D.L.G.M., sexo masculino, 31 anos, admitido por trauma automobilístico com sinais de trauma abdominal e fratura intratrocantéria. Foi submetido à uma Laparotomia Exploratória (LE) que teve como achado trauma hepático e hemoperitônio. No pós-operatório evoluiu com um quadro de icterícia e dor abdominal no hipocrôndrio direito, com presença de colúria. O paciente foi submetido a uma nova LE que apresentava hemoperitônio e aderências do fígado na parede abdominal e diafragma. Vinte dois dias após a primeira LE o paciente, além dos sintomas anteriores, evoluiu com hematêmese. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) a qual não evidenciou alterações sugestivas de sangramento digestivo ou duodenal. Prosseguiu-se com realização de angiografia hepática a qual evidenciou lesão que acometia segmentos cinco e sete. Após o diagnóstico o paciente foi submetido embolização.CONCLUSÃO: A hemobilia deve ser pensada no diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva alta, principalmente, em pacientes com história de trauma abdominal ou cirurgia hepatobiliar.

PALAVRAS-CHAVES: HEMOBILIA|HEMORRAGIA|DIGESTIVA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 3043

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA TRAUMÁTICA BILATERAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIO LUIZ QUINTAS (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS), MICHELLE LOUISE RODRIGUES BARBOSA DA SILVA (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS), JIN HWAN YOO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS), CAROLINA DE SOUZA RIBEIRO VITORASSO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS), THAIGO PAULO TEIXEIRA DOS SANTOS (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS), FERNANDO HENRIQUE FURTADO COUTINHO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS), CARLOS HENRIQUE MAIA FEITOSA (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS), ALEXANDRE RADICCI PEGOLO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA - SECONCI-OSS)

RESUMO: Introdução: A hérnia traumática da parede abdominal é causada pela ruptura da musculatura e fásia da parede abdominal sem penetração de pele ou evidência de herniação prévia no local, podendo ocorrer herniação, aguda ou crônica, do conteúdo intra abdominal através do defeito de parede. Relato de caso: Paciente de 27 anos, sexo feminino, trazida ao serviço por unidade de resgate, relatando queda de moto seguida de atropelamento por ônibus. Apresenta-se em ECG 15, SAT 99% em ar ambiente, pelve estável, PA 110X60 mmHg, FC 119 bpm, com escoriações em tórax e flancos direito e esquerdo, relatando dor à palpação em pelve e flancos bilateralmente. Foi submetida a tomografia de abdome que evidenciou hérnia traumática em flancos bilateralmente e fratura de processo transversal de L2. Foi optado por tratamento conservador e paciente evoluiu com bom controle da dor e sem complicações relacionadas ao defeito de parede. Conclusão: Apesar do aumento da incidência do trauma abdominal fechado, a hérnia traumática permanece ainda um caso clínico raro e de difícil diagnóstico, podendo ser não diagnosticada em pacientes politraumatizados devido a sua variedade de sinais e sintomas. Apesar da cirurgia ser o padrão ouro de tratamento, atualmente não há consenso entre abordagem precoce, na fase aguda, ou tardia. O tratamento deve ser individualizado baseado no tempo de apresentação, severidade da lesão, estabilidade hemodinâmica do paciente, lesões intra abdominais concomitantes e dimensão do defeito de parede associado ao risco de encarceramento.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia traumática | Trauma abdominal | Trauma abdominal fechado

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 3083

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Deslucamento traumático de dorso contribuindo para diagnóstico tardio de trauma duodenal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL FLAVIO FACHINI CIPRIANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ), ANNATA TEIXEIRA DELLA COSTA (HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANÁ), FERNANDO ANTONIO C. SPENCER NETTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ), MELINA CAPRARO ALCANTARA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ), MARILIA CARLA CAVEQUIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃOAs lesões duodenais contusas permanecem como um desafio para o cirurgião. O diagnóstico é realizado por tomografia computadorizada (TC) ou durante uma laparotomia exploradora. A morbimortalidade desses pacientes é elevada e o tratamento complexo.RELATO DE CASOPaciente feminina, 33 anos, vítima de atropelamento, admitida no PS de um centro de trauma intubada, em choque grau III e Glasgow 3. Apresentava fraturas fechadas em membros inferiores, escoriações em abdome e laceração em dorso, com grande deslucamento expondo vértebras. Após estabilização, realizou TC que demonstrou fratura de L1 e L2 e discreto pneumoretroperitônio. Foi submetida a debridamento e sutura da lesão de dorso na sala de ressuscitação. Na UTI evoluiu com isquemia de membros inferiores e sepse. No 3º dia, foi submetida à amputação bilateral supragenicular. No 4º dia, teve piora clínica e laboratorial, sendo verificada a saída de secreção entérica pelo dorso. Foi realizada a laparotomia exploradora que identificou lesão de 2cm em parede posterior da terceira porção duodenal, que comunicava-se com a lesão em dorso. Optou-se por rafia primária e exclusão pilórica. Evoluiu com disfunção de múltiplos órgãos e óbito no sétimo dia de pós-operatório.CONCLUSÃO Neste caso, a paciente apresentou retroperitônio e líquido periduodenal na TC inicial, achados sugestivos de lesão duodenal. Porém, a grande lesão de partes moles serviu como fator de confusão, levando ao atraso no diagnóstico e tratamento. A localização retroperitoneal do duodeno dificulta o diagnóstico precoce das lesões. O diagnóstico pode ser feito no intraoperatório ou pela TC de abdome. Na ausência de suspeita clínica, uma lesão pode passar despercebida. A laparotomia imediata é indicada apenas naqueles pacientes com sinais diretos, retroperitônio e extravasamento de contraste, sendo a conduta conservadora, com exame físico e TC seriada, uma opção segura naqueles com hematoma duodenal ou líquido periduodenal. O trauma duodenal possui altas taxas de morbimortalidade. ISS (Injury Severity Score) elevado, hipotensão na admissão e tratamento com cirurgias mais complexas são alguns dos fatores relacionados a pior prognóstico. Todos estavam presentes no caso relatado. Esse relato corrobora a dificuldade no diagnóstico precoce na lesão duodenal. O sucesso do tratamento reside no alto grau de suspeição da lesão e no conhecimento das possibilidades de tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA|LESÃO DUODENAL|DESLUCAMENTO

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 3126

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRAUMA PENETRANTE TÓRAX COM LESÃO TRAQUEAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VANESSA FERRARI WALLAU (ULBRA CANOAS - RS), PATRICIA TRAMONTINI (ULBRA CANOAS - RS), BARBARA PEREIRA TITONI (ULBRA CANOAS - RS), YASMINE DUARTE ABICHEQUER (ULBRA CANOAS RS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As lesões da árvore traqueobrônquica são incomuns e muitas vezes, tendo diagnóstico tardio, apresentam alta letalidade. A IOT seletiva do BF íntegro é necessária para manter oxigenação, permitindo postergar a intervenção cirúrgica para quando houver estabilidade hemodinâmica. RELATO: Paciente masculino, 29 anos, vítima de FAF. Admitido em imobilização padrão, sedado, apresentando VA com TOT, dreno de tórax bilateral, curativo 3 pontas em região esternal, acesso venoso bilateral, múltiplos FAFs. Realizou 5L cristalóide no transporte. SV (PA 150x70 mmHg, FC 144 bpm, FR 26 rpm) demonstrando choque grau II. Dreno tórax bilateral drenando conteúdo hemático. Exame físico: AP com MV bilateral diminuído e crepitações difusas; FAF em hemitórax anterior E (1), clavícula E (1), braço D (1) e antebraço D (1). Realizou TC tórax: moderada câmara de pneumotórax à D e pequeno à E, derrame pleural à D, pequeno pneumomediastino e solução de continuidade no aspecto póstero-lateral D da traqueia em seu terço distal. TOT seletiva à D. TC abdome: sp. Paciente evoluiu com hipotensão, sendo necessário uso de drogas vasoativas. Foi avaliado pela cirurgia geral, que recomenda encaminhar paciente para UTI para estabilização hemodinâmica. Paciente é admitido em UTI apresentando escape aéreo importante com SatO₂ 60% evoluindo para 17% (levantado hipótese de possível tração do TOT). Realizada nova seletividade, sem melhora. Encaminhado para toracotomia de urgência. Realizada toracotomia à D (devido grande escape); paciente evoluiu com PCR, realizada compressão cardíaca direta e toracotomia E. Localização do orifício traqueal (imediatamente acima da bifurcação da traqueia, posicionado mais à D, em V, acometendo aproximadamente 3 anéis cartilagosos). Realizado rafia traqueal e segmentectomia pulmonar a direita com grampeador; rafia ápice pulmonar E. Paciente apresenta melhora da Sat O₂ 94% e PA 85/70 mmHg, retornado à UTI. Avaliação neurológica: TC crânio sem alterações grosseiras, demora ao despertar e pouca responsividade devido a provável encefalopatia anóxica. Paciente estável, encaminhado à outro hospital para continuação do tratamento. CONCLUSÃO: Lesões de traqueia são infrequentes e necessitam diagnóstico apropriado. A melhora no atendimento inicial ao traumatizado e os avanços na assistência ventilatória possibilitaram a identificação e o tratamento de um maior número de feridas traqueobrônquicas, evitando complicações associadas ao reparo tardio das lesões.

PALAVRAS-CHAVES: TRAUMA|TRAQUEIA|PENETRANTE

URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 354

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Apendicite aguda como manifestação primária do cistoadenoma mucinoso de apêndice

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO PINHEIRO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), VICTOR BANDINI VIEIRA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), CIBELLE MARION BERTOLLI (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), ANDRÉ PEREIRA TORRES (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), ALLISON TAKEO TSUGE (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI)

RESUMO: Introdução: O cistoadenoma mucinoso de apêndice cecal é uma patologia rara, observada em 0,07 a 0,3% das apendicectomias realizadas. Considerada uma neoplasia benigna, caracteriza-se pelo preenchimento da luz do apêndice por substância mucóide e histologicamente por um certo grau de atipia celular, além de displasia epitelial. O diagnóstico pré operatório é raro e o tratamento cirúrgico adequado é usualmente curável. A mucocele ? termo inespecífico utilizado para descrever a dilatação obstrutiva do apêndice vermiforme acompanhado por acúmulo de material mucinoso ? foi descrito inicialmente por Rokitansky em 1842 e denominada por Feren em 1876. Objetivo: apresentar um caso raro de cistoadenoma de apêndice. Materiais e métodos: análise de prontuário, entrevista do paciente e familiares, acesso a exames, registros fotográficos do procedimento e peça cirúrgica, além de revisão de literatura médica pertinente. Resultados: paciente feminino, 59 anos de idade, procedente de Mauá ? São Paulo. Apresentava-se sintomática havia 03 dias da admissão no pronto socorro, com quadro de dor abdominal bem localizada em fossa ilíaca direita (FID), forte intensidade, não irradiativa, com piora a flexão do tronco, associada a febre de 39,8°C, náuseas, vômitos, diarreia sem sangue, muco ou pus e hiporexia. Ao exame físico apresentava abdome com ruídos hidroaéreos presentes e propulsivos, flácido, porém doloroso a palpação em FID e ausência de peritonismo. Exames laboratoriais mostravam hemoglobina 13,1g/dL; leucócitos totais 7.500/mm³ sem desvio; proteína C reativa 251mg/dL; amilase 40U/L. A tomografia computadorizada de abdome e pelve mostrava apêndice vermiforme aumentado de tamanho, em contato com o ceco, com imagem hipoatenuante, de conteúdo líquido, que apresenta discreto realce após injeção de contraste iodado, podendo corresponder a mucocele de apêndice. Com o diagnóstico sintomático de abdome agudo inflamatório, a paciente foi submetida a laparotomia exploradora, e o achado intraoperatório foi de apêndice aumentado de tamanho, medindo 15cm de comprimento e 07mm de diâmetro com processo inflamatório de aspecto endurecido. Realizado apendicectomia com sutura da base em 02 planos. A anatomia patológica confirmou tratar-se de cistoadenoma mucinoso do apêndice, associado a apendicite aguda, com margens livres. Conclusão: este relato demonstra um caso raro de cistoadenoma mucinoso de apêndice, mimetizando quadro de apendicite aguda em mulher na quinta década de vida.

PALAVRAS-CHAVES: APENDICITE | CISTOADENOMA | CISTOADENOMA MUCINOSO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 387

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO NO PUERPÉRIO PRECOCE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI (UNESC / COLATINA), JOAO CARLOS NEPOMUCENO GONCALVES (UNESC / COLATINA), MARCELA TAGLIARI TUBINO (UNESC / COLATINA), RAQUELI PERTEL (UNESC), HEITOR SOARES MORAIS (UNESC), CLAUDINO BORGES DE LUNA (UNESC - CENTRO UNESC DO ESPÍRITO SANTO)

RESUMO: Introdução: Abdome agudo é um termo geral para doenças abdominais agudas acompanhadas principalmente por dor abdominal súbita. A origem ginecológica do abdome agudo é representada por manifestações semelhantes, destacando dor abdominal, de intensidade variável, podendo estar associada a condições clínicas locais e gerais, oriundas de irritação peritoneal. Relato de caso: Paciente de 17 anos, deu entrada com queixa de dor abdominal intensa, e vômitos. Puérpera, parto normal há 30 dias, informou que 10 dias após o parto, procurou o pronto atendimento por iniciar o quadro de dor abdominal, permanecendo internada por cinco dias, utilizando analgésicos e antibioticoterapia. Dois dias após receber alta, os sintomas persistiram, sendo encaminhada. Nos antecedentes pessoais, nega qualquer patologia. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, desidratada, hipocorada, afebril, PA: 130x90mmhg, frequência cardíaca de 123 batimentos por minuto. Em trato gastrointestinal, dor difusa e intensa a palpação superficial, maior em epigástrio, região periumbilical e fossa ilíaca direita. Pela presença deste quadro e a associação com êmese intensa, foi introduzido sonda nasogástrica, revelando estase volumosa. Estava utilizando analgesia, antieméticos e hidratação, mas sem melhora com o tratamento. Exames solicitados: HB: 11,50; HT: 35,20%; HM: 4,71milhões leucócitos: 7.350. Raio X sem alterações. Ao exame ultrassonográfico endovaginal não havia alterações. A tomografia abdominal revelou sinais de distensão de delgado significativa, com presença de líquido no interior das alças e fezes em ampola retal. Com o diagnóstico de abdome agudo, foi submetida à laparotomia exploradora. A abertura da cavidade abdominal revelou presença de moderada quantidade de líquido ascético, citrino, sem sinais de pus, ou infecção. O intestino delgado encontrava-se distendido. Presença de múltiplas aderências intestinais em região de delgado, ceco e pelve. O procedimento cirúrgico consistiu na realização de liberações de múltiplas aderências. No pós operatório foi iniciada antibioticoterapia com Claritomicina, Ceftriaxone e Metronidazol. Após alta hospitalar, evoluiu com boa recuperação do trato gastrointestinal. Conclusão: A emergência cirúrgica abdominal é particularmente perigosa durante o puerpério. O paciente pode esperar dor abdominal considerável e por isso não relatar sua queixa ao médico. Portanto, há uma importância de se reconhecer desvios de um puerpério normal.

PALAVRAS-CHAVES: ABDOMECA|DOR|GINECOLÓGICA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 398

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A Ocorrência Simultânea de Colecistite Aguda e Apendicite Aguda - Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLAUDIO FRANCO DO AMARAL KFOURI (FACULDADE DE MEDICINA DE ARARAQUARA), CLEIBE NICACIO DA SILVA (HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA), GUILHERME PAULO CARVALHO DE AMORIM (HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA), CLAUDINEI DA SILVA (HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA), MARIA CLARA FERREIRA NONATO ROMANIA (FACULDADE DE MEDICINA DE ARARAQUARA), YULSEF FERREIRA (DOCENTE DA DISCIPLINA DE CLÍNICA MÉDICA DA FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO RIBEIRÃO PRETO), MARCOS ANTONIO MARTON FILHO (DOCENTE DA DISCIPLINA DE CLÍNICA CIRÚRGICA DA FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO RIBEIRÃO PRETO), JAICER GONÇALVES ROLO (HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI - DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Dentre as várias etiologias de abdome agudo inflamatório, a apendicite e a colecistite agudas são as que apresentam maior incidência e prevalência no cotidiano médico-cirúrgico. O relato de caso em questão apresenta a ocorrência simultânea, da evolução clínica, do tratamento cirúrgico à confirmação das mesmas pelo resultado do anatomopatológico, sendo de grande relevância clínico-cirúrgica, já que a concomitância dessas duas condições clínicas são escassas na literatura. Os objetivos são apresentar o caso e a evolução dessas patologias no indivíduo acometido, bem como reforçar a importância do diagnóstico diferencial. Nas buscas em bancos de dados encontrou-se cinco artigos na língua inglesa contendo as patologias simultaneamente, apresentando a mesma evolução, ou seja, após o ato cirúrgico e cuidados clínico-cirúrgicos gerais, os pacientes receberam alta hospitalar. RELATO DE CASO: A.C.C., 68 anos, masculino, chegou pronto socorro do Hospital Carlos Fernando Malzoni referindo dor abdominal difusa. Durante a consulta contou que no dia anterior sua dor localizava-se em hipocôndrio direito e periumbilical e que fora diagnosticado com colelitíase calculosa crônica. Ao exame físico geral, apresentava-se desidratado, descorado e com sinais de sepse. Ao exame abdominal, os ruídos hidroaéreos eram hipoativos, dor à palpação superficial e profunda com presença de dor à descompressão brusca (DB) em todo o abdome com sinal de Murphy positivo. Foram solicitados exames laboratoriais e de imagem que mostraram leucocitose neutrofílica com desvio à esquerda, proteína C reativa aumentada e bilirrubina total dentro da normalidade. O ultrassom revelou vesícula biliar com sinais de colecistite aguda e coleção hipocogênica em fossa ilíaca direita medindo 7,5 x 4,5 x 4,2 centímetros, suspeitando-se de uma apendicite aguda perfurada formando bloqueio epiplóico. O cirurgião indicou a laparoscopia exploradora que evidenciou os quadros de colecistite e apendicite agudas. A colecistectomia foi realizada pela via laparoscópica e como havia necrose da parede cecal e intenso bloqueio epiplóico, optou-se pela conversão da cirurgia e pela hemicolectomia direita. O paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no quinto pós-operatório. CONCLUSÃO: O presente relato e as publicações levantadas trazem à luz a discussão dessas patologias quando simultâneas, tornando o diagnóstico diferencial imprescindível para o bom prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistite Aguda | Apendicite Aguda | Simultâneas

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 421

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL E VOLVO DE SIGMÓIDE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIELE MARCHET (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), GUILHERME AUGUSTO HETTWER (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), PRISCILA OBREGON BORGES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), HAIRTON COPETTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), ERNANI CLÓVIS BULOW (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), ISABELA DUARTE E SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA)

RESUMO: IntroduçãoVolvo intestinal é uma torção de uma alça ao redor de seu ponto de fixação mesentérica, mais no sigmoide e no ceco. Ocorre mais em extremos de idade e em homens.Objetivo é relatar um caso clínico de Volvo de Sigmoides em pcte no Hospital Universitário de Santa Maria ? RS, 15 anos, com dificuldade de comunicação pela sua linguagem indígena, dando ênfase na clínica, diagnóstico e terapêuticas. Estudo do tipo relato de caso, retrospectivo, com consulta ao prontuário da pcte no período de dezembro?2016.Pcte com TCLE. Relato de CasoE.T.B., 15 anos, feminina, indígena, não fala idioma português. Familiar chega ao P.A. encaminhado de UBS, referindo que a pcte iniciou quadro de dor abdominal há 6 dias, com parada de evacuação e flatos. Teve náusea, sem vômito. Sensação de febre. Nega demais queixas. Pcte previamente hígida, sem cx prévia, nega tabagismo ou etilismo. Exame laboratorial sem alteração. Trouxe RX de abdome agudo, que sugeria dilatação de alças intestinais com Sinal do U invertido. Abdome distendido, timpânico, RH+ e dor difusa a palpação. Solicitada uma TC de abdome, que mostrou importante distensão do cólon, com ponto de Stop em região de sigmoide.Pcte encaminhada para bloco cirúrgico para realizar laparotomia exploradora com coletomia parcial; foi visualizado volvo em região do sigmoide, feito secção do colón descendente terminal até o sigmoide terminal, realizado anastomose primária latero-lateral com Stappler linear em porção terminal de cólon descendente e sigmoide terminal.Iniciado ceftriaxone e metronidazol no P.O., com boa evolução. ConclusãoO volvo intestinal é uma torção de uma alça do intestino ao redor de seu ponto de fixação mesentérica. Alguns fatores de risco são: constipação crônica; bridas.Os sintomas são dor, náuseas e vômitos, parada dos flatos e fezes e distensão abdominal. Abdome distendido e timpânico com sensibilidade à palpação; rigidez e sensibilidade indicam perfuração e?ou peritonite.Exames laboratoriais devem ser solicitados. A TC abdominal é utilizada para diagnóstico. Pode se utilizar Rx de abdome e até enema de contrasteO manejo se baseia na redução do volvo e prevenção. Pode ser feito sigmoidoscopia flexível para redução do volvo, e após cirurgia, deixando a laparotomia imediata nos casos onde sigmoidoscopia não obteve sucesso ou se houver suspeita de peritonite; ou então, ressecção com anastomose primária ou cirurgia de Hartmann. Rápido diagnóstico ajuda para uma conduta adequada e menor morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Volvo|Distensão|Sigmoides

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 448

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFURADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JANAINA GATTO (MEDICINA), FERNANDA KREVE (FAG), FRANCISCO SCHOSSLER LOSS (FAG)

RESUMO: INTRODUÇÃO divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato digestório, sendo encontrado em 2% da população. Na sua evolução, aproximadamente 4% dos pacientes desenvolvem sintomatologia ao longo da vida devido a complicações como hemorragia, obstrução, diverticulite ou perfuração. Em média seu tamanho é de 4cm, apresenta mucosa ectópica em 50% dos casos, advinda das células pluripotentes que revestem o ducto vitelino. Dentre essas destacam-se as de origem gástrica (correspondente a 60-85%) e pancreática (5-16%) ou uma combinação das duas em 5-12% dos casos². As maiores casuísticas relacionam os divertículos a complicações, na medida em que a identificação pré-operatória desta anomalia intestinal é infrequente. Dessa forma, em casos de abdômen agudo cirúrgico, o divertículo de Meckel complicado deve ser considerado. DESCRICÃO DO CASO M.J.S, 39 anos, sexo masculino, foi admitido com dor abdominal difusa de 3 dias, associado a anorexia, náuseas e vômitos. Ausência de eliminação de gases e fezes durante o mesmo período. O abdome apresentava rigidez importante, ruídos hidroaéreos diminuídos, dor difusa à palpação e à manobra de descompressão brusca. Radiografia simples de abdômem revelou distensão importante de alças intestinais, níveis líquidos e pneumoperitônio. Na laparotomia foi identificada grande quantidade de líquido entérico na cavidade, alças de delgado edemaciadas e distendidas. Encontrou-se um divertículo de Meckel perfurado na borda antimesentérica do íleo terminal a 60cm da válvula ileocecal. Frente a um divertículo complicado cirurgicamente removido, a taxa de mortalidade e morbidade pós-operatórias é de 2% e 12%, respectivamente¹. CONCLUSÃO A raridade da condição de divertículo de Meckel perfurado aliado ao diagnóstico pré-operatório improvável dessa anomalia intestinal motivaram esse relato de caso. A perfuração pode ser causada por diverticulite, trauma, ulceração, tumor ou corpo estranho e gera um quadro de peritonite difusa de considerável morbi-mortalidade. Foi realizada enterectomia segmentar englobando a área do divertículo e enteroanastomose primária término-terminal em dois planos. Exame histológico da peça cirúrgica: divertículo de Meckel com reação inflamatória difusa e perfuração local, sem achados de mucosa ectópica. o tratamento realizado apresentou bons resultados. A ressecção do divertículo de Meckel foi realizada com certa margem de proteção, a biópsia não demonstrou tecido ectópico remanescente.

PALAVRAS-CHAVES: abdome agudo | diverticulo de meckel | perfuração

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 465

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE PETERSEN COMO COMPLICAÇÃO TARDIA DE GASTROPLASTIA REDUTORA COM BYPASS EM Y ?DE-ROUX

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI (CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), MARILIA COLTURATO CLETO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS)

RESUMO: A hérnia de Petersen é uma hérnia interna que surge em decorrência de um defeito no mesentério criado após uma anastomose a Y de Roux .Este relato de caso trata-se de uma paciente de 36 anos que foi submetida a uma gastroplastia redutora para tratamento de obesidade há 6 anos , que evoluiu com obstrução intestinal devido hérnia de Petersen sendo abordada por via aberta e corrigida a torção mesentérica e fechado o espaço de Petersen .O quadro clínico da Hernia de Petersen é inespecífico, podendo estar associado a um quadro obstrução intestinal com dor abdominal, vômitos , náuseas e diarreia. Como no caso relatado. A hérnia de Petersen gera uma obstrução intestinal com sofrimento de alças, que podem evoluir rapidamente para isquemia mesentérica, necessitando de uma abordagem cirúrgica na emergênciaA obstrução intestinal por hérnia de Petersen como uma complicação após cirurgias de by-pass gástrico a Y de Roux tem a tendência de se tornar mais comum devido ao uso mais frequente das técnicas videolaparoscópicas. O rápido diagnóstico e tratamento em pacientes com sintomatologia de obstrução intestinal após cirurgias abdominais que necessitam de grandes anastomoses permite preservar a viabilidade das alças, evitando grandes enterectomias e complicações decorrentes da isquemia mesentérica.

PALAVRAS-CHAVES: hernia interna |obstrucao intestinal|hernia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 466

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Corpo estranho em rim via aparelho digestivo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI (CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), MARILIA COLTURATO CLETO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS)

RESUMO: Uma condição comum que pode ser encontrada nos serviços de emergência é a ingestão de corpos estranhos, responsável por provocar complicações graves e potencialmente fatais principalmente quando esse corpo estranho migra para fora do trato gastrointestinal. A gravidade dependerá do tipo do corpo estranho e da região anatômica que foi acometida. Apresentamos um caso de migração de corpo estranho metálico do angulo hepático do colon para rim direito juntamente com a presença de outros no trato digestivo. Paciente do sexo masculino com 27 anos, não institucionalizado da entrada na Unidade Regional de Emergência com quadro de hematúria e febre ha 2 dias. Na investigação diagnostica apos historia clinica e exames laboratoriais ,foi feito tomografia computadorizada de abdômen que evidenciou a presença de diversos objetos hiperdensos em pelve e um outro transfixante em rim direito com sinais de abscesso e grande aumento de volume renalFoi então indicado retirado cirúrgica desses objetos sendo encontrado uma perfuração em angulo hepático do colon que fistulizava o objeto metálico para rim causando grande abscessoFeito nefrectomia , rafia do colon e uma enterotomia com retirada de diversos corpos estranhos de delgadoA migração de corpo estranho para o rim é evento muito raro devido as características do tubo digestivo sendo que o principal local é o duodeno.O diagnostico se da pela história clinica detalhada para determinar se a ingestão foi acidental ou se pode estar ligada a algum fator neuropsicológico. Exames subsidiários, principalmente os de imagem podem ajudar a confirmar o diagnóstico, localizar o corpo estranho, mostrar complicações e sugerir opções de tratamento, que também são determinados pela localização anatômica, tamanho, forma e capacidade de mobilidade. Quando a abordagem cirúrgica é a opção mais viável, as opções sao: cirurgia aberta, endoscópica, anterógrada e nefrostomia percutânea retrograda, nos casos desse corpo estranho apresentar-se no rim, embora sejam raros. As características de quando o rim é o local que abriga o corpo são semelhantes ao quadro de formação de cálculo, com a presença de cólicas renais típicas e com ou sem hematúria grave.

PALAVRAS-CHAVES: corpo estranho | abscesso renal | ingestão

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 472

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Leiomioma de intestino delgado complicado com torção simulando apendicite aguda.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS SEVERO PECORINO (HOSPITAL DA CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP), CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEGOZZO (HOSPITAL DA CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP), ADILSON COSTA RODRIGUES JR (HOSPITAL DA CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HOSPITAL DA CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP), CELSO DE OLIVEIRA BERNINI (HOSPITAL DA CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP), MARCELA ARRUDA P. S. VASCONCELOS (HOSPITAL DA CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP)

RESUMO: INTRODUÇÃO:As neoplasias de intestino delgado são raras, sendo estimada sua incidência na população de 0.2 a 2/100.000 quando padronizado por idade. Dentre os tumores benignos de intestino delgado, o leiomioma é o mais frequente, representando aproximadamente 25% de todos os tumores benignos. Incidem principalmente entre a quarta e a sexta década de vida, sem predileção por gênero, e localizam-se principalmente no jejuno (48,7%) e no íleo (31,8%). Sua apresentação clínica é bastante diversificada, sendo de 44% a 50% das vezes assintomático. Em raras ocasiões o leiomioma pode se tornar sintomático devido a complicações como obstrução, torção, perfuração ou sangramento. Essas complicações podem mimetizar outras causas de abdome agudo, entre elas a apendicite aguda. Este artigo tem por objetivo apresentar um caso de leiomioma de delgado complicado com torção simulando uma apendicite aguda, e alertar os médicos para esse diagnóstico no pronto socorro. RELATO DE CASO:Paciente masculino, 41 anos, chegou ao pronto socorro da com queixa de dor abdominal intensa há 4 dias iniciada no hipogástrio que migrou para a fossa ilíaca direita acompanhada de 5 episódios de vômitos e anorexia, sem febre. Ao exame físico inicial, apresentava-se em regular estado geral, estável hemodinamicamente, sem taquicardia. O abdome era globoso, apresentava dor intensa à palpação da fossa ilíaca direita e hipogástrio, sinal de Blumberg positivo e massa dolorosa palpável na fossa ilíaca direita. Exames laboratoriais mostravam 10440 leucócitos sem desvio à esquerda, e proteína C reativa de 31mg/dl. Calculado um escore de Alvarado de 8. A tomografia computadorizada revelou uma imagem cística heterogênea e lobulada, aderida ao íleo terminal, sem sinais de obstrução. O paciente foi submetido a laparotomia, na qual foi observada uma massa cística de 15x8cm no íleo, com torção, a 30 cm da válvula íleo-cecal. Optado por uma enterectomia segmentar seguida de anastomose primária. O diagnóstico histológico final foi de leiomioma. O paciente completou 10 meses de seguimento sem complicações e com retorno pleno às atividades. CONCLUSÃO: Leiomioma de delgado é uma neoplasia rara e por isso o diagnóstico é incidental e intraoperatório. É importante salientar que essa neoplasia, principalmente quando complicada, pode mimetizar outras causas de abdome agudo e de hemorragia digestiva. Todo cirurgião deve estar preparado para realizar o tratamento adequado dessa condição em situações de urgência.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite aguda | Leiomioma | Cirurgia de urgência

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 482

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ruptura intragastrica de aneurisma gigante da artéria esplênica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI (CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), MARILIA COLTURATO CLETO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS)

RESUMO: Os aneurismas gigantes de artéria esplênica são na maioria dos casos assintomáticos, apresentam-se em maior incidência no sexo feminino, estão relacionados com a gravidez, forte associação com hipertensão portal, distúrbios do tecido conjuntivo, aterosclerose, pancreatite, trauma e transplante de fígado. Sua etiologia ainda é desconhecida. Apresentamos um caso de paciente com diagnóstico de entrada de hemorragia digestiva alta que durante a endoscopia alta com abaulamento gástrico e ulceração sem sinais de sangramento ativo ou recente no presente exame. Solicitado tomografia para avaliação deste abaulamento que cujo diagnóstico foi presença de formação expansiva, de contornos lobulados e limites parcialmente definidos, junto ao bordo superior do pâncreas, atingindo cerca de 9,7cm no seu maior eixo essa formação apresentava captação e extravasamento de contraste, feito a hipótese de aneurisma de artéria esplênica roto e indicado cirurgia. Na sala de cirurgia apresentou nova hda com hipótese de ruptura intragastrica do aneurisma. Feita cirurgia e comprovada a hipótese diagnóstica, feita esplenectomia, rafia gástrica e tratamento do aneurisma, paciente evoluiu bem tendo alta no 5º pós-operatório. O objetivo do tratamento consiste em exclusão do aneurisma, reconstrução da artéria e preservação do baço, porém, a exposição da artéria esplênica pode ser de difícil alcance pela presença de grande hematoma perisplênico e peritoneal, o que geralmente está associado a quadro de hipotensão grave. O melhor manejo consiste na intervenção cirúrgica, seja do modo tradicional ou supracelíaco endovascular aórtico com esplenectomia para controle da hemorragia e evitar o óbito do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: aneurisma | hemorragia digestiva | ulcera

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 497

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABORDAGEM CIRÚRGICA PRECOCE EM RUPTURAS DE CORDAS TENDÍNEAS PÓS ENDOCARDITE INFECCIOSA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THALITA JUAREZ GOMES (UNOESTE), KARINA GALLI CARDOSO MELLO (UNOESTE), ANY CAROLINE ALJONAS PIVA (UNOESTE), FLÁVIO MESQUITA SAMPAIO GIOVANNINI (UNOESTE), MARCELO GUIMARÃES MIRANDA (UNOESTE)

RESUMO: Objetivo: Descrever achados clínicos, etiológicos, diagnósticos e terapêuticos da endocardite infecciosa encontrados na literatura e correlacioná-los com os achados de um caso de ruptura de cordas tendíneas pós endocardite infecciosa com necessidade de abordagem cirúrgica precoce. Método: Estudo de relato de caso, qualitativo, observacional, descritivo, baseado na revisão do prontuário de um paciente atendido em hospital de alta complexidade do interior do Estado de São Paulo, levando em consideração os preceitos bioéticos de sigilo profissional, analisado por meio de 13 artigos científicos indexados em bases eletrônicas entre 1995 e 2013. Resultados: Paciente de 29 anos, do sexo masculino, usuário de drogas ilícitas injetáveis, deu entrada na emergência em estado grave, com rebaixamento do nível de consciência e intubação orotraqueal, em presença de hemoptise e insuficiência respiratória aguda. Após abordagem inicial foi feito o diagnóstico de ruptura de cordas tendíneas em válvula mitral. O paciente foi classificado com dois critérios maiores de Dukes, tendo o diagnóstico etiológico da doença valvar de endocardite infecciosa. Devido as condições de instabilidade foi indicado o procedimento cirúrgico para correção da lesão e colocação de prótese valvar. O tratamento antibiótico foi efetivo para a endocardite enquanto que o pós-cirúrgico evoluiu sem intercorrências. Conclusões: A análise do relato de caso permitiu inferir sobre a patogenia da moléstia, assim como realizar uma atualização quanto à sistematização do diagnóstico essencial à antibioticoterapia que pode não ser suficiente e evoluir para tratamento cirúrgico, melhorando o prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Endocardite bacteriana | traumatismo cardíaco | cirurgia cardíaca

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 515

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Vasculite mesentérica grave em paciente com Lúpus eritematoso sistêmico e nefrite lúpica.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO FALAVIGNA GUILHERME (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO), VINICIUS RODRIGO BULLA VASCONCELLOS (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO), RODRIGO FLORENCIO ECHEVERRIA (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO), PAULO CESAR ESPADA (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO), ROBERTO KAORU YAGI (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO PRETO)

RESUMO: Introdução: Doença inflamatória crônica de causa desconhecida, o Lupus Eritematoso Sistêmico (LUES) afeta diversos órgãos como rins, articulações e sistema gastrointestinal. Neste último em mais de 40% dos pacientes, geralmente por vasculite ou efeitos colaterais de medicações. Todavia, vasculite mesentérica é complicação rara do LUES, porém grave, sendo o tratamento cirúrgico indicado para indivíduos com isquemia avançada, peritonite, sepse ou pneumatose. O objetivo foi descrever um caso de vasculite grave em paciente com LUES. Relato de caso: JFS, 61 anos, masculino, em acompanhamento ambulatorial por Lupus Eritematoso Sistêmico e nefrite lúpica grau IV dialítica, em uso de azatioprina e prednisona, tabagista, procura pronto atendimento com queixa de dor abdominal em mesogástrico, associado a vômitos em período noturno e constipação intestinal, há dois dias; anúria há três meses. Exame Físico: Temperatura 35,60C, PA 160x100 mm/Hg, FC 100bpm, ECG 15, dor difusa à palpação abdominal com sinais de irritação peritoneal em todo o abdômen. Ausência de fezes em ampola retal. Exames laboratoriais e imagenológicos Hb 12,7 g/dl; Ht 40,1%, Leucócitos 10.950/mm³, Segmentados 8360/mm³, Linfócitos típicos 1.780/mm³, Monócitos 770/mm³, Plaquetas 500.000/mm³, Coagulograma incoagulável, PCreativa 11,3 mg/dl, Creatinina 10 mg/dl, Uréia 69 mg/dl, Gas arterial: pH: 7,41, PO₂: 118,3 mmHg, PCO₂: 18,4 MMOL/L, BIC: 11,4 MMOL/L, Lactato: 1,0 MMOL/L. Anticorpos anti-FAN e anti-Núcleo reagentes e anti-Nucléolo, Citoplasma, Placa mitótica e Aparelho metafásico, não reagentes. Complemento sérico normais (C4: 14 mg/dl, C3: 70 mg/dl). Raio-X de abdômen agudo não evidenciou alterações patológicas. Foi submetido a laparotomia exploradora no mesmo dia, evidenciando presença de moderada quantidade de sangue em cavidade abdominal, com área de delgado vinhosa sem vitalidade se iniciando há 70 cm do ângulo de Treitz se estendendo por 120 cm. Realizada enterectomia segmentar de aproximadamente 50 cm com anastomose primária em dois planos. Após, paciente foi encaminhado à UTI. A biópsia revelou necrose isquêmica multifocal associada a edema e hemorragia transmural do segmento intestinal. O paciente foi a óbito decorrente de choque cardiogênico e IRC agudizada três dias após a admissão. Conclusão: Considerando que se trata de um caso de admissão tardia, com LUES e isquemia mesentérica por vasculite e necrose, o diagnóstico e a intervenção precoces poderiam ter contribuído na maior sobrevivência do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: ABDOME AGUDO | ISQUEMIA MESENTÉRICA | LUPUS

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 528

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: APÊNDICE EM FERRADURA: UM RELATO DE CASO RARO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL CASTIGLIONI NASCIMENTO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), DAIANA DE SOUZA FAVARIS (UNIVERSIDADE VILA VELHA), LOREN ROSETTI REBELLO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), ELAINE CALIMAN VERGNA (UNIVERSIDADE VILA VELHA), LUIZ TADEU OLIVEIRA (HOSPITAL ESTADUAL ANTONIO BEZERRA DE FARIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO. A duplicação apendicular (DA) foi descrita pela primeira vez em 1892 por Picolli em uma mulher que também apresentava outros tipos de duplicação no cólon e órgãos genitais. Alguns casos de DA foram relatados na literatura, mas apenas quatro (4) casos de apêndice em ferradura foram descritos até o momento. Apresenta-se, portanto, neste artigo o quinto (5º) relato. A prevalência exata da DA é desconhecida, mas acredita-se que ocorra uma variação de 0,004% a 0,009%. A classificação da DA foi proposta em 1936 por Cave e modificada em 1963 por Wallbridge, sendo conhecida como Classificação Cave-Wallbridge, atualizada em 1993. RELATO DE CASO. Homem, 48 anos, hipertenso, admitido em hospital público de Vila Velha/ES com dor intensa em fossa ilíaca direita e flanco direito havia 11 horas, sem irradiação. Negava náuseas e vômitos, referia inapetência. Ao exame físico: afebril, normotenso, taquicárdico, hipocorado 1+/4+, com sinal de Blumberg duvidoso em ponto McBurney. Exames laboratoriais: hemoglobina 14,40 g/dl, hematócrito 44%, leucócitos 15,800mm³ (com 83 mm³ segmentados), plaquetas 100,000/mm³, uréia 29mg/dL, creatinina 1,1 mg/dL. EAS sem alterações. Indicada apendicectomia, realizada por incisão oblíqua (McArthur-McBurney), sem intercorrência. Durante o procedimento foi observado que o paciente apresentava um apêndice do tipo D de acordo com a Classificação Cave-Wallbridge (dois apêndices inseridos no ceco comum, em forma paralela e separada por vários centímetros que se unem distalmente para formar um apêndice comum. O apêndice duplo em adultos é uma condição rara, sendo geralmente um achado acidental durante laparotomia por uma causa diferente. Por outro lado, o apêndice duplo em crianças requer investigação adicional mais meticuloa, pois muitas vezes representa uma manifestação de anormalidades intestinais, geniturinárias ou vertebrais mais complexas. Após indicação de apendicectomia, o cirurgião está sujeito, durante o procedimento, a se deparar com uma variação anatômica do apêndice, devendo estar apto a diferenciá-lo. CONCLUSÃO. O apêndice em ferradura, tipo de DA, é uma variante anatômica rara. Provavelmente a maioria dos cirurgiões nunca irá depara-se com tal achado. Porém, o reconhecimento e classificação intra-operatória do apêndice pelo cirurgião é fundamental para a indicação de análise histológica do patologista que definirá um diagnóstico mais completo, afastando outras patologias associadas mais complexas.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite | Duplicação apendicular | Apêndice em ferradura

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 555

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TORÇÃO DE HIDÁTIDE DE MORGANI: UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NO ESCROTO AGUDO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON FELTRIN (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL), JOSÉ MARIO CENI BARRETO (DIRETOR CLÍNICO E UROLOGISTA NO HOSPITAL SÃO PAULO DE LAGOA VERMELHA), ARTHUR CONTE KASPER (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA), AMANDA CAROLINE DAMAS TABORDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL), CAROLINE GARGIANI BARRETO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Hidátide de Morgani (HM) é um remanescente embrionário localizando no polo superior do testículo. Sua torção ocorre com maior frequência durante a adolescência com dor de início insidioso e sinais inflamatórios mínimos, podendo ocorrer ponto com dor à palpação, o qual apresenta normalmente coloração azulada (?blue dot?). Utiliza-se o ecodoppler para diagnosticar ou excluir possível torção testicular. O tratamento é sintomático, com a utilização de anti-inflamatórios, antibióticos, repouso e elevação escrotal. RELATO: Paciente masculino, de 11 anos, previamente hígido, atendido dia 14 de setembro de 2016 na emergência do Hospital São Paulo de Lagoa Vermelha ? RS, queixava-se de intensa dor localizada na região esquerda de bolsa escrotal, iniciada há 2 horas, sem fatores aliviantes e sem melhora com analgésicos comuns. Negava disúria, febre, náuseas, vômitos, diarreia, dor lombar, corrimento uretral ou alteração macroscópica da urina. Referia um episódio progressivo semelhante há 4 anos, quando a mesma dor obteve melhora com analgesia realizada na mesma emergência e cujo ultrassom doppler (USD) de bolsa escrotal fora normal ? SIC. À inspeção, havia edema e aumento da bolsa escrotal esquerda em relação à direita, sem sinais flogísticos e ausência do sinal do ponto azul. À palpação apresentava dor, sem melhora após elevação do testículo (ausência de sinal de Prehn). Com o diagnóstico de escroto agudo, após receber analgesia endovenosa com tramadol 100mg, solicitou-se USD, o qual revelou TESTÍCULO ESQUERDO TÓPICO, DE CONTORNOS LIVRES, VOLUME NORMAL, PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO, SEM MASSAS OU CALCIFICAÇÕES. APRESENTAVA, EM POLO SUPERIOR NÓDULO HETEROGÊNEO, MEDINDO 1,9 X 1,4CM, CARACTERÍSTICO DE PROCESSO INFLAMATÓRIO AGUDO (PROVÁVEL TORÇÃO DE HIDÁTIDE DE MORGANI). Ao exame Doppler, mostrou-se circulação testicular normal bilateral. Não apresentou alterações em testículo direito. O paciente ficou 24h em observação, evoluindo com melhora completa dos sintomas, sendo liberado com receita de cetoprofeno 100mg de 12/12h por 5 dias, lisador: 1 comprimido de 6/6h se dor e ciprofloxacino 500 mg de 12/12h por 7 dias. Foi ainda encaminhado ao ambulatório de urologia, aonde faz acompanhamento. CONCLUSÃO: A torção da HM compõe diagnóstico diferencial do escroto agudo. Este pode ser causado por uma torção testicular, que possui caráter de urgência no tratamento, enquanto o tratamento da torção de HM é de manejo clínico.

PALAVRAS-CHAVES: ESCROTO AGUDO|TORÇÃO DE APÊNDICE TESTICULAR|TORÇÃO DE HIDÁTIDE DE MORGANI

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 561

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Volvo de ceco e cólon ascendente secundário a má rotação intestinal em paciente adulto

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIONISIO DE SOUZA GOMES NETO (HOSPITAL SÃO RAFAEL), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANDRE GUSMAO CUNHA (HOSPITAL DO SUBÚRBIO)

RESUMO: Introdução: O volvo é uma das causas mais comuns de obstrução intestinal, superada apenas pelo câncer e diverticulite. 75% dos quadros de volvo ocorrem no colo sigmoide, sendo o volvo cecal uma patologia incomum, geralmente associada a um defeito de rotação intestinal ou ceco muito móvel (?báscula cecal?), comumente descritos em pacientes pediátricos ? 1/6.000 nascidos vivos. Neste trabalho relatamos um caso de volvo cecal associado a má rotação intestinal em um paciente de 42 anos. Objetivo: Relatar o caso de um paciente adulto com Abdome Agudo Obstrutivo (AAO) por volvo de ceco e cólon direito secundário a má rotação intestinal. Metodologia: Relato de caso Resultados: Paciente masculino, 42 anos, neuropata crônico (paralisia cerebral congênita), admitido no Hospital do Subúrbio com distensão abdominal e ausência de flatos e fezes há 5 dias. Apresentava constipação crônica com piora nos últimos 2 anos. Ao exame: posição viciosa no leito, dados vitais normais, abdome distendido e hipertimpânico; toque retal com fezes em dedo de luva. TC de abdome ? imagem sugestiva de má rotação intestinal em hipocôndrio direito, distensão de alças a montante; trombo em v.femoral direita. Realizada Laparotomia Exploradora (LE) em 22/12/16, evidenciando-se torção do ceco e cólon direito sobre o próprio eixo. Desfeita torção e realizada pexia do ceco, de modo a evitar novas torções. Paciente restrito ao leito, evoluiu com íleo no pós-operatório, atelectasia ? culminando em pneumonia e choque séptico ? e trombose de v.porta. Reabordado 3 vezes devido a obstrução intestinal por hérnia interna (26/12/16) e brida (06/01 e 13/01/17), veio a óbito no 24ºDPO após novo choque séptico secundário a pneumonia. Conclusão: Paciente adulto, neuropata crônico, com defeito congênito da rotação intestinal, levando a AAO por volvo cecal. Submetido a LE, desfeita torção, no entanto paciente veio a óbito no 24ºDPO por complicações clínicas ? choque séptico refratário sec a ITR. O volvo é uma das principais causas de obstrução intestinal, mais frequente ao nível do sigmóide. Para que ocorra em outras localizações, é necessário que haja um defeito de rotação do intestino, e maior mobilidade do segmento acometido, o que costuma ocorrer na população pediátrica. Pacientes com má rotação intestinal também podem apresentar dor abdominal crônica e episódios de volvo incompleto ou intermitente do intestino médio, o que neste paciente pode não ter sido notado previamente devido à neuropatia crônica.

PALAVRAS-CHAVES: volvo|ceco|rotação

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 567

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Complicação gástrica pós-hioplastia em Gestante - um Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TAYNARA CRISTINA FELÍCIO (UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU - FURB), FELIPE JOSE KOLESKI (HOSPITAL SANTA CATARINA BLUMENAU), ANA CAROLINA DE AVILA (UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU - FURB)

RESUMO: Introdução: A presença de sinais e sintomas de doença do refluxo gastrointestinal (DRGE) em gestantes é comum (até 83,4%). Os mecanismos hormonais e mecânicos da gravidez explicam a alta prevalência destes sintomas, mas complicações desta condição clínica são raras. Relato de caso: Paciente feminina, 32 anos, G4P2A1, apresentou abdome agudo por hérnia hiatal estrangulada 2 meses após hioplastia e funduplicatura laparoscópica. Paciente evoluiu com sepse abdominal pós-laparotomia de urgência realizada em outra unidade de saúde, momento em que foi recebida pela equipe de saúde deste trabalho. Foi submetida a nova laparotomia de urgência, na qual se realizou gastrectomia parcial com drenagem de coleção subfrênica esquerda, correção da hérnia diafragmática e drenagem torácica esquerda fechada. Apesar de complicações pós-cirúrgicas, o desfecho da paciente foi satisfatório, recebeu alta hospitalar no 31º do pós-operatório e não houve prejuízo ao crescimento fetal. Realizou cesárea com 38 semana de idade gestacional. O recém-nascido não apresentou complicações. Conclusão: A revisão bibliográfica revela que a primeira linha de tratamento de DRGE em gestantes é medicamentosa, porém quando se trata de um caso de estrangulamento de vísceras, a cirurgia de urgência deve ser a primeira medida. Apesar da alta mortalidade do procedimento cirúrgico em gestantes, estudos mostram que de 10 óbitos em gestantes que apresentaram este caso clínico, 7 não foram submetidas a tratamento cirúrgico. Por fim, percebeu-se que a realização da cirurgia foi importante para o prognóstico da paciente e questiona-se a realização de cirurgia de correção de hérnia hiatal em mulheres em idade fértil.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia diafragmática | Ruptura gástrica | Gestantes

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 605

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE POR LAPAROSCOPIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), STEPHANIE ARAUJO MARQUES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), ISABELLA PAIVA PALMEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), RENATA LIMA BATALHA DE ANDRADE (UNIVERSIDADE TIRADENTES), DANILLO PRIMO ANDRADE SANTANA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LUCAS LEAL VARJÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Introdução: A endometriose é uma doença benigna crônica nas mulheres em idade reprodutiva que leva à diminuição da qualidade de vida, à infertilidade e caracteriza-se pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, que pode se apresentar de forma difusa, com implantes pélvicos ou de forma localizada (endometrioma). A doença acomete mais freqüentemente ovários, peritônio pélvico e ligamentos útero-sacros e, de modo menos comum, intestino, bexiga, diafragma, vagina e parede abdominal. O manejo atual da endometriose é baseado em tratamento clínico e intervenção cirúrgica. O tratamento cirúrgico é indicado para confirmar o diagnóstico da doença e para manejar as pacientes não responsivas ao tratamento clínico. A dor pélvica associada à endometriose pode ser reduzida pela remoção completa das lesões, nos casos de doença infiltrativa profunda e severa. Relato de Caso: Realizou-se ooforectomia direita, miomectomia uterina e salpingectomia direita em virtude do método ser menos traumático e da possibilidade da existência de aderências. Após realização da antissepsias e sondagem vesical, foi feita incisão transumbilical com colocação do trocarer umbilical e da ótica. Após formação do pneumoperitônio foi feita a colocação dos demais trocareres, sob visão direta. Realizou-se ooforectomia direita e salpingectomia. A miomectomia foi executada por eletrocoagulação. Identificou-se a presença de endometriomas difusos na cavidade, com predomínio na região do sigmoide. Foi possível classificar a paciente com endometriose em Estágio IV (endometriose grave): escore > 40, múltiplos implantes superficiais e profundos, incluindo endometriomas, aderências densas e firmes, de acordo com a Classificação da American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Após a retirada das peças cirúrgicas foram realizadas revisões da hemostasia e da cavidade, seguidas da retirada do pneumoperitônio e dos trocareres. Realizou-se suturas e curativos ao fim do procedimento. Conclusão: O artifício utilizado de laparoscopia mostrou-se eficaz no tratamento dos endometriomas e realização da ooforectomia, miomectomia e salpingectomia.

PALAVRAS-CHAVES: endometriose | laparoscopia | ginecológico

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 624

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abdome Agudo obstrutivo pós-apendicectomia: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA CARREIRO CARVALHO (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), RONE ANTONIO ALVES ABREU (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Aderências intestinais ou bridas são membranas ou autênticos cordões de tecido fibroso que ligam vários órgãos intra-abdominais que normalmente não têm pontos fixos entre si lideram as causas de obstrução intestinal. São responsáveis por mais de 40% de todos os casos de obstrução intestinal e de 60 ? 70% do intestino delgado. Surgem em diversas situações como, por exemplo, após procedimentos cirúrgicos. **RELATO DE CASO:** Masculino, 26 anos, procedente de Araguaína-TO, HIV positivo, deu entrada no Hospital Regional de Araguaína no seu 11º dia pós-operatório (DPO) de apendicectomia com quadro clínico de dor abdominal difusa, em cólica, parada de eliminação de flatos e fezes há cerca de 5 dias. Apresentava náuseas e vômitos biliosos em grande quantidade, associado a astenia e inapetência intensa. Exame Físico: LOTE, BEG, desidratado (+++/4+), emagrecido, hipocorado (++/4+), abdome globoso, distendido, timpânico, doloroso a palpação difusamente, sem sinais de irritação peritoneal, RHA +, cicatriz cirúrgica de McBurney, lesão vegetantes em região perianal, ausência de fezes ao toque retal. Restante do exame físico sem alterações. Exames laboratoriais: hemograma evidenciando hemoglobina (8,1) e hematócrito (24,5), VCM (78,8), sem leucocitose. Foi submetido à rotina radiológica de abdome agudo, onde evidenciou-se a radiografia, sinal do empilhamento de moedas, múltiplos níveis líquidos, distensão de alças intestinais de delgado. Foi submetido ainda à tomografia computadorizada de abdome total com contraste evidenciando obstrução e dilatação de alça colônica, com sofrimento isquêmico local. Foi realizado, então, laparotomia exploratória e lise de aderências abdominais com enterectomia de íleo e ileostomia terminal. No 1º DPO, paciente LOTE, BEG, estável hemodinamicamente, sem queixas, com apenas um episódio de vômito. No 2º DPO, paciente LOTE, BEG, sem queixas, náuseas e vômitos ausentes. No 3º DPO, paciente sem queixas ou intercorrências. Paciente evoluiu bem, teve alta hospitalar com retorno ambulatorial. **CONCLUSÃO:** É perceptível então que a brida é uma patologia frequente, que merece o devido acompanhamento e tratamento correto por parte dos profissionais de saúde, além da técnica cirúrgica adequada para sua resolução. É extremamente importante seu diagnóstico imediato, evitando assim, menores complicações.

PALAVRAS-CHAVES: Abdome Agudo Obstrutivo | Apendicectomia | Brida

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 639

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Mucocele de apêndice: Relato de caso e revisão bibliográfica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS DE PAULO ARAÚJO DE ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ADRIANO DIAS TRAJANO (COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY), GABRIELA DA SILVA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), BIANCA DE FIGUEIREDO MOREIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), JÔNATAS WELLINGTON DA SILVA BEZERRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), YOHANA OLIVEIRA DE BARROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JENNYFER KELLEN LÁZARO DA ROCHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), TALITA FIRMINO DA SILVA FERRO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A mucocele de apêndice (MA) é causada pela obstrução do apêndice por fecalitos, vermes, tumores e inflamação crônica, levando a uma distensão do órgão por material mucinoso. Sua incidência é rara e varia de 0,2 a 0,3% dos casos de apendicectomias. Os achados mais comuns da MA são: dor abdominal em quadrante inferior direito, massa abdominal palpável, perda de peso e alteração do hábito intestinal. Sua complicação mais grave é o pseudomixoma peritoneal, na qual a cavidade peritoneal é preenchida por substância mucinosa. O tratamento da MA é cirúrgico e deve-se realizar a ressecção do apêndice, mesoapêndice, linfonodos e das coleções peritoneais. A hemicolectomia está indicada se não houver uma remoção total do tumor primário, acometimento linfonodal apendicular ou ileocecal, ou neoplasia não mucinosa, ambos confirmados por histopatológico. A técnica por videolaparoscopia tem trazido bons resultados. Contudo, a dissecação do apêndice, pneumoperitônio e transporte da peça pela parede abdominal pode contribuir para uma disseminação peritoneal do tumor, se existir. Para evitar isso, deve-se usar para manipulação pinças de exploração intestinal não traumáticas e bolsas não permeáveis para transportar a peça pelo portal. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 44 anos, apresentou dor abdominal intensa em fossa ilíaca direita por cerca de 10 horas. A dor abdominal era acompanhada de náuseas e vômitos. Negava febre. Ao exame físico apresentava palidez cutaneomucosa, sudorese, taquicardia, abdome doloroso e massa palpável em fossa ilíaca direita e flanco direito. O Leucograma mostrava leucocitose 16.200 neutrófilos e desvio a esquerda. Foi submetido à tomografia computadorizada do abdome que evidenciou uma coleção retroperitoneal heterogênea, medindo 2.430 mL. Foi indicada laparotomia exploradora onde constatou ruptura do apêndice vermiforme e grande quantidade de mucina em cavidade peritoneal e retroperitônio, sendo realizada apendicectomia convencional, evacuação da coleção mucinosa e lavagem exaustiva da cavidade. O diagnóstico foi confirmado por histopatológico, afastando malignidade. Paciente recebeu alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório em bom estado geral. CONCLUSÃO: Patologia incomum e com alto potencial de complicação. É usualmente curável com tratamento cirúrgico adequado, se diagnosticado em fase inicial. Um diagnóstico precoce preciso e um adequado planejamento cirúrgico é fundamental para obtenção de bons resultados.

PALAVRAS-CHAVES: Mucocele de apêndice | Adenocarcinoma Mucinoso | Apêndice Vermiforme

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 645

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA POR USO DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE/PB), GILVANDRO DE ASSIS ABRANTES LEITE FILHO (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE/PB), CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE/PB), GABRIELA DA SILVA ARAÚJO (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE/PB), AMANDA BELMONT MACÊDO BARROSO (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE/PB), FILIPE DE PADUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA - FCM-PB), REUDO HELENO AMORIM PEREIRA FILHO (DISCENTE DE MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA - FCM-PB), ADRIANO DIAS TRAJANO (PROFESSOR ORIENTADOR DA LAC-PB. MEMBRO DO CBC. MESTRE EM CIRURGIA PELA UNICAMP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A isquemia mesentérica aguda (IMA) é causada por um fluxo sanguíneo incapaz de atender à demanda metabólica dos órgãos. Trata-se de um evento incomum, responsável por menos de 0,1% das admissões hospitalares por dor abdominal, com mortalidade entre 67-90%. A IMA é comumente associada aos pacientes idosos com comorbidades, sendo rara e de difícil diagnóstico em menores de 40 anos. Nestes, a literatura aponta a predisposição ou abuso de cocaína como principais etiologias. O uso de esteroides anabolizantes (EA) está associado à trombose arterial, sendo uma possível e rara causa de IMA. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 34 anos, admitido no Complexo Hospitalar de Mangabeira, João Pessoa, Paraíba, com queixa de dor abdominal tipo cólica, súbita, difusa e forte intensidade há 12 horas, associada a náuseas, vômitos e episódios diarreicos. Nega comorbidades e refere uso de EA nas últimas 5 semanas. Ao exame: abdome distendido, depressível, sem sinais de irritação peritoneal. Exames: hemoglobina 16,5 g/dL, leucócitos 4.400 mm³, amilase 34 U/L. Radiografia de abdome mostra distensão e edema de alças de intestino delgado, com presença de níveis hidroaéreos. Feito tomografia computadorizada de abdome: distensão gasosa de alças do delgado e cólon, líquido livre em cavidade abdominal sem sinais de obstrução do fluxo vascular em território dos vasos mesentéricos. Devido evolução para irritação peritoneal, foi submetido à laparotomia exploradora com os seguintes achados: moderada quantidade de líquido livre na cavidade com isquemia segmentar de alças de delgado distal. Realizada biópsia de linfonodos da cadeia mesentérica e apendicectomia. Histopatológico: linfonodos reacionais. Alta hospitalar no 6º dia pós-operatório em bom estado geral e aceitado dieta oral. CONCLUSÕES: A IMA em pacientes com menos de 40 anos é rara e associa-se a altas taxas de mortalidade. O uso de EA está associado à trombose arterial, sendo fator de risco para eventos isquêmicos. A fisiopatologia da IMA por EA não está totalmente esclarecida. Porém, sabe-se que o uso de andrógenos é capaz de estimular a medula óssea a produzir eritrócitos, gerando policitemia, levando ao estado de hiperviscosidade e posterior obstrução vascular mecânica. A falta de explicação exata da fisiopatologia da IMA por uso de EA, e a não quantificação da associação entre o uso de EA e a taxa de trombose arterial indicam a necessidade de mais estudos sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVES: Isquemia mesentérica | Esteroides anabolizantes | Laparotomia exploradora

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 665

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ENDOMETRIOMA EXTRAPÉLVICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: POLLYANA RODRIGUES MARGATO (UNIVERSIDADE DE UBERABA), LUIZ CARLOS FURTADO DE ALMEIDA JUNIOR (HOSPITAL DR. HELIO ANGOTTI), JAIDER VIDIGAL (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARIO PALMERIO), GUILHERME FREIRE ANGOTTI CARRARA (HOSPITAL DR. HELIO ANGOTTI), ALINE EVANS FERREIRA (UNIVERSIDADE DE UBERABA), ANA THALISSA VILELA CARVALHO (UNIVERSIDADE DE UBERABA), THAIS APARECIDA TEODORO (UNIVERSIDADE DE UBERABA), LUANA REZENDE GUIMARAES (UNIVERSIDADE DE UBERABA)

RESUMO: OBJETIVO: Relato de caso de paciente apresentando endometrioma extrapelvico com revisão de literatura abordando manifestações clínicas e tratamento cirúrgico. MÉTODO: Análise retrospectiva de prontuário de paciente com endometrioma extrapélvico. INTRODUÇÃO: O endometrioma é uma forma de apresentação localizada da endometriose, afetando principalmente os ovários. O diagnóstico é sugerido pela história clínica e por estudos ultrasonográficos (US). O risco de malignização é baixo. O tratamento tem como objetivo o alívio da dismenorréia, da dor pélvica e/ou restabelecimento da fertilidade. RELATO DE CASO: P.R.M., feminino, 29 anos, branca, natural e procedente de Uberaba, solteira, GOPOCOAO. Iniciou quadro de desconforto intestinal concomitante a cólicas intestinais intensas. Admitida no serviço de ginecologia e obstetrícia do Hospital Universitário Mário Palmério para investigação de massa palpável em abdome inferior. Realizado US de abdome total e TC pélvica com contraste evidenciando lesão expansiva pélvica (14x10x6cm) e volume de 440ml, com hipóteses de neoplasia ovariana ou mesenterica. Marcadores tumorais: CA 125 = 96.9. Encaminhada ao hospital Dr. Hélio Angotti sendo indicado laparotomia exploradora. Durante procedimento, foi realizado congelamento com diagnostico de focos de endometriose / endometrioma, sendo realizado ooforoplastia. CONCLUSÃO: O diagnóstico definitivo do endometrioma é feito por estudo histológico de peça cirúrgica. As opções de tratamento incluem conduta expectante e terapêutica, sendo esta medicamentosa ou cirúrgica, dependendo da clínica e severidade da doença. A terapêutica cirúrgica é geralmente a mais aceita, principalmente nos endometriomas maiores que 3 cm, devido à má resposta e ao alto índice de recidiva que estes apresentam ao tratamento medicamentoso. REFERÊNCIA ACCETTA, I.; ACCETTA, P.; ACCETTA, A.F.; MAIA, F.J.S.; OLIVEIRA, A.P.F.. Endometrioma de Parede Abdominal. ABCD Arq Bras Cir Dig 2011; 24(1): 26-29. CARVALHO, M.S.; PEREIRA, A.N.; MARTINS, J.A.; LOPES, R.C.. Fatores Preditores de Recorrência do Endometrioma Ovariano Após Tratamento Laparoscópico. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2015; 37(2): 77-81. NÁCULL, A.P.; SPRITZER, P.M.. Aspectos Atuais do Diagnóstico e Tratamento da Endometriose. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2010; 32(6): 298-307.

PALAVRAS-CHAVES: endometrioma | endometriose | ovario

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 667

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NECESSIDADE DO USO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA DIAGNÓSTICO DE APENDICITE EM PACIENTES COM ECOGRAFIA ABDOMINAL SUSPEITA: REVISÃO DE CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BETINA FRANCIOSI (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CHRISTIAN FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), GIOVANNA SORGATO TESSMANN (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), RENATA ROCCA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), MARIANA FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), BETINA NEUTZLING (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), OSCAR EDUARDO LUZ DE CARVALHO LEITE (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES)

RESUMO: Introdução: A apendicite é a causa mais comum de dor abdominal aguda que requer cirurgia. O diagnóstico precoce é essencial para minimizar a morbidade, sendo importante no sintomas atípicos (20 a 33%). A US é um método rápido, não-invasivo, barato e não requer preparo ou uso de contraste, porém é operador-dependente. A tomografia apresenta elevada sensibilidade e especificidade, porém tem alto custo e utiliza radiação ionizante. Objetivos: avaliar se a tomografia é realmente necessária para diagnóstico de apendicite nos pacientes que possuem a ecografia suspeita. Métodos: análise retrospectiva de prontuário de pacientes com CID K35 os quais apresentaram ecografia suspeita e foram submetidos à TC, de 01/08/2015 a 31/08/2016. Resultados: Foram identificados 131 pacientes com o CID K.35 neste período, dos quais 45 apresentavam ecografia suspeita (sinais de inflamação da fossa ilíaca direita, porém não confirmavam o diagnóstico); TC foi solicitada para todos estes pacientes. A ecografia confirmou o diagnóstico em 42 pacientes e foram direto para a tomografia 37 pacientes, os quais foram excluídos do estudo. A análise de frequência mostra que, dos 45 pacientes submetidos à tomografia computadorizada por ecografia suspeita, 39 deles confirmaram diagnóstico e foram submetidos à apendicectomia, num total de 86% de acertos, com intervalo de confiança de 0,73 a 0.94 para 95% de acertos. Das ecografias suspeitas, 24 delas não visualizou o apêndice. A média de idade dos pacientes no diagnóstico foi de 46 anos, com desvio padrão de 22, sendo 14 anos o mais novo e 89 anos o mais velho. Conclusão: 86% das tomografias detectaram apendicite, sendo 6 delas negativas. Se essa mesma análise fosse feita em um hospital de difícil acesso, ou sem recurso tomográfico, e todos os 45 pacientes sofressem apendicectomia devido à ecografia suspeita, em 6 deles a cirurgia seria branca. O valor de ser submetido à uma cirurgia sem a real indicação é subjetivo, assim como a sua comparação com o valor de uma tomografia e sua quantidade de radiação. Pode-se levantar a discussão sobre irradiar 45 pessoas, para se evitar a cirurgia em 6 delas. Em alguns hospitais, os pacientes são submetidos diretamente à TC sem contraste na avaliação do abdome agudo, porém o uso indiscriminado do contraste EV têm sido criticado pelo aumento da morbidade. A ecografia ainda exerce papel importante pelo custo-benefício e baixa morbidade, não devendo ser descartada do processo diagnóstico de apendicite aguda.

PALAVRAS-CHAVES: ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO | DOR ABDOMINAL | TOMOGRAFIA DE ABDOME

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 702

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fagocitose de Gossipiboma

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), LEONARDO AUGUSTO OLIVEIRA (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANNA CLARA PAIM DE CERQUEIRA SANTIAGO DE FREITAS (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), LOANE VIANA MARQUES NEVES (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), LEANE RODRIGUES SILVA (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANDRE GUSMAO CUNHA (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), AUGUSTO JESUINO LACERDA SANTOS (HOSPITAL DO SUBÚRBIO)

RESUMO: Introdução: Relato de caso de paciente atendida no Serviço de Cirurgia do Trauma do Hospital do Subúrbio, Salvador-Ba, com quadro de abdome agudo obstrutivo secundário a gossipiboma fagocitado para o íleo terminal. Relato de caso: M.D.E.B., 35 anos, sexo feminino, G4 P4(PN) A0, passado de salpingotripsia há 4 anos e de colecistectomia laparotômica há 4 meses. Refere dor abdominal difusa, predominantemente à direita há 15 dias. Associado ao quadro refere ausência de dejeções e flatos há 8 dias e vômitos com restos alimentares ou biliosos. Ao exame físico: regular estado geral, normocárdica, afebril, anictérica. Abdome flácido, dor difusa à palpação profunda principalmente em QSD, sem irritação peritoneal. Tomografia computadorizada evidenciou moderada dilatação de alças jejunoileais, notando-se redução abrupta do seu calibre a nível do íleo distal, sugerindo semi-occlusão / oclusão intestinal. Realizada laparotomia exploratória: ao inventário da cavidade evidenciou-se alças de delgado dilatadas até íleo com presença de tumoração atípica, de consistência amolecida no interior da alça, depressível à digitopressão. Realizada enterectomia do segmento comprometido e enterorrafia término-terminal; ao exame da peça operatória foi observada compressa cirúrgica no seu interior. Paciente evoluiu bem em pós-operatório, recebe alta no 3ºDPO sem complicações. Conclusão: Gossipiboma é o termo médico usado para fazer referência a corpo estranho de origem têxtil deixado inadvertidamente no interior do paciente após um procedimento cirúrgico, desencadeando reação granulomatosa. Também conhecido como textiloma, foi descrito pela primeira vez por Wilson, em 1884. Apesar de rara é situação de extrema importância, pois se configura iatrogenia que pode resultar em graves complicações ao paciente, incluindo óbito. O quadro clínico é variável e não é incomum que os pacientes permaneçam assintomáticos por meses ou até mesmo por anos, o que dificulta o diagnóstico. Estima-se que a frequência de textilomas varie de 1 em 5500 operações até 1 em cada 18000 intervenções, apesar de ser uma entidade bastante subnotificada. Relatamos um caso no qual o corpo estranho migra da cavidade abdominal para o interior do íleo distal, sendo fagocitado pelo mesmo, ocasionando quadro clínico de obstrução intestinal.

PALAVRAS-CHAVES: Gossipiboma | Abdome agudo obstrutivo | Cirurgia de urgência

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 742

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Proteína C reativa e leucócitos totais como preditores de apendicite aguda complicada em 506 pacientes.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BIANCA SILVA FANTINI (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), YASMIN GARCIA BATISTA (UNISA), MARSELLE RIBAS (UNISA), ALEXANDRE ZANCHENKO FONSECA (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA), STEPHANIE SANTIN (UNISA)

RESUMO: Introdução: Pacientes com apendicite não complicada podem ser manejados com tratamento não operatório e identificar esses pacientes é essencial. Os leucócitos totais (LT) e a proteína C reativa (PCR) são possíveis marcadores. O objetivo deste estudo é avaliar o poder discriminativo deles (LT e PCR) no diagnóstico da apendicite complicada e determinar pontos de cortes para ambos os exames. Métodos: Foram coletados dados de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico para apendicite aguda durante Janeiro de 2011 a Dezembro 2015 foram analisados. Os valores dos LT e PCR no pré-operatório foram analisados. Resultados: Um total de 1138 apendicectomias foram realizadas e, após instituir os critérios de exclusão, 506 casos foram incluídos neste estudo. Entre eles, 316 do sexo masculino e 190, feminino. A idade variou de 13 a 72 anos. No grupo A, os valores dos LT obtiveram uma média de $14,95 \times 10^3/\text{mm}^3$, e de $17,11 \times 10^3/\text{mm}^3$ no grupo B. A media dos valores da PCR no grupo A foi de 64,43 mg/dL, e de 143,90 mg/dL no grupo B. Analisando as curvas ROC, os pontos de cortes de $16,1 \times 10^3/\text{mm}^3$ para LT e de 76,5 mg/dL para PCR foram obtidos. A sensibilidade e especificidade para o ponto de corte dos LT isolado foi de 57,7% e 57%; para PCR isolada foi de 69,1% e 68,9%, respectivamente. A área abaixo da curva (AUC) para PCR e LT foram de 0,753 e 0,591, respectivamente. Conclusão: A PCR isolada é o melhor preditor de apendicite aguda complicada quando o seu valor é acima de 76,5mg/dL. Quando analisados juntos os marcadores, a sensibilidade obtida foi de 100%, como também o valor preditivo negativo, para os casos complicados.

PALAVRAS-CHAVES: APENDICITE | LEUCOCITOS | PROTEINA C REATIVA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 808

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SARCOMA DE EWING, ACOMETENDO MÚSCULO PSOAS E COM EROSIÃO DO ILÍACO - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA CARREIRO CARVALHO (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC), RICARDO DIAS BORGES (ITPAC), JESSIKA RODRIGUES TAUHATA (ITPAC), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC), JULIANE LOPES DO NASCIMENTO (ITPAC), NADER NAZIR SULEIMAN (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os sarcomas de partes moles são neoplasias mesenquimais raras que apresentam menos de 1% de todos os tumores sólidos, surgindo nos osso e em partes moles. São mais comuns nos extremos de idade, com pico de incidência entre a quinta e sexta década de vida. Possuem diagnóstico tardio, levando assim a uma baixa expectativa, onde sua conduta terapêutica depende do tamanho da lesão, variando tanto de uma conduta expectante, cirurgia, radio e quimioterapia neoadjuvante e/ou paliativa. Foi feita então, consulta retrospectiva em prontuário do caso, obtendo dados dos exames de imagem e anatomopatológico e da conduta cirúrgica empregada. RELATO DE CASO: Masculino, 21 anos, sem comorbidades, com queixa de dor pélvica à direita com irradiação para membro inferior direito, desde o glúteo até a face medial da coxa, com evolução de 8 meses e piora progressiva relacionada a deambulação. Conta perda ponderal significativa nesse período, mas não mensurada, e sintomas algícos refratários a medicação. Procurou atendimento em seu município onde foi diagnosticado com uma massa em retroperitônio, sendo encaminhado ao serviço de referência. Ao exame, paciente com massa palpável em flanco direito, edema leve em membro inferior direito até a bolsa escrotal. Realizado tomografia computadorizada de pelve, que evidenciou lesão expansiva com densidade de partes moles e heterogênea, medindo 17,0 x 10,0 x 11,9 cm. A lesão apresentava íntima relação com o músculo íliopsoas, com aspecto infiltrativo e área de osteólise na asa do íliaco e infiltração também do músculo glúteo mínimo e médio, excedendo efeito expansivo sobre os vasos ilíacos desse mesmo lado, sem aparente infiltração dos mesmos. O anatomopatológico sugeriu neuroectoderma primitivo (PNET) / Sarcoma de Ewing, que foi posteriormente confirmado por imunohistoquímica. A conduta empregada foi quimioterapia neoadjuvante com posterior hemipelvectomy tipo 2 à direita. CONCLUSÃO: Devido a sua localização, os sinais e sintomas desse tumor apareceram mais tardiamente, por compressão, e invasão. A origem neuroectodérmica não é habitual nos sarcomas em geral, contudo, esse dado foi primordial para guiar a intenção do tratamento neoadjuvante, onde essa histologia responde bem à quimioterapia. Com isso, ressecções com perspectiva de margem ideal tem uma taxa de controle local em 85% a 90%.

PALAVRAS-CHAVES: Hemipelvectomy | Neurectomia Primitivo | Neoplasia mesenquimal

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 832

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Intussuscepção íleo-apêndico-cólica por apendicite aguda em adulto

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAMON FÉLIX MARTINS FERNANDES (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), JOSE ANTONIO BENTO (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), LUIS RENATO RODRIGUES ARNONI (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), MAURO ASSI HADDAD (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), MARIANNA MENDONÇA DE ALMEIDA THIERS (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), JUAN BERNARDO PEREIRA MARTIN (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), MICHELLE FU MIN TONG (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC), FÁBIO IAZZETTI LOPES (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC)

RESUMO: Introdução: A invaginação de um segmento intestinal sobre outro é relativamente comum em crianças e raramente acomete adultos. A intussuscepção do apêndice é uma alteração rara que pode ocorrer em qualquer grupo etário, porém, metade dos casos se desenvolve nos primeiros quinze anos de vida. A patogênese pode ser de causa anatômica ou patológica, como corpo estranho, neoplasias ou inflamações. A apendicite aguda pode ser uma causa, e a intussuscepção pode causar retenção de material infectado na extremidade proximal do apêndice, com obstrução do seu lúmen proximal. O quadro clínico de uma intussuscepção é variável e dependente da causa. A tomografia computadorizada (TC) tem sido o método de imagem mais utilizado e acurado para o diagnóstico desta condição. A abordagem cirúrgica é específica para cada achado e causa. O exame anátomo-patológico da peça ressecada sempre deve ser solicitado, por mais característico que o cenário possa parecer. Relato de caso: Relatamos o caso de paciente do sexo feminino, 24 anos, atendida no setor de pronto atendimento de um hospital público com náuseas e dores há 7 dias, tipo cólica no mesogástrio e de fraca intensidade. No exame físico apresentava no mesogástrio uma formação cilíndrica, de 10x4cm, dolorosa e com ruídos presentes. Foi realizada uma TC de abdome que mostrou imagem sugestiva de intussuscepção jejuno-jejunal. Levada à laparotomia, encontrou-se uma intussuscepção íleo-apêndico-cólica, que foi reduzida observando-se como causa uma tumoração de característica inflamatória no apêndice cecal na sua porção proximal com presença de fecálito. Foi realizado apendicectomia com necessidade de ressecção de parte da parede cecal e reconstrução com sutura contínua, em dois planos. A paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 3ºPO. O exame anátomo-patológico mostrou ser uma apendicite aguda úlcero-flegmonosa com neoplasia mucinosa de baixo grau com margens cirúrgicas livres. A parede cecal ressecada apresentava processo inflamatório supurativo transmural. A paciente está em acompanhamento no ambulatório de oncologia cirúrgica. Conclusão: O caso apresentado destaca-se pela infrequência do diagnóstico, assim como pela importância do achado no exame anátomo-patológico da peça cirúrgica para o prosseguimento do tratamento, ressaltando a importância da solicitação do exame anátomo-patológico da peça ressecada sempre.

PALAVRAS-CHAVES: intussuscepção | Neoplasia de apêndice | Apendicite

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 842

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Obstrução Intestinal Aguda por Adenocarcinoma em Paciente Jovem- Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YURI GUILHEM RACHID JAUDY (ITPAC/FAHESA ARAGUAÍNA), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC/FAHESA), FILIPE COUTINHO MOTA (ITPAC/FAHESA), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC/FAHESA), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), JULIANA CARREIRO CARVALHO (ITPAC/FAHESA), ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR (ITPAC/FAHESA)

RESUMO: Introdução: O carcinoma colorretal tem predileção por indivíduos do gênero masculino e com idade superior a 60 anos, com apenas 20% dos casos em idade inferior a 50 anos. Relato de Caso: Paciente feminina, 30 anos, foi encaminhada ao HRA com queixas de dor abdominal intensa há 10 dias, vômitos, secreção vaginal fétida, abdome tenso, doloroso a palpação superficial difusamente, mais intensa em fossa ilíaca direita. Ultrassonografia de abdome evidenciando área hipoecóica heterogênea em região anexial direita sugerindo apendicite ou abscesso tubo-ovariano. Encaminhada para o centro cirúrgico para realização de laparotomia exploratória. Realizou-se incisão mediana infra-umbilical com extensão para supra-umbilical, abrindo a cavidade por planos. Encontrada grande quantidade de secreção purulenta em pelve; tumoração de sigmóide obstrutiva aderida em parede anterior com perfuração, bloqueada; aderência de delgado leve na tumoração, útero levemente aderido em tumoração. Realizada drenagem do abscesso, liberação do tumor da parede, com contaminação da pelve por fezes. Feita sigmoidectomia parcial e lise de aderências. Anastomose colônica em dois planos de sutura e limpeza exaustiva de cavidade. Explorada cavidade, não identificando lesões hepáticas. Colocação de dreno tubulo laminar em pelve, fechamento da cavidade por planos e realizado curativo. Peça cirúrgica do sigmóide encaminhada ao histopatológico e secreção drenada para cultura. Nos dias que seguiram paciente relatava náuseas, episódio de vômito, dor em ferida operatória, com secreção serosa. No 2º pós-operatório (DPO), realizado ultrassonografia de abdome, sem nenhuma alteração. No 4º DPO apresentou hematúria. Mantida a conduta pós-operatória associada a sintomáticos com boa evolução até o desaparecimento dos sintomas. Anátomo-patológico evidenciou adenocarcinoma tubular de 7,0x5,5 cm, ulcero-infiltrativa, moderada diferenciação, comprometendo serosa, linfonodos (7/8 linfonodos) e perineural, sem invasão vascular, estadiamento patológico pT4a pN2b pMx e TNM IIIC. Após alta, encaminhada ao serviço de oncologia para seguimento do caso. Conclusão: O caso demonstra uma apresentação incomum do carcinoma colorretal que diferencia da epidemiologia habitual. Sabe-se que os tumores diagnosticados em pacientes mais jovens têm mostrado indicadores de maior agressividade e indiferenciação, o que justificaria a alta taxa de doença avançada ao diagnóstico, menor possibilidade de cura e pior prognóstico nesses paciente.

PALAVRAS-CHAVES: CÂNCER COLORRETAL | ONCOLOGIA CIRURGICA | EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 845

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor De Ovario Gigante Em Paciente Com Histerectomia Previa: Relato De Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC ARAGUAINA), TATIANY PAES DA SILVA (UBS SAO BRAZ DO PIAUI), TÁSSYLLA CAROLINE FERREIRA PEREIRA (ITPAC), VÍCTOR SOUSA SILVA (ITPAC), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC), OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR (ITPAC), JESSIKA RODRIGUES TAUHATA (ITPAC), BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Durante o climatério predominam as neoplasias epiteliais. Por fortuna, aproximadamente 80% delas são benignas. Os tumores de ovário de baixo grau de malignidade costumam se derivar do epitélio e tem um comportamento intermédio entre as lesões malignas e benignas. Dentre deles o cistoadenoma seroso é o mais frequente, e varia desde pequenos tumores macroscópicos até aqueles que ocupam toda a pelve e inclusive a cavidade abdominal. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 75 anos, com histerectomia previa há um ano, apresentado tumoração volumosa ocupando toda a cavidade abdominal sugestivo de processo expansivo de origem ginecológico, provavelmente ovariano, diagnosticado por ultrassom. Apresentava dor abdominal difusa, que piorava a palpção, constipação e incontinência urinaria. Foi indicada laparotomia exploradora. Realizada laparotomia mediana supra e infra umbilical , diérese por planos, com exposição da massa tumoral de origem ovariana a qual estava aderida ao intestino delgado, reto e ureter esquerdo, cavidade abdominal com presença de ascite moderada. Realizou-se divulsão digital das aderências, isolamento com separação do ureter do tumor e ressecção ampla da tumoração (ooforectomia esquerda), com ligadura da artéria ovárica. Revisão da cavidade abdominal sem sinais macroscópicos de metástase, nem lesão de vísceras de colón. A Massa tumoral apresentava aspecto cístico de conteúdo heterogeneo, superfície lisa e com abundantes vasos, e de aproximadamente 6kg de peso, enviada para biopsia. Paciente evoluiu bem, com alta no segundo dia pós operatório e orientações de regressar no ambulatório após 21 dias. **CONCLUSÃO:** As neoplasias ginecológicas são muito frequentes, e o potencial de malignidade independe a maioria das vezes da velocidade do crescimento. Os tumores que apresentam sintomatologia devem ser valorados com rapidez. A ultrassonografia pode ser esclarecedora na maioria dos casos. A intervenção cirúrgica se justifica nos casos de dor abdominal, constipação, incontinência e outros sintomas compressivos ou suspeita de malignidade. Alterações musculo esqueléticas podem estar presentes devido ao tamanho e peso da tumoração.. A maioria dos tumores gigantes de ovário são de caráter benigno. Com tudo a investigação histopatológica sempre se faz necessária.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia | Massa Tumoral | Laparotomia Exploratória

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 888

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Disgenesia gonadal pura XY e sua associação com um risco aumentado de disgerminoma de ovário

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), CRISTIAN PEREIRA BOTELHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RAYANA TRAMONTINI DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), FABIANA TABEGNA PIRES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), MATHEUS HENRIQUE PASCHOALONI DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), JÔNIO VIEIRA FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA)

RESUMO: Introdução: a disgenesia gonadal pura XY (DGP XY) é um distúrbio do desenvolvimento sexual associado a anomalias do desenvolvimento gonadal que resulta na presença de genitais externos e internos femininos, apesar do cariótipo 46,XY. Nosso objetivo foi relatar o caso de uma paciente com DGP XY em que o disgerminoma de ovário foi uma das primeiras manifestações clínicas. Relato do Caso: a paciente veio encaminhada aos 20 anos de idade para avaliação por história de amenorréia primária. Apresentava história de telarca aos 16 anos e de pubarca com 14 anos, após início de hormonioterapia. Tinha história de dor em cólica em andar inferior do abdome há cerca de 2 meses, que se acompanhou de distensão abdominal. A ecografia abdominal havia revelado a presença de uma lesão expansiva, presumivelmente sólida, hipoeoica, com vários focos hiperecogênicos no interior, medindo 3,5cmX2,5cmX2,5cm. A paciente apresentava aumento dos níveis de LH e FSH e baixos de estradiol. Ela era filha de pais jovens e não consanguíneos. Não havia outros casos similares na família. Ao exame físico, a paciente apresentava estatura de 160cm, peso de 55 Kg e perímetro cefálico de 56,5cm, envergadura de 166cm, palato alto, orelhas em abano e cúbito valgo. O seu cariótipo revelou a presença de uma constituição cromossômica masculina normal (46,XY). A paciente foi submetida à cirurgia de ooforectomia bilateral, sendo que o anatomopatológico da lesão do anexo esquerdo foi compatível com disgerminoma de ovário. Conclusão: a frequência da DGP XY é de cerca de 1 caso para cada 80.000 indivíduos, o que faz dela uma condição rara. O risco de desenvolver um tumor gonadal, como visto em nossa paciente, é de 15 a 35%. Portanto, para tais casos, é crucial a realização de gonadectomia profilática bilateral o mais precoce possível. Bibliografia: 1. Huang H, Wang C, Tian Q. Gonadal tumour risk in 292 phenotypic female patients with disorders of sex development containing Y chromosome or Y-derived sequence. Clin Endocrinol (Oxf). 2016 Oct 13;2. Kumar NP, M V, Mathews A, James FV. Mixed Germ Cell Tumour in a Case of Pure Gonadal Dysgenesis (Swyer Syndrome) - A Case Report. Cureus. 2016 Jan 13;8(1):e459. 3. Jørgensen A, Lindhardt Johansen M, Juul A, Skakkebaek NE, Main KM, Rajpert-De Meyts E. Pathogenesis of germ cell neoplasia in testicular dysgenesis and disorders of sex development. Semin Cell Dev Biol. 2015 Sep;45:124-37.

PALAVRAS-CHAVES: Disgenesia gonadal | Disgerminoma de ovário | Gonadectomia profilática

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 898

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia Encarcerada em Orifício de Trocarte Umbilical Após Laparoscopia Diagnóstica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SUELLEN VIEIRA DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Com o advento da cirurgia minimamente invasiva, houve uma diminuição da frequência das hérnias incisionais (HI). Esse tipo de complicação é frequente nas laparotomias, tendo incidência de 3% a 13% dos procedimentos. Apesar de associada a menor risco de HI, as operações laparoscópicas não estão isentas desta complicação - 0,8% a 2,8%. O presente caso relata uma paciente de 42 anos, submetida à laparoscopia diagnóstica, que evoluiu de dor e distensão abdominal, 72h após procedimento. RELATO DE CASO Paciente de 42 anos, sexo feminino, submetida à laparoscopia diagnóstica devido dor crônica em baixo ventre. Procedimento realizado sem intercorrências tendo recebido alta no 1o PO. Após 72 horas retornou ao hospital de origem com queixa de dor, distensão abdominal e vômitos. Permaneceu internada para elucidação diagnóstica, recebendo alta hospitalar com sintomáticos após 24h. Procurou novo atendimento no Hospital Regional de Sobradinho, sendo avaliada pela equipe da Cirurgia Geral que optou por internação e investigação. Ao exame a paciente se encontrava em regular estado geral, eupneica, taquicárdica, com abdome distendido, hipertimpânico e doloroso à palpação difusamente. Adicionalmente, havia parado a eliminação flatos e fezes. Submetida à laparotomia exploradora, que identificou herniação de alça de delgado em orifício de trocarer umbilical, provavelmente devido ao não fechamento da aponeurose na primeira abordagem cirúrgica. Havia estenose fibrótica do segmento de delgado e inviabilidade do mesmo, sendo procedido a enterectomia segmentar e enteroanastomose termino-terminal. A paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, com alta hospitalar no 5o DPO. CONCLUSÃO A herniação incisional apesar de ser uma complicação menos frequente na cirurgia minimamente invasiva é ainda considerada uma complicação séria, que requer reparo cirúrgico. Após a cirurgia laparoscópica, a localização da HI se dá preferencialmente na linha mediana, quando utilizados trocartes maiores que 10mm. O maior fator de risco relacionado ao aparecimento de HI é a ampliação da incisão para retirada da peça cirúrgica. Portanto, para evitar tal complicação, sugere-se que seja utilizado o trocarer de menor diâmetro possível, e ao término do procedimento, todo pneumoperitoneo seja retirado. Sempre fechar os orifícios de trocarer maior que 10mm, exceto em crianças, que devem ter todos orifícios suturados independente do tamanho.

PALAVRAS-CHAVES: hérnia incisional | laparoscopia | obstrução intestinal

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 901

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abdome agudo obstrutivo por cálculo biliar: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS DIEGO RIBEIRO CENTELLAS (IPSEMG), JOSE DE ALENCAR GONÇALVES DE MACEDO (IPSEMG), LUCAS SILVA COUTO (IPSEMG), LUCAS TOBIAS ALMEIDA QUEIROZ (IPSEMG), CAMILA COUTO GOMES (IPSEMG), MARCELA REZENDE SALLES (IPSEMG), ANTONIO DE CARVALHO JUNIOR (IPSEMG), RACHID GUIMARAES NAGEM (IPSEMG)

RESUMO: Introdução: O íleo biliar é uma complicação incomum da colelitíase. É responsável por cerca de 1 a 4% dos quadros de obstrução intestinal mecânica. Decorrente de um processo inflamatório da vesícula biliar juntamente com efeito mecânico dos cálculos, há a formação de uma fístula colecistoentérica com migração e impactação de cálculos biliares na luz intestinal. Relato: Paciente do sexo feminino, 78 anos, procurou o Hospital Governador Israel Pinheiro BH/MG devido à epigastralgia há um mês associado à hiporexia e um episódio de hematêmese. Sabidamente portadora de colelitíase. Realizado ultrassonografia abdominal que identificou aerobilia e endoscopia digestiva alta que evidenciou abundante resíduo biliar. Evoluiu com distensão abdominal e vômitos incoercíveis, sendo submetida à tomografia abdominal que revelou obstrução mecânica de jejuno distal devido a cálculo biliar intraluminal. Serviço de cirurgia geral foi acionado e indicado laparotomia exploradora. Visto ponto de obstrução intestinal em jejuno, a cerca de 1,5 m da válvula íleocecal, de consistência endurecida. Vesícula biliar bloqueada, com aderências firmes. Prosseguiu-se com enterolitotomia de cálculo biliar de 5 cm e enterorrafia. Diante das condições clínicas da paciente e locais da vesícula, a colecistectomia não foi realizada neste momento. Conclusão: O íleo biliar acomete principalmente idosos, sendo mais comum em mulheres, tal como nossa paciente. Manifesta-se com sintomas de obstrução intestinal, precedidos por sintomas biliares. O diagnóstico é clínico, complementado por exames de imagem que podem mostrar obstrução intestinal, pneumobilia e cálculo biliar ectópico. O tratamento é cirúrgico, podendo-se optar por duas abordagens, a depender do quadro clínico do paciente e das condições inflamatórias da vesícula. Sendo a cirurgia em dois tempos, com a colecistectomia e correção da fístula posteriormente a mais utilizada. No caso relatado, houve um atraso no diagnóstico, visto que a clínica e os exames complementares já apontavam para possibilidade de íleo biliar, mostrando que a sua baixa prevalência acabam o afastando das hipóteses diagnósticas. Além disso, a impactação do cálculo ocorreu em local incomum, no jejuno. Bibliografia: Nuño-Guzmán CM et al. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. World J Gastrointest Surg 2016/ Mallipeddi MK et al. Gallstone ileus: revisiting surgical outcomes using National Surgical Quality Improvement Program data. JSR 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Obstrução Intestinal | Laparotomia | Cálculos Biliares

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 902

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EMERGÊNCIAS VASCULARES: DISSECÇÃO DE AORTA, UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TATYANE RIBEIRO DE CASTRO PALITOT (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES/UFRN.), GABRIEL LUNARDI ARANHA (FCMS/JF), FELIPE AUGUSTO FERREIRA SIQUELLI (FACISB), JULIANA COELHO XAVIER (UNINASSAU), HEMELI GEANINE BERTOLDI (FCMS/JF), LUÍS AUGUSTO PRAZIM BEZERRA (UESB), MATHEUS OLIVEIRA CARLOTA (PUC CAMPINAS), ELIANE PEREIRA DA SILVA CPF (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES/UFRN.)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) é uma instituição hospitalar universitária pública vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) que visa desenvolver ações de ensino e pesquisa, articuladas à assistência à saúde de média e alta complexidade. As doenças cardiovasculares continuam sendo importante causa de mortalidade e morbidade cardiovascular e segundo o DATASUS, de janeiro à dezembro de 2016 o HUOL recebeu 1.793 casos de doenças da artéria aorta, sendo o serviço de cardiologia do HUOL referência para resolução de tais problemas. Dentre as morbidades mais graves, a dissecção de aorta é uma emergência cardiovascular pouco frequente, mas de elevada morbimortalidade. O seu quadro clínico e o exame físico são inespecíficos, logo seu diagnóstico pode ser dificultado. Além disso é um dos diagnósticos diferenciais mais importantes do Infarto Agudo do Miocárdio (IMA) e, assim, seu conhecimento e diagnóstico rápido é de extrema relevância para diminuir o número de pacientes perdidos. Nesse relato temos como meta descrever o quadro clínico, evolução e diagnóstico de um caso de dissecção de aorta e sua contribuição para diminuir o tempo porta-agulha e porta-balão em emergências cirúrgicas cardiovasculares. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 42 anos, com antecedentes de HAS não controlada há 1 ano com picos hipertensivos em consultas prévias, dependente químico (cocaína), etilista importante e fumante (30 maços/ano), deu entrada no HUOL encaminhado de outro serviço, onde estava internado há 3 dias com história de dor interescapular de forte intensidade, de início súbito, em rasgada e que o paciente classifica como insuportável, que persistiu por mais de seis horas associada a sudorese e dispneia aos esforços. Na angiotomografia de tórax e abdome constatou-se uma dissecção de aorta que se iniciava na porção tubular da aorta ascendente alcançando a bifurcação e a artéria ilíaca comum direita (tipo I de De Bakey) e a presença de hemopericárdio com restrição diastólica das câmaras esquerda. Paciente submetido à cirurgia com inserção de prótese (stent) CONCLUSÃO: Estudos demonstram que, em caso de dissecção de aorta, o tempo porta-balão deve ser o menor possível já que a mortalidade aumenta 1% por hora nas primeiras 48h e chega a 80% na primeira semana, portanto o diagnóstico precoce e preciso da dissecção de aorta é fundamental para a conduta correta.

PALAVRAS-CHAVES: Dissecção de Aorta | Emergências cirúrgicas | cirurgia vascular

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 915

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uso da neostigmina para tratamento da pseudo-obstrução do cólon (síndrome de Ogilvie): relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS SILVA COUTO (IPSEMG), CARLOS DIEGO RIBEIRO CENTELLAS (IPSEMG), CAMILA MATOS VERSIANI (IPSEMG), YUJI XAVIER ETO (IPSEMG), ANTONIO DE CARVALHO JUNIOR (IPSEMG), CAMILA COUTO GOMES (IPSEMG), LUCAS TOBIAS ALMEIDA QUEIROZ (IPSEMG), MARCELA REZENDE SALLES (IPSEMG)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A pseudo-obstrução colônica aguda (síndrome de Ogilvie) consiste na dilatação do cólon e reto sem evidências de mecanismos de obstrução intrínseco ou extrínseco. A fisiopatologia dessa doença ainda é pouco conhecida e o diagnóstico é feito pela anamnese, exame físico e propedêutica radiológica, como radiografia simples e tomografia computadorizada de abdome. O tratamento é inicialmente conservador por meio de fármacos como a neostigmina, sondagem retal contínua, administração de laxativos (polietilenoglicol) e colonoscopia descompressiva. Procedimentos cirúrgicos devem ser considerados somente em caso de falha terapêutica da abordagem conservadora ou suspeita de perfuração colônica. RELATO: Paciente de 49 anos, sem comorbidades, vítima de projétil de arma de fogo em tórax e úmero esquerdo admitido em Unidade de Tratamento Intensivo. Diagnosticados fratura de úmero esquerdo com abordagem conservadora pela ortopedia e trauma raquimedular torácico (fratura do pedículo e lâmina esquerdas e processo espinhoso de T5) com alojamento de projétil em coluna, evoluindo com paraplegia permanente. Intercorreu com distensão abdominal importante e insuficiência respiratória sete dias após a admissão com necessidade de intubação orotraqueal por insuficiência respiratória. Solicitada tomografia de abdome com evidência de distensão e dilatação de alças do hemicólon direito com maior diâmetro na região do ceco/ascendente medindo cerca de 9 centímetros. Ceco sem evidências de torção/volvo. Hemicólon esquerdo proximal apresentava-se distendido com conteúdo gasoso, enquanto sigmoide e reto continham material fluido luminal, não se observando dilatação franca nem redundância/enovelamento de alças. Dessa maneira, foi diagnosticada síndrome de Ogilvie, sendo instituídos clister e colonoscopia descompressiva sem melhora significativa. Optou-se então por iniciar neostigmina 2 gramas/dia. Em 48 horas, apresentou evacuações pastosas e melhora relevante de distensão abdominal com resolução completa do caso. CONCLUSÃO: Apesar da inexistência na literatura de estudos conclusivos, a neostigmina constitui opção terapêutica viável para tratamento da pseudo-obstrução colônica aguda em caso de falha da conduta conservadora inicial. Dessa forma, a abordagem cirúrgica continua sendo indicada como último recurso em virtude das altas taxas de morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Ogilvie | Pseudo-obstrução do Cólon | Neostigmina

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 943

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTO OVARIANO HEMORRAGICO VOLUMOSO EM GESTANTE, COM MANUTENÇÃO DA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SERGIO IBANEZ NUNES (UNIFOA E FAA), THAIS BARROS CORRÊA IBAÑEZ (UNIFOA), ESTER ALBUQUERQUE LOURENÇO (HSJB), NATHALIA CRISTINNE PEREIRA DE SOUZA (HSJB), AUGUSTO FREDERICO MARTINS LOPES OLIVEIRA (HSJB)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os cistos de ovário são uma patologia muito prevalente, que podem complicar com hemorragias e, se muito volumosos podem cursar com dor pélvica ou torção, gerando quadro de abdome agudo. Em gestantes, tais cistos podem significar gravidez ectópica que evolui geralmente para ruptura. Na gestação tópica os cistos normalmente ficam restritos à corpos lúteos que são pequenos e não complicam. Cistos hemorrágicos volumosos na gestação são pouco freqüentes e, quando complicam, principalmente no primeiro trimestre, o aborto é frequente, normalmente, quando necessária a laparotomia. RELATO DE CASO: JAG, feminina, 19 anos, gestante de 10 semanas, da entrada no Hospital São João Batista, Volta Redonda- RJ, com história de dor abdominal de início súbito, associada a náuseas. O exame físico evidencia dor abdominal de forte intensidade, mais em fossa ilíaca direita, com descompressão dolorosa positiva. Avaliada pela obstetrícia que descartou patologia obstétrica, com feto viável, toque vaginal sem dor à mobilização do colo. Foi realizada ultrassonografia que evidenciou massa em fossa ilíaca direita, heterogênea. Levada à laparotomia onde foi encontrada massa, medindo 15 cm no maior diâmetro, bem delimitada não aderida em topografia de ovário direito que não foi visualizado; apêndice normal, útero aumentado de volume, compatível com a gestação. Realizada ressecção da massa, preservando o ovário esquerdo. A paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta no quinto dia de pós-operatório, em controle de 30 semanas paciente seguia com gestação viável, sem complicações. O anatomopatológico da massa concluiu tratar-se de ovário, com volumoso cisto hemorrágico, sem sinais de malignidade ou teratoma, hipótese cirúrgica. CONCLUSÃO: O diagnóstico de cisto ovariano hemorrágico de ovário é raro em grávidas, principalmente quando volumosos e muitas vezes levam à interrupção da gravidez, principalmente quando manipulados cirurgicamente. O diagnóstico diferencial com apendicite por causa da limitação diagnóstica própria da gravidez deve ser considerado, o que leva à laparotomia como no caso apresentado.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto ovário | Gravidez | Abdome Agudo

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 949

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO COMO APRESENTAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SERGIO IBANEZ NUNES (UNIFOA E FAA), THAIS BARROS CORRÊA IBAÑEZ (UNIFOA), ESTER ALBUQUERQUE LOURENÇO (HSJB), NATHALIA CRISTINNE PEREIRA DE SOUZA (HSJB), AUGUSTO FREDERICO MARTINS LOPES OLIVEIRA (HSJB)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Doença inflamatória crônica que pode acometer qualquer porção do trato gastrointestinal, desde a boca até o anus, a Doença de Crohn, geralmente envolve intestino delgado, 30-40% tem doença no íleo; e 10-20% acomete exclusivamente o cólon, preferencialmente lado direito. Caracteriza-se por início insidioso, com episódios de agudização, com dor abdominal e diarreia, e períodos de remissão. As principais complicações incluem obstrução e perfuração (com abscesso localizado ou peritonite generalizada), situações que exigem intervenção cirúrgica, o diagnóstico definitivo geralmente é obtido no pós-operatório. RELATO DE CASO: HFS, masculino, 28 anos, branco, natural e residente de Volta Redonda; dá entrada no serviço de emergência do Hospital São João Batista, Volta Redonda- RJ, queixando-se de dor em FID, com início há 3 dias, associada a náusea, perda de apetite. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, corado, hipocorado +/4+, anictérico, acianótico; Abdome levemente distendido, peristalse diminuída, algo tenso, doloroso há palpação difusamente, principalmente em fossa ilíaca direita, que apresentava sinal de irritação peritoneal e defesa voluntária. Em função da história clínica e da anamnese, associada ao exame laboratorial, que mostrava leucocitose com bastonemia, além de exame de urina, sem alteração, optou-se por realização de laparoscopia, tendo como hipótese diagnóstica, abdome agudo inflamatório, por apendicite. À laparoscopia, foi observada moderada quantidade de secreção pioerosa em pelve e massa em região íleo cecal, endurecida, friável, não sendo possível dissociação do apêndice cecal. Optou-se então pela conversão da cirurgia para laparotomia, com incisão de Davis, onde realizou-se ressecção de segmento de íleo terminal até região proximal de ceco, com margem de segurança, e anastomose primária. Paciente permaneceu internado, com antibioticoterapia venosa (amicacina e metronidazol), tendo alta em 7 dias com boa evolução clínico laboratorial. O anatomo patológico teve como conclusão, Doença de Crohn em ceco. CONCLUSÃO: Embora a cirurgia não seja curativa e, possa gerar maior morbidade, pode ser, muitas vezes, a opção mais adequada e segura para as complicações da Doença de Crohn, cujo tratamento é eminentemente clínico, e a dificuldade de decisão no ato cirúrgico é grande.

PALAVRAS-CHAVES: Abdome agudo | Chron | Doença Inflamatória

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 984

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PROTOCOLO DO MANEJO DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU ? CURITIBA PR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUIZ CARLOS VON BAHTEN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU), WILLIAM AUGUSTO CASTELEINS CECILIO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU), RAMON MAXIMO SCHULZ NETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU), FABRICIO GOLONO KAMINAGAKURA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU)

RESUMO: OBJETIVO:Este protocolo visa padronizar o atendimento dos diversos quadros de abdome agudo obstrutivo, de forma a otimizar o atendimento realizado em nossa prática diária. MÉTODOUtilizamos uma revisão literária de 11 artigos atuais, os quais discorrem sobre o tema obstrução intestinal e realizamos fluxogramas que possivelmente se enquadram no nosso serviço. RESULTADOSObstrução do intestino delgadoA obstrução do intestino delgado tem ocorrência mais comum devido à aderências e hérnias. Tipicamente são solicitados hemograma completo, eletrólitos, uréia e creatinina séricos. Em alguns casos devem ser realizados gasometria, lactato e hemoculturas.O diagnóstico normalmente é confirmado com o uso de exame de imagem.Radiografia simples de abdome agudo: com maior disponibilidade e baixo custo.TC de abdome: capaz de mostrar o local específico da obstrução e gravidade. É mais específica e sensível do que o raio-X simples.Manejo do paciente: Pacientes com obstrução intestinal aguda apresentando peritonite generalizada ou deterioração clínica devem ser submetidos à cirurgia. Já os pacientes sem os sinais mencionados acima podem ser tratados clinicamente de início.Inicialmente a instituição de jejum e a passagem de sonda nasogástrica deve ser realizada. No serviço propomos que não se espere mais do que 48h para indicação cirúrgica, se não houver melhora clínica evidente.Obstrução do intestino grosso:Tem como principais etiologias o câncer colorretal e o volvo colônico.Os laboratoriais devem ser realizados de rotina.A radiografia de abdome: pode mostrar o local da obstrução, indicando a intervenção cirúrgica.Tomografia de abdome: Tem grande sensibilidade e especificidade para o diagnóstico. Na obstrução secundária a malignidade, tem o benefício adicional de estadiamento, à procura de metástases.Manejo do paciente: Tratamento de suporte com decompressão gastrointestinal, correção dos distúrbios hidroeletrólíticos.Tratamento cirúrgico: ressecção com anastomose primária ou em mais de uma fase, devendo levar em conta a condição do cólon proximal e comorbidades próprias do paciente. CONCLUSÃOO manejo inicial tranquiliza para a realização de exames laboratoriais e de imagem para firmar o diagnóstico. Os exames de imagem, na grande maioria das vezes, confirmam o diagnóstico. BIBLIOGRAFIATOWNSEND, CM, Beauchamp, RD, Evers, BM, Mttox, KL: SABISTON TEXTBOOK F SURGERY: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 19th Edition. Ed: Saunders-Elsevier, Philadelphia, 2012

PALAVRAS-CHAVES: Abdome agudo | Obstrução intestinal | Tratamento cirúrgico

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1006

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABSCESSO ESPLÊNICO COMO COMPLICAÇÃO DE APENDICECTOMIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), LUCAS ALCOBAÇA GOMES MACHADO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ), WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), DIEGO COIMBRA ALENCAR (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), GUILHERME MEIRELES FERREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS), HELDER DE MELO SÉRVIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), GERMANO DE SOUSA LEÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), DJALMA RIBEIRO COSTA (HOSPITAL INFANTIL LUCÍDIO PORTELA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O abscesso esplênico é uma particularidade clínica atípica que resulta através de uma disseminação hematogênica relacionada a uma patologia de base. Normalmente a terapêutica se baseia em extração cirúrgica do segmento orgânico (baço). A morbimortalidade é elevada mesmo com o tratamento médico precoce. RELATO DE CASO: Homem, 32 anos, admitido no Hospital de Urgências de Teresina em setembro/2016 referindo dor abdominal, febre e calafrios. Um mês antes do quadro referia cirurgia devido a uma apendicite supurativa com alta hospitalar no 2º dia de pós operatório sem intercorrências. Sem outros comemorativos associados ao quadro clínico. A tomografia computadorizada (TC) abdominal revelou aumento representativo de baço juntamente com áreas de densidades diferentes no referido órgão e derrame pleural bilateral. Os exames laboratoriais ? hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), gasometria arterial com lactato, uréia e creatinina ? evidenciaram leucocitose com desvio à esquerda, aumento de VHS e PCR, acidose metabólica com aumento do lactato e aumento de excretas nitrogenadas. Após isso foi sucedida internação hospitalar com diagnóstico de sepse em foco abdominal (abscesso esplênico) acrescida de tratamento clínico intensivo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com antibioticoterapia de largo espectro. Sete dias após desestabilização clínica optou-se por laparotomia de urgência com consequente esplenectomia e lavagem da cavidade abdominal. Três dias após procedimento cirúrgico paciente evoluiu com insuficiência renal aguda pré-renal, hipocalemia, elevação de excretas nitrogenadas, aumento do lactato e piora da leucocitose com desvio à esquerda. No dia posterior o mesmo foi a óbito. CONCLUSÃO: Mesmo com diagnóstico e tratamento rápidos, o abscesso esplênico continua a apresentar mortalidade. Bibliografia: BON, Thiago de Paula et al . Comparativo entre pacientes com diagnóstico de apendicite aguda atendidos em unidades de pronto atendimento e hospital de emergência. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 41, n. 5, p. 341-344, Oct. 2014 . Available from . access on 12 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912014005008>.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA|HOSPITALIZAÇÃO|APENDICITE

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1017

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VIDEOLAPAROSCOPIA NA ABORDAGEM DO ABDOME AGUDO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), ANDREY SALGADO MORAES FILHO (UFMA), ISLANARA DIÓGENES URBANO SOUSA (UFMA), JOSE APARECIDO VALADAO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), GIULIANO PEIXOTO CAMPELO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), ABDON JOSE MURAD JUNIOR (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), LUIS EDUARDO VERAS PINTO (HOSPITAL SAO DOMINGOS), GUSTAVO JOSE CAVALCANTI VALADÃO (HOSPITAL SAO DOMINGOS)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Nos setores de emergência são frequentes os atendimentos por abdome agudo. Muitas patologias, de tratamento cirúrgico ou não, apresentam-se com dor abdominal e uma avaliação clínica minuciosa associada a métodos complementares é de fundamental importância para elucidação diagnóstica. A abordagem moderna dos quadros abdominais agudos tem como principal objetivo a investigação diagnóstica e a indicação ou não de uma intervenção cirúrgica. A laparoscopia é mais uma opção para se evitar um possível erro de conduta, principalmente quando o quadro clínico e os exames complementares não conseguem definir o diagnóstico e/ou tratamento ideal. Podendo tratar de forma definitiva pelo acesso mini-invasivo, principalmente os quadros de apendicite aguda, úlcera péptica perfurada, afecções ginecológicas e nos casos de obstrução intestinal. **OBJETIVO:** Realizar uma revisão de literatura com o tema videolaparoscopia no abdome agudo ressaltando suas vantagens. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura não-sistemática sobre videolaparoscopia no abdome agudo nas bases de dados Scielo, MEDLINE, PubMed e ScienceDirect, sem restrições quanto ao ano de publicação, porém preferindo como referência aqueles que foram publicados mais recentemente sobre o tema e que respondessem os tópicos de organização de forma satisfatória. Foram selecionados 12 artigos internacionais e nacionais. **CONCLUSÃO:** O abdome agudo é uma causa frequente de atendimento nos setores de emergência. A abordagem moderna dos quadros abdominais agudos é o principal objetivo de investigação diagnóstica para discernir quanto a necessidade ou não de abordagem cirúrgica. Stravosa, Antoniou.; George A. Antoniou.; Athanasios, Antoniou. Pass, present and future of minimally invasive abdominal surgery. JSLS, 2015

PALAVRAS-CHAVES: LAPAROSCOPIA | ABDOME AGUDO | URGÊNCIAS

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1022

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA APENDICITE AGUDA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 638 CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE JOSE VIEIRA (HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DR. MOZART GERALDO TEIXEIRA.), AMANDA PEREIRA LIMA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), GABRIELA PROCÓPIO DE MORAES OLIVEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), FELIPE GARCIA PRADO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), MARIELLE ELISA AVELINO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), JOÃO VICENTE LINHARES RODRIGUES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), PLINIO DOS SANTOS RAMOS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA)

RESUMO: Introdução: A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico em todo o mundo, com uma prevalência de aproximadamente 7% na população. Objetivo: Descrever o perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda dos pacientes atendidos em um centro de referência da macrorregião de Juiz de Fora, MG. Método: Estudo observacional retrospectivo, realizado no Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira. Um total de 638 pacientes diagnosticados com Apendicite Aguda foram selecionados. As variáveis analisadas foram sexo, idade, fase evolutiva, tempo de internação, diagnóstico anatomopatológico, uso de antibióticos, uso de dreno, complicações e mortalidade. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional (protocolo 1.424.169). Resultados: A Apendicite Aguda foi mais prevalente no adulto jovem (19-44 anos) e no sexo masculino (65,20%). O tempo médio de internação foi de sete dias e a fase II foi a mais prevalente. O diagnóstico anatomopatológico de tumor primário de apêndice foi realizado em seis pacientes (0,94%), sendo o adenocarcinoma o tipo histológico mais frequente (66,7%). Quanto ao uso de antibióticos, 196 pacientes foram submetidos apenas à antiobioticoprofilaxia e 306 receberam antibioticoterapia. Da nossa casuística, 81 pacientes fizeram uso de dreno, cujo tempo de uso foi em média 4,8 dias. Considerando a mortalidade, 17 pacientes morreram (2,67%), predominando o sexo masculino (70,59%) e média de idade de 38,47 anos. Conclusão: a Apendicite Aguda apresenta maior prevalência no sexo masculino e no adulto jovem. O tempo de internação está diretamente associado à fase evolutiva. A complicação mais comum é a infecção de sítio cirúrgico. A mortalidade em nosso serviço ainda é alta comparada a centros desenvolvidos. Bibliografia: 1. Sandell E, Berg M, Sandblom G, Sundman J, Fränneby U, Boström L, et al. Surgical decision-making in acute appendicitis. BMC surgery. 2015;15:69.2. Shogilev DJ, Duus N, Odom SR, Shapiro NI. Diagnosing appendicitis: evidence-based review of the diagnostic approach in 2014. West J Emerg Med. 2014;15(7):859-71.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite | Cirurgia Geral | Abdome Agudo

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1024

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUBERCULOSE ABDOMINAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA URGÊNCIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), THALES MENDES MIRANDA (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), RAPHAEL CASTIGLIONI NASCIMENTO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), ELAISY CRISTINA DE SARRO SOARES (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), JACHELYNE PERMAGNANI NEVES (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), CAROLINE GRAVEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), JULIO CESAR BATISTA JUNIOR (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), LOREN ROSETTI REBELLO (UNIVERSIDADE VILA VELHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO. A tuberculose abdominal pode envolver o trato gastrointestinal, geniturinário, órgãos sólidos, vesícula biliar, peritônio, linfonodos e aorta. Na forma intestinal, os exames de imagem são sugestivos, quando considerados apresentação clínica e estado imunológico do paciente. A região ileocecal constitui o sítio de maior comprometimento. Foi realizado estudo descritivo tipo relato de caso de uma tuberculose abdominal como diagnóstico diferencial de abdome agudo obstrutivo. RELATO DE CASO. Homem, 32 anos, queixa de dor abdominal difusa, abaulamento em região inguinal esquerda, vômitos e retenção urinária há 15 dias associado à parada de eliminação de gases e fezes há 8 dias. Presença de hérnia inguino-escrotal bilateral, encarcerada à esquerda com sinais de irritação peritoneal. Tomografia de abdome evidenciou distensão intestinal com pneumatose em delgado, hérnia inguinal bilateral contendo cólon sigmoide à esquerda, delgado à direita e grande quantidade de líquido livre. No intra-operatório observou-se 3.500 ml de ascite citrina, espessamento difuso do estômago, delgado e cólon de aspecto inflamatório granulomatoso, grande omento herniado em fossa ilíaca esquerda com sofrimento, causando obstrução do sigmóide e delgado. Realizado herniorrafia bilateral, omentectomia, apendicectomia, biópsias do peritoneo parietal e visceral. Anatomopatológico com BAAR e Ziehl-Nielsen confirmou tuberculose extra-pulmonar. No 7º dia de pós-operatório apresentou eventração sendo submetido resutura de parede com presença de ascite hemorrágica. Evoluiu com piora clínica e óbito no 9º dia de pós-operatório. CONCLUSÃO. A tuberculose abdominal cursa com sintomas inespecíficos. O diagnóstico pré-operatório é difícil, confirmado apenas com histopatológico ou cultura de tecidos. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos de complicações como a obstrução intestinal. É importante atentar-se para este diagnóstico diferencial principalmente no intra-operatório, para saber conduzir pacientes com abdome agudo associado a doenças de base como a tuberculose abdominal.

PALAVRAS-CHAVES: TUBERCULOSE|TUBERCULOSE ABDOMINAL|ABDOME AGUDO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1026

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Gangrena de Fournier em uma emergência cirúrgica: série de 09 casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), DANIEL DIAS DE HOLANDA FREITAS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), JOÃO SOTERO VERAS NETO CAVALCANTE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), VICTOR ANDRADE DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), VINICIUS FARINA SARTORI (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), CECÍLIA LIMEIRA LIMA LEITE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR)), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA (UNIFOR))

RESUMO: OBJETIVO A Gangrena de Fournier é uma emergência urológica causada por fasciite necrotizante, acometendo principalmente as regiões urogenitais, perianal e perineal. Ocorre principalmente em homens na quinta década de vida, podendo ser idiopática ou relacionada a fatores predisponentes. Frequentemente a evolução é desfavorável, com taxa de mortalidade de até 67%, o que motivou a realização do presente estudo, tendo como objetivo relatar uma série de 9 casos de Gangrena de Fournier em uma emergência cirúrgica. MÉTODO Foi realizada revisão nacional e internacional de artigos relevantes sobre o tema e, em seguida, revisados retrospectivamente os prontuários de indivíduos diagnosticados com gangrena de Fournier entre Janeiro de 2015 a Janeiro de 2016 em um serviço de emergência cirúrgica de hospital secundário do Ceará, sendo coletados dados demográficos, clínicos e cirúrgicos. Todos os aspectos éticos respeitaram a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. RESULTADOS Dos 9 pacientes, apenas 1 era do sexo feminino. 2 pacientes tinham episódios prévios da mesma afecção e todos tiveram como sítio de origem da infecção ou a região genital ou perianal. Dentre os fatores de risco foi identificado diabetes mellitus (n=6), hipertensão (n=4), e todos os 9 pacientes ingeriram moderada quantidade de álcool de 2 a 3 vezes por semana. Todos apresentavam febre e como achado laboratorial leucocitose. Em 2 pacientes, devido a baixa gravidade, foi realizado apenas analgesia, controle de comorbidades e antibioticoterapia com cobertura para germes gram negativos e anaeróbios. 7 pacientes necessitaram de desbridamento cirúrgico. Além de antibioticoterapia e desbridamento cirúrgico, a abordagem também é baseada na estabilização hemodinâmica, hidroeletrólítica e metabólica de eventuais distúrbios, por vezes se utilizando outras terapias adjuvantes como a colostomia ou cirurgias reconstrutivas. Tais terapias adjuvantes não foram utilizadas nesses pacientes. CONCLUSÃO Nosso estudo corroborou com a literatura em relação aos sítios de origem da afecção, a prevalência por sexo e faixa etária, comorbidades e fatores de risco associados. Nenhum paciente foi a óbito. Um fato relevante foi a ausência de óbitos, sem sequer haver necessidade de cirurgias reconstrutoras em nenhum paciente, o que é incomum segundo a literatura, nos levando a questionar se esse resultado deve-se ao início precoce de antibioticoterapia e desbridamento agressivo ou a algum viés presente em nossa amostra.

PALAVRAS-CHAVES: gangrena de fournier | antibioticoterapia | desbridamento

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1030

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIAS ABDOMINAIS NA EMERGÊNCIA ? ESTUDO RETROSPECTIVO DE 107 CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE JOSE VIEIRA (HPS JF), AMANDA PEREIRA LIMA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), GABRIELA PROCÓPIO DE MORAES OLIVEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), FELIPE GARCIA PRADO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), MARIELLE ELISA AVELINO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), PAULA DOMITH DE OLIVEIRA VIEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF)

RESUMO: Introdução: Uma das principais cirurgias realizadas no mundo é a de correção de hérnias de parede abdominal (HPA), cujas complicações mais graves são o encarceramento e estrangulamento, responsáveis por grande parte dos quadros de abdome agudo. Objetivo: Descrever os aspectos epidemiológicos das hérnias de parede abdominal (sexo, idade), bem como localização da hérnia, uso de tela, tempo de internação e mortalidade. Método: Análise de prontuários dos pacientes com diagnóstico de HPA no Hospital Dr. Mozart Geraldo Teixeira no período de 2009 a 2014. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional (protocolo 1.424.169). Resultados: Foram selecionados 107 casos de HPA. No total a hérnia umbilical foi a mais prevalente, n=43 (40,2%), seguida da hérnia inguinal n=38 (35,5%), epigástrica n=14 (13,1%), incisional (0,9%) e de Spiegel n=1 (0,9%). A hérnia que mais cursou com encarceramento foi a hérnia inguinal n=36 (100%). O sexo masculino prevaleceu n=61 (57%), sendo mais comum a hérnia inguinal n=30 (49,2%), enquanto no sexo feminino, a umbilical foi a mais frequente (50%). Na hérnia femoral (n=2), não houve diferença entre os sexos. O tempo médio de internação foi de 3,55 dias e a idade média de 59,4 anos (DP+- 19,4). A hernioplastia com tela foi realizada em 18,5% dos casos. A mortalidade foi de 6,5%, sendo o choque séptico a causa predominante (4,6%) e mais comum no sexo feminino (87,5%), com a idade média de 63 anos. Conclusão: A HPA foi mais frequente no sexo masculino, e a hérnia umbilical foi a mais prevalente. A mortalidade ainda é alta (6,5%) por se tratar se cirurgias de urgência. Bibliografia: 1. Ayandipo OO, Afuwape OO, Irabor DO, AbdurrazaaqAI. Adult abdominal wall hernia in Ibadan. Ann Ib Postgrad Med. 2015;13(2): 94-99. 2. Fitzgibbons Junior RJ, Forse RA. Clinical practice. Groin hernias in adults. NEJM 2015;372(8):756-63. 3. Ukkonen M, Kivivuori A, Rantanen T, Paajanen H. Emergency Abdominal Operations in the Elderly: A Multivariate Regression Analysis of 430 Consecutive Patients with Acute Abdomen. World Journal of Surgery. 2015;39(12):2854-61.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnias | Abdome Agudo | Urgência

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1045

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: APENDICITE FISTULIZADA E DISCUSSÃO SOBRE ABORDAGENS EFICAZES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEVI CARVALHO E SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), WILLY OKOBA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), RINELLE MARIA MARTINS COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), ELADIO PESSOA DE ANDRADE FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), DANIEL HARDY MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), PEDRO HENRIQUE MARCIEL CASTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), CAMILA TELES NOVAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O abdome agudo é uma causa frequente de atendimento nos setores de emergência. A inflamação aguda do apêndice é a causa mais comum de abdome agudo nos pacientes que procuram os serviços de emergência. Dos pacientes que apresentam apendicite aguda, a maior parte geralmente requer abordagem cirúrgica, e uma parte cursa com fistulização. Portanto, diversas afecções, de tratamento cirúrgico ou não, cursam com dor abdominal, e uma avaliação clínica minuciosa associada a métodos complementares é de fundamental importância para elucidação diagnóstica e posterior tratamento eficiente. RELATO DO CASO: Paciente com quadro de dor abdominal, de início progressivo há 15 dias, originalmente ocupando o epigástrio e que evoluiu para flanco inferior direito, associado à náusea, mas sem vômitos, sem febre e sem alteração do hábito intestinal. Ao exame físico, apresenta rubor, calor e edema sobre o flanco inferior direito associados à ausência de ruídos intestinais, além de peritonite localizada. Apresenta história pregressa para hipertensão e hiperplasia prostática benigna tratada. Foi internado com diagnóstico de abscesso na fossa ilíaca direita. Depois, foi submetido à laparotomia, durante a qual foram percebidos, além desse grande abscesso, mais dois abscessos na região do canal inguinal. No intra operatório concluiu-se que se tratava de herniação inguinal direta que necrosou e fistulizou para o interior do escroto, formando um abscesso bloqueado que, paradoxalmente, manteve as funções intestinais preservadas. A cirurgia cursou com enterectomia e apendicectomia. O paciente veio a óbito após o sétimo dia pós-operatório. CONCLUSÃO: Os principais métodos utilizados para tratamento de abscesso bloqueado são punção e laparoscopia. Segundo Paterson-Brown, a utilização de qualquer técnica diagnóstica, invasiva ou não, terá que ser avaliada de acordo com a sua eficácia em alterar a terapêutica (operar ou não). Esse raciocínio norteia a abordagem moderna dos quadros abdominais agudos quando o principal objetivo da investigação diagnóstica é a indicação ou não de uma intervenção cirúrgica. Sendo assim, o cirurgião necessita de cautela na escolha do método para tratar abscessos localizados. Para o caso relatado, foi realizada a laparotomia. No entanto, a laparoscopia é a escolhida geralmente como padrão ouro. Como não se tem material de vídeo disponível sempre para operar, principalmente no SUS, lança-se mão da própria laparotomia como abordagem cirúrgica de escolha.

PALAVRAS-CHAVES: fistula | abordagem cirurgica | abscesso localizado

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1071

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Divertículo Solitário de Ceco Encarcerado Como Complicação de Hérnia Umbilical Volumosa

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIVEIRA (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA EM MACAÉ - RJ), RICARDO DOS SANTOS VASCONCELOS (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA EM MACAÉ - RJ), MILENA AGRIZZI BOZI ALEXANDRE (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA EM MACAÉ - RJ), CLAUDIO LUIZ LOURENCO DE SOUZA (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA EM MACAÉ - RJ), RENAN BRITO NOGUEIRA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), BRUNO BERNABÉ LUBRAICO (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA EM MACAÉ - RJ), LARISSA KAROLYNNE RIBEIRO PORFIRIO (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA EM MACAÉ - RJ), BRUNA FREIRE SANTOS (HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DR. FERNANDO PEREIRA DA SILVA EM MACAÉ - RJ)

RESUMO: Introdução: Paciente N.A. 64 anos, feminino, natural de Rio Das Ostras-RJ, deu entrada pela emergência no Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira da Silva em Macaé-RJ, no dia 29/03/2016. Relato de Caso: Apresentava dor abdominal intensa, com piora há 48 horas, associada a vômitos pós-prandiais. Exame físico: Obesa, abdômen em avental, apresentando hérnia umbilical volumosa, com perda de domicílio, dolorosa à palpação, hiperemia e calor local. Exame laboratorial: Hemoglobina 11,5 g/dl; hematócrito 36,1%; Leucócitos 8580 mm³, sem desvio; Ureia 15 mg/dl; Creatinina 0,55 mg/dl; Sódio 139 mEq/l; Potássio 4,5 mEq/l. TC - Volumosa hérnia umbilical de orifício herniário de 6,0 cm, com alças de delgado distal, cólon ascendente e transversal em seu interior, espessamento parietal difuso e densificação dos planos gordurosos adjacentes à região ileocecal. Presença de imagem ovalada hipodensa em região anexial direita medindo cerca de 9,6x8,0 cm. Realizada laparotomia exploradora, evidenciando divertículo único de ceco perfurado com secreção purulenta, alças de delgado, cólon ascendente e transversal no interior do saco herniário. Realizada hemicolectomia direita, ooforectomia bilateral e peritoneostomia com colocação de tela de Marlex e proteção das alças com Sterile Pack para posterior aproximação da musculatura abdominal. Fechamento da peritoneostomia após 5 reabordagens cirúrgicas programadas, com retorno gradativo das vísceras. Conclusão: Divertículos solitários de ceco são de origem congênita, relativamente raros, menos de 2,5%, e geralmente assintomáticos, achados acidentais em laparotomia. No caso descrito, a complicação com isquemia e necrose ocorreu devido à sua presença, entre outras vísceras, em conteúdo encarcerado de volumosa hérnia umbilical crônica, provavelmente associada ao aumento da pressão intracavitária provocado pela tumoração anexial direita. A opção pela hemicolectomia direita e anastomose primária foi adotada pelo cirurgião e a confecção de peritoneostomia foi utilizada para o controle da reintrodução visceral ao domicílio intracavitário abdominal. A paciente evoluiu com fechamento definitivo da parede abdominal no 21º dia pós-operatório. Apresentava-se em condição de alta, com funções fisiológicas reestabelecidas, alimentação normal e deambulação. Aguardava conclusão de antibioticoterapia, sendo acometida subitamente por quadro de Embolia Pulmonar Aguda, apesar do uso de medicação antitrombótica profilática (Clexane), culminando em óbito.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo de Ceco | Hérnia Umbilical | Cirurgia geral

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1073

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR: RELATO DE CASO CAUSADO POR BRIDA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), CAMILA GUERESI TREVISAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), LUANA BRINGHENTI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), JOHANNA JOHANN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FELIPE DE SOUSA JUNQUEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS), ou Síndrome de Wilkie, é causa rara de obstrução intestinal alta. Sua etiologia pode ser secundária a qualquer condição que diminui o ângulo entre artéria mesentérica superior (AMS) e aorta. RELATO: Paciente feminina, 60 anos, diabética, hipertensa, com arritmia, apresenta adenocarcinoma de reto inferior, sendo realizada neoadjuvância com quimioterapia e radioterapia. Após retossigmoidectomia com anastomose primária e confecção de ileostomia protetora, iniciou quadro sugestivo de oclusão intestinal alta no 7º dia de pós-operatório. Realizou Tomografia Computadorizada que apresentava redução abrupta do ângulo aortomesentérico. EDA demonstrou estômago com líquido bilioso e presença de trave com retração cicatricial, adjacente ao piloro, modificando a anatomia do antro. O duodeno com aparente aumento da luz do bulbo e segunda porção, sem identificação de ponto obstrutivo até D2. Enteroscopia mostrava estreitamento da luz na terceira porção duodenal, observando-se área pulsátil nesta região. A paciente foi levada para laparotomia, onde foram visualizadas e corrigidas aderências fibróticas que envolviam a terceira porção duodenal, aderidas à aorta, causando evidente compressão duodenal por diminuição do ângulo aortomesentérico. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, com boa aceitação da dieta, recebendo alta no 8º dia de pós-operatório da lise de aderências. DISCUSSÃO: A SAMS foi descrita por Von Rokitanski em 1861, tendo incidência variando entre 0.013-0,3%. A AMS deixa a aorta em um ângulo agudo fechado, através do qual a terceira parte do duodeno passa, ficando vulnerável a um pinçamento. A existência de tecido linfático e adiposo retroperitoneal entre a AMS e aorta promove um coxim protetor à compressão extrínseca ao duodeno. Qualquer condição que leve à perda dessa gordura retroperitoneal e tecido linfático provoca a compressão de D3. A SAMS pode apresentar manifestações agudas, agravadas pela alimentação e aliviadas com a mudança postural. Há ainda manifestações crônicas: perda de peso, vômitos, perda de apetite e dor abdominal pós-prandial. O tratamento conservador é possível com NPT e decompressão por sonda nasogástrica, existindo várias opções cirúrgicas se houver falha. Estas incluem procedimento de Strong, que consiste da retirada do duodeno do pinçamento arterial, gastrojejunostomia e duodenojejunostomia com ou sem divisão ou ressecção da quarta parte do duodeno.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome da artéria mesentérica superior | Síndrome de wilkie | Tratamento cirúrgico

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1090

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO - HÉRNIA INTERNA CAUSADA POR DIVERTÍCULO DE MECKEL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), AUGUSTO NATORF GOTUZZO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FELIPE DE SOUSA JUNQUEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RAISA BRINGHENTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), SAMANTA WITZKE MASSULO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congênita mais frequente do intestino delgado, ocorre em 1 a 3% da população em geral, é uma estrutura embrionária localizada no íleo terminal cerca de 30 a 100cm da distância da válvula ileocecal, na margem anti-mesentérica. Frequentemente é um achado incidental, através de avaliação radiológica do intestino delgado, procedimento cirúrgico por patologias não relacionadas ou necropsia. Entretanto em 15 a 20% dos casos, pode ocorrer dor abdominal, hemorragia digestiva e quadro de oclusão intestinal. RELATO: Paciente gênero masculino, 34 anos, com queixa de dor abdominal, há 2 dias, progressiva, associada à distensão, náuseas e vômitos. Relato de fezes aquosas pela manhã. Negava picos febris. Historia de apendicectomia previa. Ao exame físico abdominal, presença de cicatriz em fossa iliaca direita, ruidos hidroaereos reduzidos, pouco distendido, timpânico, doloroso à palpação profunda difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais sem alterações significativas. Tomografia computadorizada de abdome com achados compatíveis de suboclusão intestinal por hérnia interna (transmesentérica? transomental?). Levado para laparotomia exploradora no mesmo dia, identificado distensão difusa de alças de delgado, brida em alça de íleo, na proximidade de lesão sacular, provavelmente relacionada a DM. O paciente apresentou boa evolução pós operatória tendo alta hospitalar. CONCLUSÃO: Obstrução intestinal causada por hérnia abdominal interna devida a um DM é evento raro e tem sinais e sintomas inespecíficos, sendo difícil e infrequente o diagnóstico pré-operatório. A morbidade e mortalidade podem ser diminuídas com a intervenção cirúrgica precoce.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo de Meckel|Obstrução intestinal|Hérnia abdominal interna

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1097

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fasceíte necrotizante: uma rara complicação de diverticulite perfurada em íleo terminal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIOVANNA BASSO DURÃES (PUCPR- CAMPUS LONDRINA), HELEN CAROLINE MAGALHÃES COSTA (PUCPR- CAMPUS LONDRINA), MARCO AURÉLIO CRUCIOL RODRIGUES (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), EMANUEL GOIS JR (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), NAJA NABUT (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), RODRIGO EIK SAHYUN (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), KELLYN CRISTINA GARBUIO SILVA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA)

RESUMO: Introdução: A diverticulite aguda em íleo terminal é uma entidade clínica rara de difícil diagnóstico que pode evoluir com as mesmas complicações que ocorrem em divertículos em outras localidades do trato gastrointestinal. A fasceíte necrotizante (FN) é uma complicação rara, fulminante e geralmente fatal da diverticulite aguda, que afeta a pele, tecido subcutâneo e muscular, podendo atingir tecidos moles adjacentes. A ocorrência desses dois eventos concomitantemente não foi encontrada na literatura. Relato de caso: Paciente de 59 anos, do sexo masculino, foi admitido no serviço de emergência de um hospital terciário, com quadro de abdome agudo perfurativo. Apresentava história prévia de febre e vômitos com estrias de sangue associado a dor intensa em flanco direito e fossa ilíaca direita, com irradiação para região lombar. Ao exame apresentava dor a palpação profunda e descompressão brusca positiva de flanco direito, pneumoperitônio a direita, enfisema subcutâneo em parede toracoabdominal a direita e plastrão em região lombar. Foi prontamente encaminhado ao centro cirúrgico. No intraoperatório foi identificada perfuração em região cecal e conteúdo fecalóide formando extenso abscesso em região retroperitoneal. O anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrava estrutura diverticular de 3cm de íleo terminal próxima a válvula íleo-cecal. Paciente evoluiu com eritema, edema e flictema em região torácica direita que se estendia até a raiz de coxa direita. Foi visualizada em tomografia de tórax e abdôme conteúdo gasoso e líquido heterogêneo em partes moles desde o hemitórax direito até região de flanco ipsilateral, o que sugeriu o diagnóstico de FN. Devido à localização, os debridamentos ficam restritos e a amputação é impossível. O paciente foi submetido a cirurgia para drenagem do abscesso e antibioticoterapia de amplo espectro. Como tratamento complementar foi optado pela oxigenoterapia hiperbárica, com isso, notou-se melhora significativa da área infecciosa. Entretanto, após longo período de internação, paciente evoluiu com piora súbita, rebaixamento do nível de consciência e assistolia, sendo atribuída à causa do óbito o tromboembolismo pulmonar. Conclusão: Concluímos que a fasceíte necrotizante é uma complicação grave e de difícil tratamento, sendo pouco correlacionada com a diverticulite aguda perfurada, particularmente, em íleo terminal. É de extrema importância o rápido diagnóstico para que seja possível implementar tratamento adequado e agressivo.

PALAVRAS-CHAVES: Fasceíte necrotizante | Diverticulite perfurada | Oxigenoterapia hiperbárica

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1141

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Manejo pré-operatório de paciente portador de plaquetopenia lupica e abuso de anticoagulação oral submetido a apendicectomia de urgência: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENAN KLEBER COSTA TEIXEIRA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LAILA BITTAR LANNA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JESSICA CAROLINE FREIRE CARVALHO (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), WILSON FERREIRA DE SOUZA NETO (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), SILVIA ZENOBIO NASCIMENTO (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RAFAEL CALVAO BARBUTO (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Introdução: O manejo pré-operatório é fundamental para a redução de complicações durante a realização do ato cirúrgico-anestésico; contudo, no caso das cirurgias de urgência e emergência não há a possibilidade do correto preparo, implicando no aumento na incidência de morbimortalidade. Assim, relata-se um caso de paciente portador de plaquetopenia grave devido a lupus e com distúrbio dos fatores da coagulação devido abuso de anticoagulante oral submetido a apendicectomia de urgência. Relato de caso: Paciente sexo feminino 50 anos da entrada no Pronto atendimento do Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais com quadro de dor abdominal em fossa ilíaca esquerda há 5 dias. Associado ao quadro apresentava febre, náuseas e vômitos e alteração do habito intestinal. Negava corrimento vaginal, gravidez (ultima menstruação há menos de um mês) ou alterações urinarias. Relatava diagnostico de lúpus com plaquetopenia grave (4-7 mil plaquetas) e em uso de warfarina (2 comprimidos dia). Exames laboratoriais da admissão: hemoglobina: 14,6; global de leucócitos 29790; plaquetas 2000; proteína c reativa 376,44; e relação normalizada internacional 4,07. Submetida a ultrassom de abdome que identificou: grande abscesso em região de fossa ilíaca e flanco esquerdo. Paciente então encaminhada a tomografia de abdome que identificou apêndice aumentado com borramento da gordura na região de ceco e associado a abscesso. Caso foi discutido com equipe de Hematologia e Reumatologia sendo realizada suspensão da warfarina, realizado vitamina K e plasma fresco congelado + concentrado de plaquetas. Os hemoderivados foram iniciados 4h antes e durante o ato operatório. Paciente submetida a apendicectomia por incisão infra umbilical mais lavagem da cavidade sob anestesia geral. Não houve intercorrências no pós-operatório e perda sanguínea estimada de 100 ml. Paciente evoluiu bem no pós-operatório mantendo níveis baixos de plaquetas (3-11 mil), recebendo alta no 11º dia de pós-operatório sem complicações. Conclusão: O correto manejo pré-operatório de alterações hematológicas pode minimizar os riscos relativos a sangramento intra e pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia | Cuidados Pré-operatórios | Sangramento

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1151

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RECORRÊNCIA DE VOLVO DE SIGMÓIDE: UM RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CESAR WAKOFF RANGEL (HOSPITAL SÃO LUCAS), MATEUS MENDES OROSKI (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), LUCAS MARQUES DE OLIVEIRA (HOSPITAL SÃO LUCAS)

RESUMO: O volvo é caracterizado por uma torção de um segmento do trato alimentar, podendo cursar com obstrução intestinal e evoluir com comprometimento vascular. Os sítios mais comuns são o cólon sigmoide e ceco. Sua incidência varia amplamente na literatura, acometendo principalmente idosos na sétima década de vida, particularmente indivíduos com demência ou doença psiquiátrica. Quanto a incidência por gênero, os resultados são conflitantes, porém um sigmoide e mesentério mais longos em homens podem explicar um aumento em sua incidência nesse grupo encontrado em alguns estudos. A clínica se manifesta por dor e distensão abdominal progressivas, acompanhadas de náuseas, vômitos e parada na eliminação de fezes e gases. O prognóstico é variável de acordo com o tempo de instalação do quadro e grau de comprometimento vascular. Paciente masculino de 62 anos, natural do Rio de Janeiro, casado, atleta, sem comorbidades prévias. Deu entrada no pronto socorro com distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes há 5 dias, associada à náuseas e 1 episódio de vômito e dor abdominal. Ao exame, lúcido, orientado, hidratado, eupneico. Sem alterações do aparelho respiratório e cardiovascular. Abdome globoso (3+/4+), em defesa abdominal, Blumberg negativo, peristalse de luta. Realizada tomografia computadorizada de abdome não-contrastada que evidenciou volvo de sigmoide com distensão de todo o cólon com válvula ileocecal competente, sem perfuração e pequena quantidade de líquido livre na goteira parietocólica direita. Foi iniciada hidratação venosa e passagem de sonda nasogástrica, que não drenou conteúdo intestinal. Foi indicada cirurgia. No inventário da cavidade abdominal não foi evidenciado nenhum segmento isquêmico do cólon nem perfuração, sendo indicado ordenha do cólon, aspiração e pexia do sigmoide. Evoluiu bem no pós-operatório imediato, retornando ao pronto-socorro em 40 dias com quadro abdominal semelhante, sendo evidenciado novo volvo de sigmoide. Foi indicada sigmoidectomia com colostomia a Haartman. Paciente apresentou boa evolução clínica recebendo alta no terceiro dia de pós-operatório e segue em acompanhamento ambulatorial para reconstrução em 6 meses. Apesar da baixa incidência, o volvo de sigmoide pode evoluir rapidamente com complicações significativas, como perfuração intestinal, gangrena do segmento acometido e até o óbito. Dessa forma, o diagnóstico precoce e o correto manejo cirúrgico são fundamentais para a boa evolução do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: volvo sigmoide|sigmoidectomia|obstrução intestinal

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1157

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Valor diagnóstico da relação neutrófilos-linfócitos em apendicite aguda complicada

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS AFONSO DAIA (HC-FMUSP), ADILSON COSTA RODRIGUES JR (HC-FMUSP), GABRIEL SCHNITMAN (HC-FMUSP), DANILA GOMES (HC-FMUSP), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HC-FMUSP), CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEZOZZO (HC-FMUSP), DANILO ALVES ANDRADE (HC-FMUSP)

RESUMO: Introdução: Cirurgia de emergência é a atual conduta frente a pacientes diagnosticados com apendicite aguda. Sintomas inespecíficos, apresentações atípicas e exames de imagem inconclusivos, no entanto, podem postergar esse procedimento. Além disso, apendicite em fase inicial pode ser tratada com antibioticoterapia. Para uma melhor avaliação da gravidade da doença e adequada indicação da cirurgia de emergência, estudos recentes têm associado o valor da relação neutrófilo/linfócito (RNL) como preditor de complicação da apendicite aguda. Objetivo: Avaliar a capacidade preditiva da RNL, entre outros fatores, em distinguir apendicite aguda complicada de não complicada em um centro de referência terciário. Método: Um estudo retrospectivo de pacientes submetidos a apendicectomia no Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Brasil, entre janeiro de 2003 e dezembro 2014 foi realizado. Os seguintes dados serão coletados de registros médicos no momento da primeira avaliação: idade, sexo, Alvarado, PCR, temperatura, contagem total de leucócitos, número de neutrófilos e linfócitos. Apendicite complicada foi definida como aqueles que tinham abscessos, peritonite ou apendicite gangrenosa ou perfurada com base em laudo histopatológico ou descrição macroscópica. O valor de corte para NLR foi decidido usando análise da curva ROC. Valor de corte ideal indicou o ponto mais proeminente da curva ROC mostrando a melhor sensibilidade (0,63) e especificidade (0,60). Uma vez que estes dois parâmetros indicou um valor de corte de 7,5. Resultado: Entre um total de 1063 pacientes, os dados completos foram obtidos de 498, com 24% eram apendicite complicada e 76% não eram complicados. Valores elevados de NLR foram associados com apendicite aguda complicada (pConclusão: Sugere-se que a RNL é um dado clínico útil que deve ser levado em consideração pré operatória. Entretanto, avaliação clínica e estudos prospectivos devem ser realizados para melhor uso da RNL. Referências: 1. Shimizu T, Ishizuka M, Kubota K. A lower neutrophil to lymphocyte ratio is closely associated with catarrhal appendicitis versus severe appendicitis. Surg Today. 2016 Jan;46(1):84-89. 2. Kahramanca S, Ozgehan G, Seker D, Gökce EI, Seker G, Tunç G, Küçükpınar T, Kargıç H. Neutrophil-to-lymphocyte ratio as a predictor of acute appendicitis. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2014; 20(1):19-22.

PALAVRAS-CHAVES: apendicite aguda | relação neutrófilos-linfócitos | Valor diagnóstico

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1194

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hemosuccus pancreaticus como causa de hemorragia digestiva alta: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), EVERTON CAZZO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), FELIPE DAVID MENDONCA CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MARCIO APODACA-RUEDA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), MARTINHO ANTONIO GESTIC (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MURILLO PIMENTEL UTRINI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), ELINTON ADAMI CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS)

RESUMO: Contexto Descrito inicialmente por Lower e Farrel, o hemosuccus pancreaticus consiste no sangramento de pseudoaneurismas vasculares através do ducto pancreático / ampola de Vater e é uma causa infrequente de hemorragia digestiva alta (HDA). Devido à baixa incidência, inexistindo na literatura estudos prospectivos randomizados ou com casuística relevante, esta condição impõe verdadeiro desafio diagnóstico. Objetivo Relatar caso de hemosuccus pancreaticus em paciente com antecedente de pancreatite crônica e pseudocisto pancreático de etiologia alcoólica. Métodos Revisão retrospectiva de dados coletados prospectivamente em prontuário e arquivos médicos do paciente. As informações coletadas incluíram: dados demográficos, sintomatologia, procedimentos realizados, exames laboratoriais e de imagem. Relato de caso Paciente masculino de 44 anos com antecedentes de etilismo e tabagismo encaminhado para investigação ambulatorial por episódios intermitentes de enterorragia e melena com repercussão hemodinâmica iniciados havia 09 meses. O paciente foi submetido à realização de endoscopia digestiva alta e colonoscopia que não mostraram sangramentos ativos, além de tomografia computadorizada de abdome, enteroscopia e cintilografia com hemácias marcadas, que demonstrou sangramento intermitente em hipocôndrio direito. Necessidade de admissão hospitalar por duas vezes durante a investigação para transfusão de hemoderivado. Excetuando-se os baixos níveis de hemoglobina, os demais exames laboratoriais do paciente não apresentavam alterações (amilasemia dentro dos valores de referência). Submetido a pancreatectomia corpo-caudal, evoluiu adequadamente tendo recebido alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório. Resultado de exame anatomopatológico evidenciou pancreatite crônica inespecífica, pseudoaneurisma de artéria esplênica e ausência de sinais de malignidade. O paciente permanece em seguimento ambulatorial, sem complicações até o presente momento. Conclusão Apesar de infrequente, o hemosuccus pancreaticus deve ser considerado dentre os diagnósticos diferenciais de hemorragia digestiva alta. O emprego de diversos exames complementares além de elevada suspeição clínica são requisitos para o diagnóstico desta condição rara porém potencialmente ameaçadora à vida.

PALAVRAS-CHAVES: hemosuccus pancreaticus | hemorragia digestiva alta | pancreatite crônica

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1212

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EVISCERAÇÃO VAGINAL COM ISQUEMIA INTESTINAL PÓS HISTERECTOMIA: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FERNANDA VEIGA GONÇALVES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), GABRIELA TRINDADE GÓES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), ALLAN HERBERT FELIZ FONSECA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A evisceração vaginal pós histerectomia é uma situação muito rara, sendo encontrados pouco mais de 100 casos publicados, e a maioria associada a cirurgia pélvica prévia. Mortalidade gira em torno de 5,6% e a morbidade aumenta quando há comprometimento vascular de segmento intestinal. RELATO DE CASO: Paciente feminino, 78 anos, procedente de Ananindeua - Pará deu entrada em serviço de urgência e emergência com história de abaulamento em região vaginal há 3 anos, associada a incontinência urinária, com piora dos sintomas há 1 dia e presença de dor abdominal intensa, difusa, além de saída de sangue via vaginal. Como antecedentes, paciente relata histerectomia por miomatose uterina há 20 anos, que evoluiu com fistula vesicovaginal e correção cirúrgica 3 anos após o primeiro procedimento. Na admissão, paciente encontrava-se em regular estado geral, apresentando sinais de desorientação, palidez cutânea, dor abdominal difusa à palpação e descompressão brusca negativa. Ao exame ginecológico observado presença de exteriorização de alça intestinal via vaginal. Realizada estabilização clínica inicial e a paciente foi encaminhada para o centro cirúrgico, sendo realizada redução manual via abdominal e vaginal, simultaneamente, de conteúdo exteriorizado, com evidência de isquemia de alça de delgado a 6 cm da válvula ileocecal estendendo-se por cerca de 20 cm, além de lesão de aproximadamente 6 cm em cúpula vaginal. Realizado enterectomia do segmento isquêmico, com anastomose primária e rafia da lesão de cúpula vaginal. Paciente permaneceu em leito de semi intensiva para compensação clínica, recebendo alta hospitalar no 10º pós operatório. CONCLUSÃO: A evisceração vaginal é extremamente rara, sendo a maioria dos pacientes na pós-menopausa e 70% com cirurgia ginecológica prévia. O tempo médio de evisceração após a cirurgia é, em média, de 48 meses. Essa condição deve ser corrigida o mais rapidamente possível. Quando há necrose intestinal a morbidade torna-se ainda mais alta.

PALAVRAS-CHAVES: EVISCERAÇÃO VAGINAL | EVISCERAÇÃO DE INTESTINO DELGADO | CIRURGIA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1269

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO VASCULAR POR TROMBOSE INTESTINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DAVID SUCUPIRA CRISTINO (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI), CAMILA PACHECO E SOUZA DA SILVA (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI), CAYETANO MESTRES MERCADER NETO (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI), CASSIANA PESSOA KOTZIAS (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI), MAURICIO ANDRADE AZEVEDO (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI)

RESUMO: A isquemia mesentérica é causada por fluxo sanguíneo insuficiente para suprir as necessidades de vísceras abdominais, sendo a severidade e o território intestinal isquemiado dependentes dos vasos afetados e da extensão da oclusão dos vasos acometidos. A obstrução arterial é a causa mais comum de isquemia mesentérica (60-85%) sendo a aterosclerose a principal causa, entretanto a trombose venosa mesentérica, ocorre em cerca de 5-15% dos casos, podendo estar relacionado a trombofilias, traumas ou inflamação. Casos cirúrgicos são reservados para pacientes em estado crítico e com quadro clínico deteriorativo. Relatamos um caso de uma paciente de 43 anos, em uso recente de anticoncepcional oral, que deu entrada no pronto-socorro do Hospital do Mandaqui com quadro de choque hipovolêmico, instabilidade hemodinâmica e queixas de dor abdominal progressiva, associado a enterorragia. Após estabilização hemodinâmica a paciente foi submetida a AngioTomografia na qual foi evidenciado uma lesão trombótica no sistema porto-mesentérico. Foi submetida a laparotomia exploradora, com achados de líquido livre e isquemia de intestino delgado acometendo a partir de 30 cm do ângulo de Treitz até 120 cm da válvula íleo cecal, sendo realizada enterectomia deste segmento e anastomose com sutura mecânica. Paciente foi mantida em peritonostomia, em unidade de terapia intensiva. Reabordada em 4 dias, tendo evidenciado mais 40 cm de processo isquêmico e realizado nova enterectomia, sendo mantida em peritoneostomia para nova reavaliação cirúrgica. A mesma foi realizada após 4 dias sem evidências de novos processos isquêmicos, sendo então optado pelo fechamento da parede abdominal. Durante toda a internação, a paciente teve acompanhamento multidisciplinar de equipe médica, enfermagem, nutrição, fisioterapia, sem maiores complicações, evoluindo estável até a alta no 20o PO, em uso de warfarin. Hoje apresenta-se em acompanhamento ambulatorial, ainda em uso de anticoagulante oral e com ganho de peso considerável. Concluímos que a isquemia mesentérica é uma patologia que merece um diagnóstico precoce, sendo necessário um acompanhamento multidisciplinar diário, pois até a resolução do processo tromboembólico o paciente pode ser submetido a mais de um procedimento cirúrgico. Apesar de raras, as ressecções intestinais podem ter consequências como a síndrome do intestino curto e má absorção de nutrientes, levando à uma grande morbi mortalidade pós operatórias.

PALAVRAS-CHAVES: isquemia mesentérica | abdome agudo | trombose venosa mesentérica

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1303

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFURAÇÃO ESPONTÂNEA IDIOPÁTICA DE ÍLEO TERMINAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA CARREIRO CARVALHO (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), JORGE LUIZ C. C. GOMES ABRANTES (ITPAC/FAHESA), MARA CRISTINA NUNES MILHOMEM (ITPAC/FAHESA), PATRICK NUNES BRITO (ITPAC/FAHESA), THIAGO LUIS AGUILAR CARLOS PEREIRA (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), BENITO ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), EDILSON JORGE BORBA SOUSA JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), RONE ANTONIO ALVES ABREU (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA)

RESUMO: Introdução: Abdome agudo tem como definição dor abdominal aguda, de diagnóstico complexo e de variadas etiologias, que podem envolver diferentes órgãos. Dos pacientes com dor abdominal de 10% a 15% necessitam de tratamento cirúrgico. O diagnóstico depende da capacidade de interpretação do médico de perceber os sintomas e sinais corretamente, evitando complicações e óbito. Relato de Caso: M.A.C.R.S feminino, 60 anos, parda, admitida no Hospital Regional de Araguaína, com queixa de dor abdominal, intensa, há 3 dias, em região do hipogástrio irradiada para dorso e região mesogástrica, de início súbito, associada a náuseas, nega vômitos. Hipertensa há 5 anos, não soube relatar a medicação em uso. Colecistectomia prévia há 1,5 anos. Tratamento de câncer de colo uterino com quimioterapia e radioterapia há 4 anos, em acompanhamento semestral. Tabagista há 30 anos, nega etilismo. Ao exame dor abdominal difusa, taquicárdica, eupneica, afebril, acianótica, anictérica e hipocorada (2+/4+), abdome globoso, flácido, dor a palpação superficial e profunda em todo abdome, ruídos hidroaéreos presentes e sem irritação peritoneal. Realizou radiografia de tórax e abdome onde evidenciou pneumoperitônio com suspeita de abdome agudo perfurativo. Exames laboratoriais com anemia, sem leucocitose e plaquetopenia, creatinina aumentada; eletrólitos, amilase e lipase normais; função hepática e provas de coagulação sem alterações. Realizou-se laparotomia exploradora, constatando-se inúmeras aderências, grande quantidade de líquido entérico e lesão em íleo terminal há 4 cm da válvula íleo-cecal, onde realizou-se rafia primária e drenagem cavitária. No pós operatório a paciente evoluiu com piora do estado geral, aumento de secreção pelo dreno de care e foi submetida a outra laparotomia exploradora, que constatou múltiplas aderências e deiscência de sutura em lesão próxima a válvula íleo-cecal, foi realizada lise da aderência e enterectomia. No 22º dia paciente evoluiu com sepse e veio a óbito. Conclusão: Nas perfurações de jejuno e íleo se faz necessário o reparo cirúrgico ou ressecção segmentar, a primeira interversão foi a rafia da lesão e, após deiscência, a ressecção do segmento. As condutas no caso foram conformes descritas na literatura, porém a etiologia não foi identificada, embora a peça tenha sido encaminhada ao estudo histopatológico.

PALAVRAS-CHAVES: ABDOME AGUDO|PERFURAÇÃO ESPONTÂNEA DE ÍLEO TERMINAL|SEPSE

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1312

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abscesso esplênico em paciente com pielonefrite aguda: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO AMANTINI MESSIAS (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA), FERNANDA BOARIN PACE (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), LEDA BARUQUE DIOGO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA), LEONARDO MARQUES SILVEIRA (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA), CAROLINA NOGUEIRA FERRAZ TREMONTE (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA), VITORIA CASTRO MARCOS (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA), PAULA DE JULIO MATHEUS (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA)

RESUMO: Introdução: O abscesso esplênico é uma patologia incomum, com incidência entre 0,14% a 0,7%, tendo como fatores de risco: neoplasia, imunodeficiência, trauma, infecção, infarto esplênico e diabetes. Os microrganismos mais associados são as bactérias aeróbias, principalmente Streptococcus sp e Echerichia coli, sendo esta última relacionada a história de infecção urinária ou de complicação de câncer de colón. Os principais sintomas são febre e dor no quadrante superior esquerdo com ou sem esplenomegalia. O diagnóstico comumente é tardio devido sua clínica ser inespecífica. O tratamento mais indicado é a esplenectomia associado ou não a antibioticoterapia, mas a drenagem percutânea quando possível é factível em alguns casos. Relato do Caso: Paciente de 17 anos, feminina, previamente hígida, procurou o serviço com dor em região dorsal bilateral, cefaleia e febre. Referia tratamento prévio para infecção urinária há 6 meses. Foi internada com diagnóstico de sepse de provável foco urinário. A conduta inicial foi antibioticoterapia. No 2º dia de internação a paciente evoluiu sem melhora do quadro inicial. No exame físico apresentava Giordano positivo a esquerda e dor à palpação abdominal profunda. A ultrassonografia de rins e vias urinárias constatou dilatação pielocalcinal à esquerda sugerindo pielonefrite aguda. Sem melhora da dor foi submetida a tomografia de abdômen e pelve que revelou rim de tamanho aumentado com provável cálculo à esquerda e presença de imagem hipodensa em polo superior do baço sugestivo de abscesso, hematoma ou cisto. Com dor persistente realizou-se uma nova tomografia de abdome que revelou o crescimento da lesão esplênica. Equipe optou por indicar esplenectomia e realização de fragmentação esplênica associada a fixação desses fragmentos no grande omento (auto transplante esplênico). Paciente evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório. No 21º dia pós-operatório a paciente retorna ao ambulatório com a vacinação em dia contra germes encapsulados e sem qualquer alteração do estado geral. Conclusão: A infecção urinária é uma patologia que pode ter como complicação o abscesso esplênico, sendo que o diagnóstico geralmente é feito por exame de imagem devido a sua clínica inespecífica. De acordo com a literatura ainda não há um consenso sobre o tratamento mais adequado, porém a esplenectomia mostra-se como a melhor opção atual. A evolução clínica do caso apresentado corrobora com essa perspectiva.

PALAVRAS-CHAVES: ABSCESSO ESPLÊNICO | PIELONEFRITE | ESPLENECTOMIA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1313

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor desmoide de parede abdominal na gravidez. Remoção do tumor com manutenção da gravidez.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA KAROLINA DE BRITO GOUVEIA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), CHARLEY RAFAEL COELHO VAZ PACHECO (HOSPITAL BARÃO DE LUCENA), CLARICE DE ARAUJO CAIO (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO), DIEGO TAVARES RUFINO ALVES (HOSPITAL BARÃO DE LUCENA), THALES BARBOSA DE FARIAS (HOSPITAL BARÃO DE LUCENA)

RESUMO: Introdução: Tumores desmoides são neoplasias raras que se originam das células-tronco mesenquimais. Ocorrem aproximadamente 3.7 novos casos a cada um milhão de pessoas por ano. Apresentam comportamento clínico heterogêneo e uma forte tendência a infiltração do tecido adjacente causando significativa morbidade e mortalidade. Tumores desmoides relacionados a gestação são ainda mais infrequentes, com limitadas publicações na literatura. A relevância do presente caso baseia-se no rápido crescimento do tumoral durante a gravidez, levando a crer que mudanças hormonais e imunológicas durante a gestação possam ter papel importante na gravidade e no curso da doença. Relato de caso: Mulher, 36 anos, 13 semanas de idade gestacional e assintomática, com duas cesárias prévias. Durante ultrassom do primeiro trimestre da gravidez, foi diagnosticada com uma massa na parede abdominal de 5 x 2 x 2 cm (20cm³), sugestiva de tumor desmoide. Decidiu-se por manter o tumor sob observação a cada 4 semanas e não realizar nenhuma abordagem. O exame físico da 21ª semana de gestação revelou uma massa protusa na parede abdominal direita. Ressonância magnética mostrou uma massa heterogênea crânio-caudal medindo 8 x 7 x 6 (336 cm³) centrada na musculatura da parede abdominal direita, hiperintensa em T2 e iso a ligeiramente hiperintensa em T1. Optou-se então, por intervir antes do parto devido ao rápido crescimento da lesão e risco do estado gestacional. A paciente consentiu a uma ampla excisão cirúrgica da massa. Durante a cirurgia foram realizadas biopsias que revelaram células fusiformes benignas sugestivas de Tumor desmoide, embora sarcoma não poderia ser descartado devido ao rápido crescimento tumoral. Foi realizada ressecção total do tumor incluindo o músculo abdominal afetado e margem periférica do tecido saudável circunjacente. Nos realizamos reconstrução da parede abdominal com retalhos da rotação muscular e fixação de tela de polipropileno. A paciente tolerou bem o procedimento, mantendo a gestação até 38 semanas. Seguida do parto de um recém nascido com Apgar 9/10 at 5 min .A paciente não recebeu nenhum tratamento adjuvante. Conclusão: O tratamento ideal deve ser personalizado a cada caso com base em um processo de tomada de decisão que leve em conta o local e o histórico de crescimento do tumor, bem como características como idade e genética molecular.

PALAVRAS-CHAVES: tumores desmoides | tumor células-tronco | gestação

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1326

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: APENDICITE AGUDA: AVALIAÇÃO DE 1120 CASOS OPERADOS NA URGÊNCIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), ÁLISSON DUARTE MARTINS (FACID), CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA (NOVAFAPI), SABRINA JALES CUNHA BRANDAO (FACID), LAÍS KRISTYNA ROCHA DE OLIVEIRA (FACID), CARLA CECILIA DA COSTA ALMEIDA (FACID), ARISTIDES SILVA PINHEIRO FILHO (FACID)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico na criança, no adolescente e no adulto. É uma doença cujo tratamento é cirúrgico e imediato e possui evolução satisfatória desde que prontamente diagnosticada e tratada. OBJETIVO: Caracterizar o perfil do paciente submetido ao tratamento cirúrgico da apendicite aguda em um hospital público de referência no estado do Piauí, bem como determinar a mortalidade e tempo de internação desses pacientes. MÉTODO: Foi realizado um estudo retrospectivo no Hospital de Urgências de Teresina onde os dados foram coletados através de revisão de 1120 prontuários de todos os pacientes submetidos à apendicectomia, no período de 01 janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2011. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, gênero, procedência, taxa de mortalidade, de reoperações e tempo de internação. Os dados foram coletados e inseridos em um protocolo de pesquisa e submetidos a posterior análise estatística. RESULTADOS: Observou-se que a maioria dos pacientes era do sexo masculino (64%), adultos jovens (50%), provenientes do interior do Piauí (55%), com tempo de internação médio de 3,4 dias, taxa de mortalidade pós-cirurgia de 0,44% (5 óbitos), 1,16% (13 casos) de reoperações. CONCLUSÃO: A apendicite aguda é uma doença mais prevalente em homens adultos, a apendicectomia possui um curto período de internação, baixa taxa de mortalidade e baixo índice de reoperações, quando comparado a outras cirurgias de urgência.

PALAVRAS-CHAVES: APENDICITE AGUDA | APENDICECTOMIA | PERFIL

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1334

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GRAVIDEZ ECTÓPICA CORNUAL SEGUIDA DE ROTURA UTERINA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WALERIA GRAMILICH BARATELLA (UNIVERSIDADE VILA VELHA), VALENTIN TREVIZANI NETO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), GUSTAVO CARDOSO COUTINHO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), VERONICA DE SOUZA SANTOS (UNIVERSIDADE VILA VELHA), LAÍS SARMENTO ARAÚJO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), KAMILLY GRAMILICH BARATELLA (FACULDADES INTEGRADAS APARÍCIO CARVALHO), MARCELINA MARIA CARDOSO DE FREITAS SIQUEIRA (HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL E MATERNIDADE ALZIR BERNARDINO ALVES), ANA CAROLINA LOPES FREITAS (HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL E MATERNIDADE ALZIR BERNARDINO ALVES)

RESUMO: A gravidez ectópica cornual representa em torno de 3% de todas as gestações ectópicas. Nela há implantação do embrião em um dos cornos uterinos. Dentre os fatores de risco estão gravidez ectópica prévia, antecedentes de aborto e uso de drogas. Beta-HCG positivo e ultrassonografia dão o diagnóstico. A principal complicação é a rotura uterina que se torna mais provável quanto maior a idade gestacional, e leva rapidamente à grande perda sanguínea e choque hemorrágico. A principal forma de tratamento é via laparotômica com ressecção cornual ou histerectomia. Um diagnóstico precoce e paciente estável permitem um manejo conservador. Relato de caso: E.R, sexo feminino, 30 anos, G5P2A2, usuária de cocaína e refere atraso menstrual de 2 meses. Vem ao Pronto Socorro apresentando náuseas e dor abdominal intensa há 1 dia. Ao exame, a paciente estava hipocorada e com sinais de instabilidade hemodinâmica (choque grau II). Abdome pouco distendido, tenso, doloroso à palpação profunda, com defesa voluntária e útero não palpável. Ao exame tocoginecológico observou-se colo posterior grosso, orifício externo pérvio, orifício interno fechado e leve sangramento vaginal. Exames de admissão: Beta-HCG positivo, Hemograma com Hb: 6,4 g/dL, Ht: 17,9%, 23.480 leucócitos (5% bastonetes) e 251.000 plaquetas. Realizado culdocentese com resultado positivo. Solicitado e iniciada infusão de 3UI de concentrado de hemácias e paciente encaminhada imediatamente ao centro cirúrgico para ser submetida à laparotomia exploradora. Inventário da cavidade: presença de hemoperitônio maciço com grande quantidade de coágulos se estendendo até espaço perihepático e periesplênico; visualizado saco gestacional íntegro com embrião em seu interior solto em cavidade abdominal, medindo 8 cm CCN. Observada rotura uterina extensa em região cornual direita com cerca de 6 cm de diâmetro e sangramento ativo nesta região. Demais anexos sem alteração. Procedeu-se à histerectomia total por extenso comprometimento uterino e hemorragia. Paciente seguiu em observação no pós-operatório, e após 7 dias de internação, recebeu alta com melhora do estado geral, sem queixas abdominais, melhora laboratorial e ferida operatória em bom aspecto. Conclusão: Apesar de ser um quadro raro, a gravidez cornual deve ser aventada como diagnóstico diferencial, principalmente quando não há visualização de saco gestacional intrauterino em USG e devido à grande mortalidade relacionada a este caso.

PALAVRAS-CHAVES: Gravidez ectópica Cornual | Rotura Uterina | Histerectomia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1341

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Isquemia de Cólon no Pós-Operatório de Correção de Aneurisma de Aorta Abdominal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL SCHNITMAN (HC-FMUSP), ROBERTO RASSLAN (HC-FMUSP), EDUARDO RISSI SILVA (HC-FMUSP), GEORGE FELIPE BEZERRA DARCE (HC-FMUSP), FERNANDO FERREIRA NOVO (HC-FMUSP), EDNA FRASSON DE SOUZA MONTERO (HC-FMUSP), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HC-FMUSP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Isquemia cólica é uma complicação grave da correção de aneurisma de aorta abdominal (CAAA), com mortalidade de até 90%. Foram descritos como fatores de risco aneurisma roto, duração prolongada da cirurgia e doença renal prévia. A difícil avaliação clínica torna este diagnóstico um desafio. Alguns autores indicam sigmoidoscopia de rotina, principalmente nos casos com mais de um preditor de risco. Colectomia é o tratamento padrão, apesar de ser possível tratamento clínico nos casos sem necrose transmural ou disfunção orgânica.OBJETIVO: Investigar fatores de risco para mortalidade nos casos de isquemia de cólon no pós-operatório de CAAA em hospital público universitário no Brasil desde 2011 até atualidade.MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional de análise e descrição de prontuários de pacientes com isquemia de cólon submetidos a CAAA. Foram revisados 21 prontuários, sendo um excluído por não preencher critérios de isquemia de cólon. Os dados foram analisados para identificar fatores de risco, relação de comorbidades com a patologia e descrição da morbimortalidade da doença.RESULTADOS: Foram incluídos no estudo 20 pacientes, na maioria homens (76,2%) e com idade média de 67,4 anos. O IMC médio foi 23kg/m² e 76,2% eram tabagistas. A maior parte dos aneurismas foram infrarrenais (66,7%). A principal comorbidade associada foi hipertensão (81%), seguida de doença renal crônica (42,9%). Em 66,7% dos casos, a cirurgia foi realizada em caráter eletivo e em 28,6% das vezes foi endovascular. O tempo médio da cirurgia vascular foi de 6 horas. A avaliação por suspeita de isquemia de cólon foi feita em média 5,4 dias de pós-operatório. O diagnóstico foi feito em intra-operatório em 23,8% das vezes e em 14,3% somente por autópsia. Ressecção de cólon foi realizada em 80% dos casos (colectomia esquerda em 68,7%). O tempo médio de internação pós-operatória foi de 12,2 dias (23,1 dias total). A taxa de mortalidade foi 85,7%.CONCLUSÃO: Apesar de apresentar baixa incidência, a isquemia de cólon representa uma complicação no pós-operatório de CAAA com alta taxa de mortalidade. O diagnóstico é feito tardiamente e de maneira pouco padronizada, o que parece ser um fator de pior prognóstico. Existem poucos dados recentes disponíveis sobre fatores de risco ou algoritmos diagnósticos.REFERÊNCIAS: Brugginik JL, Tielliu IF, Zeebregts CJ, Pol RA. Mesenteric ischemia after abdominal aortic aneurysm repair: a systemic review. J Cardiovasc Surg (Torino). 2014 Dec;55(6):759-65.

PALAVRAS-CHAVES: isquemia de cólon | aneurisma aórtico | isquemia mesentérica

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1344

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Obstrução Aguda de Cólon Esquerdo: Relato de Caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO FLAVIO BITTAR SADDI (HOSPITAL ESTADUAL DE BAURU), MANOEL VICTOR SANTOS COSTA (UNIÃO DAS FACULDADES DOS GRANDES LAGOS), LUCAS VICENTE ANDRADE (UNIÃO DAS FACULDADES DOS GRANDES LAGOS), ANGÉLICA FONSECA NORIEGA (UNIÃO DAS FACULDADES DOS GRANDES LAGOS), JOSÉ DE OLIVEIRA JÚNIOR (HOSPITAL MUNICIPAL DO CAMPO LIMPO)

RESUMO: Introdução: Cerca de 10% dos pacientes com câncer colorretal apresentam-se inicialmente com obstrução aguda do cólon esquerdo. Há três modalidades cirúrgicas para a abordagem dessa entidade: 1) ressecção primária; 2) colocação de stent como ponte para a cirurgia; e 3) colostomia descompressiva como ponte para a cirurgia. Enquanto a primeira cursa com altas taxas de mortalidade e morbidade, a segunda conduta trata-se de tecnologia de alto custo e não disponível amplamente em nosso meio. A colostomia descompressiva é um método simples, seguro e de baixa complexidade que agrega vantagens como menor chance de colostomia permanente e menor morbidade e mortalidade cirúrgica. Relato de Caso: Paciente de 39 anos, do sexo feminino, atendida no Hospital Estadual de Bauru com queixa de alteração do hábito intestinal há 6 meses, cólicas, dificuldade para evacuar e emagrecimento de 10 kg. Sem evacuar há 22 dias, flatos diminuídos, sem melhora após uso de laxantes e clisteres ministrados em outros serviços. Relata dores abdominais em cólica e desejo de evacuar, apresentando eliminações de muco e sangue escuro em moderada quantidade. Ao exame físico, abdome flácido, ruídos hidroaéreos timpânicos e hiperativos, cólon sigmoide palpável e distendido, sem dor a palpação superficial e profunda. Toque retal com ampola vazia. Radiografia simples de abdome mostrou cólon dilatado do lado direito com retenção de fezes, distensão do ângulo esplênico do cólon e níveis hidroaéreos do cólon descendente. Não havia distensão de alças do intestino delgado. No mesmo dia, foi realizada transversostomia em alça no hipocôndrio direito, sem laparotomia exploradora. Posteriormente tomografia computadorizada e colonoscopia diagnosticaram adenocarcinoma obstrutivo da transição retossigmoide. Após 15 dias, retossigmoidectomia abdominal com anastomose colorretal evoluiu sem intercorrências e permitiu alta hospitalar no quinto dia pós-operatório. Anatomopatológico com adenocarcinoma tubular T3N2aM0. Paciente em quimioterapia adjuvante aguarda o fechamento da colostomia. Conclusão: Na vigência de obstrução aguda do cólon esquerdo, a colostomia descompressiva (?Bridge to surgery?) permitiu o diagnóstico, o estadiamento clínico e o tratamento cirúrgico com anastomose, de forma segura e de menor morbidade, evitando expor a paciente às altas taxas de morbi-mortalidade, de cirurgias de Hartman e de colostomias definitivas observadas nas ressecções primárias.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor Colorretal|Obstrução Intestinal|Colostomia descompressiva

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1360

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO POR TORÇÃO OVARIANA DIREITA ASSOCIADA A TERATOMA MADURO OVARIANO BILATERAL EM GESTANTE ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA LARISSA BRASIL MESQUITA (HOSPITAL IPIRANGA - UGA II), BRENDA FABIOLA DELGADO TABOADA (HOSPITAL IPIRANGA - UGA II), EDUARDO LOUZADA PURCELLI (HOSPITAL IPIRANGA - UGA II), RAFAELA SPERANDIO FARIA (HOSPITAL IPIRANGA - UGA II), ANA PAULA LANGER MULLER (HOSPITAL IPIRANGA - UGA II), FELIPE DEPOLI MALANQUINI (HOSPITAL IPIRANGA - UGA II)

RESUMO: INTRODUÇÃO:Os teratomas correspondem a 10-20% dos tumores ovarianos. Os císticos maduros, mais comuns, são benignos e geralmente assintomáticos, porém podem cursar com torção ovariana. O tratamento é cirúrgico, idealmente com preservação de tecido gonadal em mulheres férteis. O diagnóstico da torção ovariana é difícil e geralmente tardio, necessitando remoção do anexo. Assim, é necessária sua suspeita no diagnóstico de pacientes com abdome agudo, principalmente na presença de massa anexial. RELATO DO CASO: Paciente feminina, 30 anos, sem comorbidade, gestante (IG=10s1d, G2P1cA0), admitida no PS por dor abdominal em baixo ventre há 1 dia, associada a hiporexia e náuseas/vômitos. À admissão apresentava abdome gravídico com AU=15cm e DB + à palpação em FID, afebril, exame vaginal sem alterações e BCF fetal inaudível. Exames apontaram leucocitose (17.600 s/ desvio), BHCG + e USG de abdome/obstétrico com imagem tubiliforme em FID com 4,9cm de comprimento, espessada, associada a líquido livre local, sugestiva de apendicite, além de massas anexiais bilaterais de 331cm³ à direita e 989cm³ à esquerda e feto vivo em cavidade uterina com IG=10s5d pela biometria. Indicada laparotomia exploradora. Achados intraoperatórios: lesão tumoral ovariana cístico-hemorrágica de 15x8x7cm em anexo direito, causando torção e isquemia do mesmo; moderada quantidade de líquido hemático em pelve; apêndice cecal sem sinais flogísticos; útero de volume aumentado e aspecto normal; anexo esquerdo com lesão cística endurecida volumosa, sem sinais de inflamação/hemorragia/torção. Realizada anexectomia direita e apendicectomia táctica. Anatomia patológica diagnosticou teratoma cístico maduro em ovário direito, congestão de tuba uterina e hiperplasia linfoide reacional de apêndice cecal. A paciente evoluiu satisfatoriamente com alta no 3ºPO e seguimento ambulatorial pré-natal com programação de intervenção no teratoma ovariano esquerdo após término gestacional. CONCLUSÃO: Trata-se de um caso de torção ovariana devido a teratoma ovariano maduro, diagnóstico diferencial de demais causas de abdome agudo, com indicação de cirurgia de urgência. O tratamento conservador da torção anexial é seguro para preservar a função ovariana. Contudo, no caso, devido à isquemia anexial e a presença de teratomas, foi optada pela anexectomia direita, apendicectomia táctica e preservação total anexial esquerda para evitar intercorrências gestacionais, sendo indicada a exérese do teratoma esquerdo após o término da gestação.

PALAVRAS-CHAVES: Torção ovariana | Teratoma de ovário | Abdome Agudo

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1368

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abdome agudo obstrutivo por hernia interna pelo ligamento largo uterino; relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANNA DA GAMA MACHADO (SANTA CASA CAMPO GRANDE MS), JULIANO GRUBERT DE ARRUDA (SANTA CASA DE CAMPO GRANDE), CAMILA PEREIRA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE CAMPO GRANDE), RICARDO DE OLIVEIRA BOERI STAUT (HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE)

RESUMO: As hernias internas são patologias raras e ocorrem quando há uma protrusão de uma víscera móvel intra-abdominal através de algum orifício adquirido ou congênito no peritônio ou mesentério. Aproximadamente 6% dos casos de obstrução intestinal são provocadas por hernias. O ligamento largo uterino consiste em um prolongamento do peritônio ligando a trompa de Falópio, ovário e útero à parede pélvica. Herniação de vísceras abdominais através de defeito desta estrutura são raras e correspondem aproximadamente 4% de todas as hernias internas. Relato de caso de paciente de 52 anos, sexo feminino, com quadro de dor abdominal aguda inicialmente em epigástrico, com migração para hipogástrico, e evoluindo sintomas obstrutivos intestinais durante período de observação médica no pronto-socorro. Realizado Ultrassonografia de abdome o qual evidenciou imagem sugestiva de salpingite à esquerda, com líquido livre abdominal. Tomografia computadorizada de abdome evidencia distensão de alças intestinais de delgado, com possível obstrução em alça fechada na pelve. Paciente submetida a laparotomia exploradora sendo feito diagnóstico de hernia interna de segmento de intestino delgado através de orifício no ligamento largo uterino à esquerda no intra-operatório. Segmento intestinal herniado apresentava com sofrimento isquêmico e foi ressecado com anastomose primária. Realizado salpingooforectomia esquerda devido a sinais de sofrimento dos anexos. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório. A hernia interna através do ligamento largo uterino é patologia rara e pode mimetizar várias afecções pélvicas, como torção ovariana, salpingite, até mesmo apendicite aguda. Portanto, torna-se importante conhecer sua existência e constituir tal patologia como diagnóstico diferencial no caso de dor abdominal na urgência médica.

PALAVRAS-CHAVES: Hernia interna | ligamento largo uterino | hernia pelo ligamento largo

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1384

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR INGESTÃO DE PALITO DE DENTE: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE VALERIO DE MESQUITA (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), HERMANO AUGUSTO DE MEDEIROS JÚNIOR (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), LEANDRO DE SOUZA LEHFELD (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), TATIANA PASCHOALATO (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), GUSTAVO DA SILVEIRA TRINDADE (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), MURILO RODRIGUES DO CARMO (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), MURILO BARCELOS DE SOUZA (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), CIRO EDUARDO FALCONE (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS), BRUNO FERNANDO BINOTTO (HOSPITAL RENASCENÇA CAMPINAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO:A maioria dos casos de ingestão de corpo estranho que chegam ao estômago, o objeto passa livremente pelo trato gastrointestinal, porém objetos pontiagudos e alongados, como o palito de dente, apresentam maior chance de perfuração, o que ocorre em até 1% dos casos.A apresentação clínica é variada e muitas vezes representa um desafio diagnóstico, pois os pacientes geralmente não referem a ingestão de um corpo estranho.Este relato tem como objetivo apresentar caso de abdome agudo perfurativo por ingestão acidental de corpo estranho, com perfuração de intestino delgado por palito de dente.RELATO DE CASO:Paciente masculino, 41 anos, portador de deficit cognitivo, deu entrada no pronto socorro com quadro de dor abdominal principalmente em região de mesogastrio, de início há 2 meses, acompanhado de febre intermitente e alterações do hábito intestinal. Ao exame físico de entrada apresentava-se em bom estado geral, estável hemodinamicamente com abdome pouco doloroso difusamente, principalmente em região periumbilical, com presença de plastrão palpável, sem sinais de irritação peritoneal.Tomografia de abdome evidenciou espessamento das paredes da alça de delgado, densificação da gordura mesentérica e gás na cavidade peritoneal limitado ao ponto de perfuração de alça, sendo indicada laparotomia exploradora. Durante a cirurgia evidenciada pouca quantidade de líquido seroso na cavidade abdominal, presença de perfuração puntiforme em parede de jejuno, bloqueada, não sendo possível visualização do lumen da alça, sendo evidenciado na palpação corpo estranho intra-jejunal. Retirado palito de dente de 4 cm, sendo realizada sutura de delgado. Introduzida dieta após 48 horas da cirurgia, com boa aceitação. Evoluindo sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no quinto dia pós-operatório.CONCLUSÃO:Apesar da baixa incidência de perfuração intestinal por ingestão de palito de dente, esses objetos devem ser considerados potencialmente perigosos, por suas características de serem pontiagudos e alongados.A tomografia permite detectar corpos estranhos, localizar a perfuração e orientar o tratamento. Os achados que sugerem perfuração são espessamento das paredes de um segmento intestinal, edema da gordura mesentérica e, menos frequentemente, gás na cavidade peritoneal, muitas vezes limitado ao ponto da perfuração.

PALAVRAS-CHAVES: PALITO DE DENTE|INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO|ABDOME AGUDO PERFURATIVO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1387

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MUCOCELE DE APÊNDICE ? RELATO DE ACHADO INCIDENTAL EM LAPAROTOMIA EXPLORADORA POR MASSA ABDOMINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NOELLE NOGUEIRA CARBONIERI (CUSC), ANA FATIMA MINEIRO (CUSC), BRUNO AMANTINI MESSIAS (HGC), JOÃO FERNANDO PAULICHENCO MANTOAN (CUSC), REINALDO ROBALINHO FILHO (HGC), MELANIE NOGUEIRA CARBONIERI (FACERES), MATHEUS BARTOLOMEI DE SIQUEIRA CORRADI (HGC)

RESUMO: Introdução: Mucocele de Apêndice (MA) é uma neoplasia rara e na maioria dos casos benigna. É definida por uma dilatação progressiva do apêndice devido ao acúmulo intraluminal de mucina e pode ser classificada em quatro subtipos histológicos: Hiperplasia mucosa (52%), Cisto de retenção (20%), Cistoadenoma (18%) e Cistoadenocarcinoma (10%). Em metade dos casos são assintomáticos e na maioria das vezes o diagnóstico é feito de forma incidental no intraoperatório, sendo a apendicite aguda seu principal diagnóstico diferencial. A confirmação diagnóstica é realizada por avaliação anatomo-patológica. A mais severa das complicações é a ruptura espontânea ou iatrogênica do apêndice que pode levar ao Pseudomixoma Peritoneal. O tratamento é essencialmente cirúrgico e deve ser baseado nos resultados histológicos e no acometimento de órgãos adjacentes. Relato de caso: F.A.A., masculino, 45 anos, admitido no PS com diarreia há 3 dias associada à dor abdominal difusa e vômitos. O abdome apresentava-se doloroso à palpação difusa, com abaulamento em flanco direito e sinal de Murphy e Blumberg negativos. Na ultrassonografia de abdome foi evidenciado lesão sugestiva de intussuscepção e a tomografia de abdome revelou distensão de alças intestinais associada a dilatação cística próxima ao íleo terminal, levantando como hipóteses diagnósticas: apendicite aguda, mucocele, tumor carcinoide de apêndice e intussuscepção. Devido à dúvida diagnóstica foi optado por laparotomia exploradora. No inventário da cavidade foi visualizado tumoração cística em topografia do ceco e válvula íleo-cecal aderida à parede abdominal e demais órgãos aparentemente sem acometimento neoplásico. Realizado colectomia direita com grampeador linear e anastomose íleo-transverso látero-lateral. O anatomopatológico evidenciou mucocele de apêndice cecal com inflamação crônica, focos de calcificação distrófica na parede e hiperplasia linfóide reacional em linfonodos regionais. Paciente evoluiu no pós-operatório imediato e tardio assintomático, sem intercorrências e sem complicações cirúrgicas, recebendo alta ambulatorial. Conclusão: A MA é raramente diagnosticada no pré-operatório devido à baixa incidência e quadro clínico atípico, portanto devemos nos atentar à esse diagnóstico diferencial de dor no quadrante inferior do abdome associado a massa pélvica, principalmente em mulheres acima de 50 anos.

PALAVRAS-CHAVES: Mucocele de apêndice | cistoadenoma | apendicite

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1420

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CORDOMA SACRAL: RELATO DE CASO DE RARA NEOPLASIA ÓSSEA MALIGNA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA FATIMA MINEIRO (CUSC), NOELLE NOGUEIRA CARBONIERI (CUSC), BRUNO AMANTINI MESSIAS (HGC), VITORIA CASTRO MARCOS (HGC), RITCHELI NAYARA MORAES DE CARVALHO (CUSC), MELANIE NOGUEIRA CARBONIERI (FACERES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Cordoma é um tumor ósseo maligno originário de remanescentes embrionários da notocorda e por isso se localiza no esqueleto axial. É raro, corresponde à 1 - 4% dos tumores malignos primários dos ossos, porém é a neoplasia primária mais comum da região sacral. É mais frequente no sexo masculino e entre 5ª e 7ª décadas de vida. Os principais sintomas são dor local, compressão nervosa e de outros órgãos adjacentes, como ureter e reto, podendo levar à retenção urinária e incontinência fecal. Normalmente são tumores grandes devido à demora diagnóstica (entre 4 e 24 meses). Para o diagnóstico a RNM é superior a TC quanto à determinação de invasão tumoral, infiltração no canal medular e na musculatura glútea. Apresentam Imunohistoquímica típica, positiva para citoqueratinas (AE1 e AE3), antígeno epitelial de membrana (EMA), Proteína S-100 e NSE, e negativa para antígeno cárcino-embrionário (CEA). O tratamento é cirúrgico, a ressecção em bloco da lesão com margens cirúrgicas livres é o maior fator para avaliar prognóstico e a radioterapia está indicada apenas nos pacientes com margens cirúrgicas positivas. RELATO DE CASO: CFS, sexo feminino, 53 anos, hipertensa, ex-tabagista e nega alergias e cirurgias prévias. Paciente vem ao PS do HGC com dor sacral há 7 meses. A dor é em pontada, piora ao evacuar e ao pegar peso, sem irradiação e refere obstipação crônica associada. Ao exame físico estava em bom estado geral, com abdome inocente, à inspeção retal foram visualizados plicomas e toque retal sem alterações. Os exames laboratoriais estavam normais. A tomografia evidenciou tumoração retro-retal com invasão sacral e colonoscopia com compressão extrínseca do reto médio. A paciente foi submetida à biópsia que evidenciou Cordoma com focos de anaplasia (neoplasia maligna de células claras) no sacro. A imunohistoquímica foi compatível com Cordoma (AE 1 + AE3 positivo, CEA negativo, EMA positivo, GFAP negativo, Proteína S-100 negativo). Paciente foi encaminhada para seguimento no Hospital São Paulo. CONCLUSÃO: No geral o Cordoma apresenta crescimento lento e comportamento agressivo local, mas 5% têm alto grau de malignidade com evolução agressiva e metástases, sendo os sítios mais frequentes o pulmão, fígado e os ossos. Existe um paradigma quanto ao tratamento cirúrgico ideal, uma vez que a ressecção mais conservadora apresenta altas taxas de recidiva local, enquanto a ressecção mais radical teria menor chance de recidiva, porém maior morbidade.

PALAVRAS-CHAVES: CORDOMA|NEOPLASIA MALIGNA|ESQUELETO AXIAL

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1429

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Avaliação da incidência de tumor carcinoide em apendicectomia de emergência em um hospital secundário

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIOVANNA RICCITELLI DO COUTO (HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA), BRUNO AMANTINI MESSIAS (HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA), PAULA DE JULIO MATHEUS (HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA), POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA (HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA), CAROLINA NOGUEIRA FERRAZ TREMONTE (HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA), VITORIA CASTRO MARCOS (HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA), LEONARDO MARQUES SILVEIRA (HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA), MATHEUS BARTOLOMEI DE SIQUEIRA CORRADI (HOSPITAL GERAL CARAPICUIBA)

RESUMO: Objetivo: Verificar a incidência de tumor carcinoide em apendicectomias de urgência em um hospital secundário correlacionando com os dados da literatura. Métodos: Realizada uma análise retrospectiva dos prontuários de pacientes que realizaram apendicectomia de urgência no serviço entre 2011 e 2015. Obtido um total de 457 pacientes, com posterior verificação do anatomopatológico. Resultado: Dos 457 pacientes selecionados, 38 (8, 31%) não foram encontrados no sistema do serviço e em 66 (14, 4%) não foi possível localizar o exame anatomopatológico, portanto, estes foram excluídos do estudo. Nos demais 353 casos, os resultados obtidos foram: 5 (1, 41%) apêndice cecal normal, 26 (7, 36%) apendicite aguda em fase inicial, 29 (8, 21%) apendicite aguda flegmonosa, 188 (53, 25%) apendicite aguda purulenta, 55 (15, 58%) apendicite aguda gangrenosa, 1 (0, 28%) apendicite aguda perfurada, 46 (13, 03%) hiperplasia linfoide reacional, 1 (0, 28%) obliteração fibrosa, 1 (0, 28%) tuberculose apendicular e 1 (0, 28%) de tumor carcinoide. Conclusões: As neoplasias apendiculares são raras, correspondem a menos de 1% das biópsias pós apendicectomias de urgência. O tumor carcinoide é o que tem a maior incidência. Detectados mais comumente em pacientes na 4 ou 5 década e mulheres. Em sua maioria são descobertos incidentalmente em material de apendicectomias feitas por outras razões. Em alguns casos os pacientes precisam retornar a sala cirúrgica para complementar a ressecção cirúrgica previa. Observado nos dados obtidos no presente estudo, uma porcentagem de tumor carcinoide de 0, 28%, inferior ao observado na literatura. O paciente portador do tumor encontrava-se dentro do padrão epidemiológico esperado (sexo feminino, idade adulta). Referencias: 1-Connor SJ, Hanna GB, Frizelle FA. Appendiceal tumors: retrospective clinicopathologic analysis of appendiceal tumors from 7,970 appendectomies. Dis Colon Rectum 1998; 41:75. 2-Ito H, Osteen RT, Bleday R, et al. Appendiceal adenocarcinoma: long-term outcomes after surgical therapy. Dis Colon Rectum 2004; 47:474. 3-Hinson FL, Ambrose NS. Pseudomyxoma peritonei. Br J Surg 1998; 85:1332. 4-Hamilton DL, Stormont JM. The volcano sign of appendiceal mucocele. Gastrointest Endosc 1989; 35:453. 5-Mizuma N, Kabemura T, Akahoshi K, et al. Endosonographic features of mucocele of the appendix: report of a case. Gastrointest Endosc 1997; 46:549.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR CARCINOIDE | APENDICE | APENDICECTOMIA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1439

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INTUSSUSCEPÇÃO JEJUNO-GÁSTRICA: RELATO DE CASO DE RARA COMPLICAÇÃO PÓS-GASTRECTOMIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO FERNANDO PAULICHENCO MANTOAN (CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), NOELLE NOGUEIRA CARBONIERI (CUSC), ANA FATIMA MINEIRO (CUSC), BRUNO AMANTINI MESSIAS (HGC), REINALDO ROBALINHO FILHO (HGC), RAFAEL ANTONIO PAULOS MELLA LÓPEZ (CUSC), MATHEUS BARTOLOMEI DE SIQUEIRA CORRADI (HGC)

RESUMO: Introdução: A intussuscepção jejuno-gástrica é uma rara complicação de gastrectomia tipo Billroth II ou gastrojejunostomia simples, com elevada mortalidade quando não há diagnóstico precoce. A etiologia mais plausível é a peristalse retrógrada ou anterógrada da alça intestinal. Geralmente apresenta-se com dor epigástrica, vômitos com ou sem sangue associado à sinais e sintomas obstrutivos. O diagnóstico é baseado na alta suspeita clínica e exames de imagem, sendo a endoscopia digestiva alta o exame mais utilizado. O tratamento é eminentemente cirúrgico e em casos mais leves existe a possibilidade de procedimentos endoscópicos. Relato de caso: C.A.R. 67 anos, com história de cirurgia gástrica há 40 anos, deu entrada no PS do hospital referindo dor em região epigástrica principalmente após alimentação há 2 meses, náuseas e hematêmese há 3 dias associados à inapetência. Ao exame físico o abdome apresentava-se plano, flácido, doloroso a palpação epigástrica, com ruídos hidroaéreos presentes, sem visceromegalias e descompressão brusca negativa. Realizado tomografia de abdome evidenciando rotação mesentérica na projeção do duodeno em seu próprio eixo que apresentava-se insinuado para o interior da cavidade gástrica. A EDA não foi finalizada devido à risco de broncoaspiração por estase gástrica. No inventário da cavidade abdominal foi observado baço aderido ao estômago com gastroenteroanastomose à Billroth II e alça eferente invaginada no remanescente gástrico. Técnica operatória: redução incruenta da alça jejunal do remanescente gástrico sem necessidade de ressecção devido a viabilidade da mesma e esplenectomia por laceração esplênica. Paciente recebeu alta em boas condições e retornou ao ambulatório assintomático e sem alterações no exame físico. Conclusão: O diagnóstico precoce é essencial, devido às altas taxas de mortalidade, que chegam a 50% após 48 horas de evolução e deve ser suspeitada em pacientes gastrectomizados que se queixam de sintomas obstrutivos. Quanto ao tratamento, não existe consenso quanto à melhor técnica cirúrgica, ficando esta ao critério do cirurgião e à melhor adequação ao doente em questão.

PALAVRAS-CHAVES: gastrectomia | complicação | intussuscepção

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1458

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abdome agudo hemorrágico por ruptura de metástases esplênicas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VITOR AUGUSTO DONCATTO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), MARIO SALIM KALIL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), VICTOR HUGO VIONE SCHWENGBER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), ALEM ALBERTO CHEDID (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: Introdução: O tumor de células germinativas (TCG) corresponde a 95% dos tumores testiculares, sendo responsável por 2 % das malignidades humanas; além de ser o tumor sólido mais comum no sexo masculino na faixa etária dos 15 aos 34 anos. Quando metastáticos, normalmente geram implante regional para linfonodos retroperitoniais e mais raramente para fígado, ossos e cérebro. Relato de caso: Masculino, 39 anos, branco, previamente hígido. Busca atendimento em emergência devido à lombalgia de início há um mês com piora progressiva associada à paresia de membros inferiores. Realizada Ressonância Nuclear Magnética (RNM) que apontou lesão expansiva em coluna tóraco-lombar a nível de T12 à L1 associada a lesões sugestivas de neoplasia em rim esquerdo, baço, fígado e pulmão. Submetido à cirurgia de descompressão medular três dias após a internação hospitalar, apresentou melhora da dor lombar e dos sintomas neurológicos. Na evolução, fora constatada lesão pétreia em testículo esquerdo pelo exame físico; além de apresentar aumento de Alfa-feto-proteína (AFP) e de LDH. No oitavo dia de internação, o paciente apresentou dor abdominal súbita em andar superior do abdômen com dor referida em ombro esquerdo. Ao exame físico apresentava dor difusa à palpação, porém ausência de sinais de peritonismo. Devido à melhora parcial com analgesia e à estabilidade hemodinâmica, paciente foi submetido à TC de abdômen, a qual evidenciou grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal e área hiperdensa em parênquima esplênico, sugestivo de hemorragia. Após 12 horas do laudo da TC de abdome, paciente evoluiu com piora do estado geral, sendo submetido a uma esplenectomia de urgência. Ao exame macroscópico de órgão excisado, observou-se massa de aspecto tumoral, friável, com áreas de hemorragia, medindo 8,6x8,5x6,0cm e, distando 4 cm dessa, uma segunda massa com a mesma apresentação, medindo 8,0x7,0x6,2cm, ambas sendo diagnosticadas como neoplasia maligna pouco diferenciada, metastática. Conclusão: Apesar do baço ser o órgão mais vascularizado do corpo humano, este não é um sítio comum de metástases (3,4 % das metástase por carcinoma). A frequência de metástases esplênicas é subestimada pois comumente os pacientes são assintomáticas e ocorrem tardiamente no processo neoplásico. Revisando a literatura, nos últimos 5 anos, não há descrição de metástases esplênicas associado ao TCG. Contudo, demonstramos uma complicação séria e eventualmente fatal de uma metástase para tal órgão.

PALAVRAS-CHAVES: Metástase esplênica|Tumor de células germinativas|Abdome agudo hemorrágico

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1463

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Urgências Cirúrgicas no Paciente Idoso: uma revisão bibliográfica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FÁBIO JOSÉ PAVAN (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), MARIA EDUARDA TELÓ (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ), DORIS MEDIANEIRA LAZAROTO SWAROWSKY (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), INÁCIO SWAROWSKY (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL)

RESUMO: Urgências Cirúrgicas no Paciente Idoso: uma revisão bibliográfica Maria Eduarda Teló¹, Fabio José Pavan¹, Dóris Medianeira Lazzarotto Swarowsky², Inácio Swarowsky² Estudante de Medicina, Departamento de Biologia e Farmácia, Universidade de Santa Cruz do Sul. ²Docente do Curso de Medicina, Hospital Santa Cruz (HSC). Resumo: O envelhecimento populacional ocorre aceleradamente. Estima-se que em 2050 mais de 20% da população terá 60 anos ou mais. (4,5 e 6). As causas abdominais estão presentes na população idosa e representam alta mortalidade. A ocorrência de condições cirúrgicas de emergência e sua complexidade tendem a aumentar com o envelhecimento. Objetivo: Identificar as principais urgências cirúrgicas de causa abdominal na população idosa, levando em conta a complexidade da atuação. Métodos: Revisão bibliográfica fundamentada em artigos relacionados ao tema ?Urgências Cirúrgicas em Idosos? buscados na base de dados do PubMed. A estratégia de busca empregou as palavras-chave ?Elderly?, ?Emergency?, ?Surgery? e ?Geriatric?. Resultados: A dor abdominal no paciente idoso necessita de mais exames laboratoriais e de imagem (4). A Isquemia aguda mesentérica resultando em dano isquêmico possui estimativas de mortalidade acima de 50%. A embolia da artéria mesentérica superior é a variedade mais comum e os doentes com maior risco possuem fonte cardíaca de êmbolos e cerca de um terço tem histórico de doença embólica. Observamos o aneurisma da aorta abdominal como causa de alta mortalidade e quase exclusiva em idosos. A obstrução do intestino delgado em idosos é causada por hérnias e aderências e constitui a segunda urgência cirúrgica mais comum. Causas vistas nos idosos incluem neoplasia e íleo biliar. Conclusões: Observou-se a necessidade de investimentos no atendimento secundário e ambulatorial para a população idosa, principalmente os de caráter públicos, pois 70,4% dos idosos o utiliza quando necessita de atendimento (1), bem como conhecimento das causas e complicações das urgências em idosos. Bibliografia: 1. A atenção à saúde do idoso nos serviços brasileiros de urgência: uma revisão integrativa. 2. Pilger C, Menon UM, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. 3. Profile of elderly patients admitted to the hospital emergency; 2014. 4. Abdominal emergencies in the geriatric patient; Spangler et al, 2014, 5. World Health Organization, WHO. Interesting facts about ageing; 2012. 6. How to cope with an ageing population, The Lancet; 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Idosos | Cirurgia | Abdome

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1466

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ISQUEMIA INTESTINAL EM PORTADOR DE MUTAÇÃO NO GENE DA PROTROMBINA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GILMARQUES ALMEIDA DA SILVA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), JULIANO NOGUEIRA MORAIS (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), EDUARDO GONÇALVES MARTINS DA COSTA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), LUIZ HENRIQUE DE ARAÚJO P. COSTA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA), FELIPPE HAUCK MANSUR (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A síndrome Isquêmica Mesentérica pode advir de uma miríade de condições clínicas e ocorrendo aguda ou cronicamente. A variante aguda representa emergência cirúrgica freqüentemente fatal, possuindo como principais bases fisiopatogênicas: embolia arterial cardiogênica, trombose arterial, trombose venosa e isquemia mesentérica não oclusiva. RELATO DE CASO: Trata-se do relato de caso de paciente de 64 anos, admitido no Pronto Socorro do Hospital Marcio Cunha, em Ipatinga ? MG, com quadro de dor abdominal há 15 dias, em cólica, com intensificação progressiva e acrescida de distensão abdominal nas últimas 48 horas, sem parada de eliminação de fezes ou flatos. No exame físico evidenciou-se estabilidade hemodinâmica e ventilatória e ausência de sinais de irritação peritoneal, permitindo a realização de estudo tomográfico abdominal contrastado que depreendeu espessamento e densificação mesentérica mesogástrica com intumescimento dos vasos mesentéricos de permeio de aspecto inespecífico. Frente aos achados, submeteu-se o paciente a laparotomia de urgência, deflagrando ascite volumosa e isquemia jejunal segmentar com áreas de necrose e notável espessamento mesentérico. Realizou-se enterectomia com margem balizada por teste perfusional intraoperatório, reconstrução do trânsito por anastomose termino-terminal primária e encaminhamento da peça para estudo anatomopatológico. Este evidenciou vasculite leucolástica submucosa e mesentérica associada a trombose de veias calibrosas, motivando screening hematológico especializado, culminando com a depreensão de Mutação Heterozigótica no Gene da Protrombina, achado motivador de acompanhamento especializado em caráter ambulatorial após completa recuperação pós-operatória. CONCLUSÃO: A ocorrência de Isquemia Mesentérica resultante a trombofilias, como a Mutação no Gene da Protrombina, é evento raro, devendo haver especial suspeição desta etiologia quando em se tratando de pacientes jovens, trombooses de repetição, ou na ocorrência de evento trombótico em topografia incomum. A precocidade do diagnóstico desta condição, aliada a propedêutica adequada e escolha individualizada das opções de tratamento são os principais fatores redutores da morbimortalidade implicada e de recrudescências sintomatológicas. A presente produção justifica-se a partir da sua utilidade como difusor de conhecimento acerca da condição clínica elencada, condição mister para a correta e ágil dedução diagnóstica/propedêutica/terapêutica.

PALAVRAS-CHAVES: Isquemia | Diagnóstico | Embolia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1474

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÃO DE DIEULAFOY NO DUODENO: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), AUGUSTO NATORF GOTUZZO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FELIPE DE SOUSA JUNQUEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RAISA BRINGHENTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA)

RESUMO: Introdução: Lesão de Dieulafoy é uma incomum, mas importante causa de sangramento gastrointestinal. Caracteriza-se pela exteriorização de um vaso arterial aberrante envolto por área de mucosa não ulcerada. Enquanto a maioria das lesões de Dieulafoy acontecem até 6cm da junção esofagogástrica, a presença da lesão em outras áreas do trato gastrointestinal não pode ser esquecida. Nós apresentamos um caso de lesão de Dieulafoy na 1a porção do duodeno causando hemorragia digestiva alta refrataria ao tratamento endoscópico com necessidade de intervenção cirúrgica. Relato de Caso: T.M.Z., 78 anos, masculino, internado para realização de segmentectomia do lobo superior direito após identificação de nódulo pulmonar metastático em tomografias de tórax no follow-up de adenocarcinoma de próstata tratado previamente com ressecção transuretral de próstata ha 2 anos. Levado a cirurgia, sem intercorrências e admitido em UTI no pós-operatório imediato onde mantinha-se com necessidade de vasopressores em doses baixas. No quarto pós-operatório apresentou fezes com característica de melena e piora do estado hemodinâmico. Realizado endoscopia digestiva alta em que foi identificado vaso arterial no bulbo duodenal com sangramento ativo, tentado escleroterapia com solução de adrenalina. Realizada endoscopia digestiva alta de controle no dia seguinte e identificado mínima quantidade de sangue junto a lesão, optado por colocação de clip metálico. Paciente manteve necessidade de vasopressores, transfusões de hemoderivados e episódios de melena. Levada a cirurgia quatro dias após a realização da ultima endoscopia. Realizado duodenotomia e rafia da lesão no bulbo duodenal após identificação da mesma com endoscopia digestiva no transoperatório. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, desmame de vasopressores e necessidade de transfusão de hemoderivados. Conclusão: A presença de lesão de Dieulafoy no duodeno é incomum, mas importante causa de sangramento gastrointestinal maciço e recorrente. A sua identificação e manejo pela endoscopia digestiva alta se mostra a primeira linha de tratamento, porém em casos refratários ao tratamento menos invasivo a cirurgia ainda se mostra uma importante ferramenta no controle da hemorragia.

PALAVRAS-CHAVES: Lesão de Dieulafoy | Hemorragia digestiva alta | Intervenção cirúrgica

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1477

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HERNIAÇÃO INGUINOESCROTAL DA BEXIGA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA FAUSTER F. A DE OLIVEIRA (HOSPITAL SEMPER), MATEUS FURTADO ROCHA (HOSPITAL SEMPER), BRUNO CARLO VIEIRA LEMOS (HOSPITAL SEMPER), DIEGO DE JESUS LIMA (HOSPITAL SEMPER), PEDRO HENRIQUE OLIVEIRA DE AMORIM (HOSPITAL SEMPER), LEONARDO LANNI DE OLIVEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE BETIM)

RESUMO: HERNIAÇÃO INGUINOESCROTAL DA BEXIGA RELATO DE CASO Introdução Herniação da bexiga no canal inguinal é uma rara condição clínica. Constituiu de 1% a 3% de todas as hérnias inguinais, sendo que, nos pacientes do sexo masculino maiores de cinquenta anos, pode chegar a 10% dos casos. Qualquer porção da bexiga pode herniar, desde uma pequena parte, um divertículo ou mesmo grande parte do seu conteúdo. Usualmente é um quadro assintomático, diagnosticado no peroperatório e, nesse caso, é preciso evitar injúrias de bexiga e de ureter. Em pacientes sintomáticos, métodos de imagem como cistografia retrógrada, ultrassonografia pélvica, tomografia computadorizada e ressonância magnética são necessários para confirmar o diagnóstico. Relato de Caso Apresentamos paciente do sexo masculino, 56 anos, com edema inguinoescrotal há cerca de 6 meses, associado a dor hipogástrica e disúria moderada. Ao exame físico, hérnia inguinoescrotal direita irreductível, dolorosa à palpação, com edema de bolsa escrotal e sinais de orquiepididimite. Revisão laboratorial identificou leucocitose e PCR elevado. Tomografia computadorizada de abdome e pelve evidenciou hérnia inguinal bilateral, sendo hérnia direita inguinoescrotal com cerca de 50% da bexiga como conteúdo, associado à orquiepididimite e líquido em bolsa escrotal. Indicado exploração cirúrgica após antibioticoterapia. Procedimento realizado por incisão mediana infraumbilical com acesso pré-peritoneal. Tentativa de redução do conteúdo herniário não obteve sucesso, sendo necessário ressecção do segmento da bexiga encarcerado. Confeccionado reparo das hérnias pela técnica de Stoppa com tela de polipropileno. Evolução do pós-operatório sem intercorrências. Conclusão A bexiga como conteúdo herniário é um achado incomum. O diagnóstico deve ser confirmado por método de imagem e o tratamento é cirúrgico, com redução do conteúdo herniado, com ou sem ressecção vesical, e reparo da hérnia. Nesse caso a opção por incisão mediana foi bem sucedida e possibilitou o reparo vesical com segurança, identificação dos ureteres e reparo da hérnia bilateral.

PALAVRAS-CHAVES: hernia inguinal | hernia inguinoescrotal | bexiga

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1501

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: APENDICITE AGUDA: ESTUDO DA ESCALA DE ALVARADO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JURANDIR MARCONDES RIBAS FILHO (FACULDADE EVANGELICA DO PARANA), IGO ALMEIDA DE AMORIM (FACULDADE EVANGELICA DO PARANA)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o Escore de Alvarado nos pacientes submetidos à apendicectomia em um hospital universitário, assim como as correlações entre o escore e os dados epidemiológicos e sintomatológicos, em virtude do baixo custo desta escala e da escassez de recursos financeiros em hospitais universitários. Métodos: Trata-se de um estudo transversal prospectivo analítico realizado em um Hospital Universitário no período entre maio e agosto de 2016. Incluíram-se indivíduos de qualquer idade e gênero com diagnóstico presuntivo de apendicite aguda firmado pelo serviço de cirurgia geral. Foi aplicado protocolo de coleta e obteve-se através do prontuário eletrônico os componentes da Escala de Alvarado, dados epidemiológicos e sintomatológicos dos pacientes. A apendicectomia foi realizada em todos os participantes e o resultado anatomopatológico foi obtido. Realizou-se análise descritiva da prevalência segundo idade, gênero, Escore de Alvarado, grau de inflamação apendicular e ocorrência de apendicite aguda complicada. Os participantes foram divididos em grupos de acordo com o escore obtido: 0 a 4 (baixo), 5 a 6 (médio) e 7 a 10 (alto). Resultados: Foram avaliados 82 pacientes, 42 (51,2%) do gênero masculino e 40 (48,8%) feminino. A idade média foi 28 anos. O Escore de Alvarado médio foi 4,9 pontos com predomínio da faixa 0 a 4 (50%), seguida de 5 a 6 (34,1%) e 7 a 10 (15,9%). Em relação ao grau de inflamação apendicular, o grau I (45,6%) foi o mais frequente, seguido pelo do grau II (34,2%), grau III (11,4%) e grau IV (8,9%). A Apendicite Aguda complicada foi observada em 16 (20,3%) casos, enquanto não complicada em 63 (79,7%) casos. Houve relação estatisticamente significativa entre o Escore de Alvarado e as variáveis grau de inflamação apendicular ($p=0,08$) e complicação apendicular ($p=0,04$). Conclusão: A escala de Alvarado é uma ferramenta de auxílio diagnóstico de baixo custo que apresenta utilidade em Hospitais Universitários como forma de triagem dos pacientes com diagnóstico presuntivo de Apendicite Aguda. REFERÊNCIAS THOMPSON, N. A. Asociación entre Escala de Alvarado y diagnóstico de apendicitis aguda complicada y no complicada según anatomía patológica en el Centro Médico Naval. Horizonte Medico, v. 12, n. 2, p. 12-17, 2015. DE CASTRO, S. M. M. et al. Evaluation of the appendicitis inflammatory response score for patients with acute appendicitis. World Journal of Surgery, v. 36, n. 7, p. 1540-1545, jul. 2012.

PALAVRAS-CHAVES: APENDICITE AGUDA | ABDOME AGUDO | ESCALA DE ALVARADO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1513

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Obstrução intestinal secundária a Hérnia de Morgagni diagnosticada durante a gestação

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE LUIZ COTA BICALHO (HOSPITAL VILA DA SERRA), LYCIA TOBIAS DE LACERDA (HOSPITAL VILA DA SERRA), FERNANDO AUGUSTO VASCONCELLOS SANTOS (HOSPITAL VILA DA SERRA), RAFAEL MIRANDA DE OLIVEIRA (HOSPITAL VILA DA SERRA), ALINE CASSIA SOUZA AMARAL (HOSPITAL VILA DA SERRA), ANNA TERESA MOREIRA NEVES (HOSPITAL VILA DA SERRA), TAINARA RODRIGUES MIRANDA (HOSPITAL VILA DA SERRA), FELIPE MARCONDES DE OLIVEIRA COELHO (HOSPITAL VILA DA SERRA)

RESUMO: No relato de caso abaixo, apresentaremos uma situação pouco frequente de obstrução intestinal ocasionado devido à Hérnia de Morgagni em paciente gestante na quarta década de vida. Paciente C.P.A., 38 anos, previamente hígida, gestante secundigesta com IG de 25 semanas, admitida no pronto atendimento do Hospital Vila da Serra em dezembro de 2016. Queixava-se de dor abdominal em cólica de início insidioso recente, com piora progressiva, localizada principalmente no andar inferior do abdome. Relatava ainda parada da eliminação das fezes e flatos, hiporexia e distensão de abdome. Ao exame físico apresentava sinais vitais normais, abdome distendido, sem sinais de irritação peritoneal e útero gravídico compatível com idade gestacional. Realizada avaliação em conjunto com equipe da obstetrícia, foi solicitada ressonância magnética abdominal que evidenciou defeito em parede anterior direita diafragmática com herniação volumosa colônica e dilatação intestinal a montante do conteúdo herniário. Essas características sugerem Hérnia de Morgagni. Paciente foi submetida a videolaparoscopia de urgência quando foi encontrada hérnia ântero-medial direita com encarceramento de grande porção do cólon ascendente e transversal, distensão importante a montante e afunilamento da porção distal ao conteúdo, sem sinais de sofrimento de alça. Foi realizada dissecação do orifício diafragmático, redução do conteúdo encarcerado para a cavidade abdominal e rafia do anel herniário. A paciente apresentou evolução favorável no pós-operatório e recebeu alta hospitalar no terceiro DPO. Dentre as hérnias diafragmáticas congênitas, a Hérnia de Morgagni é menos comum quando comparada à Hérnia de Bochdalek. Quando diagnosticadas na infância, geralmente estão relacionadas a sintomas respiratórios ou gastrointestinais. Na vida adulta, usualmente são diagnosticadas por achados incidentais por serem na maioria das vezes assintomáticas ou oligossintomáticas. No entanto, fatores desencadeantes que podem elevar a pressão abdominal, como gestações, podem provocar complicações como encarceramento e estrangulamento.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia de Morgagni | Obstrução Intestinal | Hérnia Encarcerada

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1528

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Apendicite aguda em situs inversus totalis?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), VINICIUS ALVES FONSECA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), CAIO HENRIQUE RIOS BORDUQUE (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), GABRIEL BROM ANDRADE (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), RODRIGO KOUZAK MAYER (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF), ISABELA CRISTINA DINIZ E PÁDUA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - DF)

RESUMO: Introdução O situs inversus totalis (SIT) é uma rara condição congênita em que os principais órgãos viscerais tem sua posição normal (situs solitus) invertida. Geralmente não causa quaisquer problemas de saúde como outras variações de situs, que pode acarretar defeitos complexos que afetam diversos órgãos¹. Sua incidência é bastante divergente na literatura, variando de 1:20000 a 1:950002 .A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico no mundo. Seu diagnóstico em fase inicial ainda é um desafio mesmo para pacientes com situs solitus. A apendicite aguda no paciente com SIT tem incidência de 0,016% a 0,024%^{2,3,4}, e geralmente cursam com algum tipo de complicação. Relato do caso Paciente do sexo masculino de 20 anos apresentou-se à unidade de emergência com dor abdominal que iniciou em epigástrio e migrou para quadrante inferior esquerdo há 4 dias, associada a náuseas, vômitos, diarreia, adnâmia, hiporexia e febre não aferida. No exame físico apresentava sinal de irritação peritoneal no quadrante inferior esquerdo (QIE). O paciente negou doença ou cirurgia anterior, porém, referiu suspeita médica de dextrocardia sem repercussão clínica. Os exames laboratoriais demonstraram leucocitose (15900 K/UL) e leucocitúria leve (20/campo). A radiografia de tórax revelou dextrocardia e ultra-sonografia abdominal (USG) demonstrou SIT e alça intestinal cego consistente com apendicite aguda no QIE. Foi então realizada uma laparotomia exploradora com incisão mediana infraumbilical. O apêndice cecal a esquerda apresentava perfurado no terço distal, porém, sem peritonite localizada ou difusa. Ele recebeu alta sem complicações cirúrgicas. Tomografia computadorizada tóraco-abdominal (TC) no pós-operatório confirmou o diagnóstico de SIT. Conclusão: A falta do diagnóstico prévio de Situs abnormalis em um paciente com quadro abdominal agudo que procura atendimento médico de emergência pode gerar um dilema diagnóstico. A manifestação da dor em quadrante inferior esquerdo do abdome direciona o raciocínio clínico para diagnósticos diferenciais distintos de apendicite aguda. Prosseguir a investigação com exames complementares iniciais e a reavaliação pelo mesmo médico corroborou com o diagnóstico oportuno de apendicite aguda do lado esquerdo. A agilidade na indicação da apendicectomia reduziu a morbi-mortalidade da doença. Este caso reforça a importância de manter suspeição apendicite aguda em manifestações atípicas de dor abdominal aguda.

PALAVRAS-CHAVES: Situs inversus totalis|Apendicite aguda|Apendicectomia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1541

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS SUSPEITAS DE ABDOME AGUDO ADMITIDAS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO INTERIOR DO CEARÁ NO PERÍODO DE UM ANO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ALEFE SOUSA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), CLARA QUEIROZ DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), LORENA ALVES TRAJANO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES (INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA)

RESUMO: Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico dos 157 casos com suspeita de abdome agudo, admitidos na emergência de um hospital de referência do norte do Estado do Ceará, nos meses de janeiro a dezembro do ano de 2013. Considerando-se variáveis, como sexo, idade, classificação na triagem e conduta. Método: Foi realizado um estudo epidemiológico com caráter transversal, analítico e observacional. Os dados foram coletados a partir de uma plataforma gerada pelo Setor de Tecnologia da Informação do hospital, a qual continha os dados referentes a todos os 38.890 atendimentos da emergência durante o ano de 2013. Dessa forma, foram dispostos em uma planilha todos os 157 atendimentos a suspeitas de abdome no período de 12 meses. A partir daí, utilizou-se filtros, como sexo, idade, classificação na triagem e conduta tomada. Resultados: Pode-se inferir que no ano de 2013, foram admitidos 157 casos com suspeita de abdome agudo na referida unidade terciária, uma média de 13 atendimentos mensais. Desse montante, 86 (54,78%) eram homens e 71 (45,22%) mulheres. A faixa etária mais acometida foi a acima de 60 anos, com 29,29% (46) do total. Ademais, 17,19% (27) dos pacientes com suspeita tinham idade entre 0-10 anos; 15,28% (24) entre 11-20 anos; 10,19% (16) entre 21-30 anos; 9,55% (15) entre 31-40 anos; 10,19% (16) entre 41-50 anos; 8,28% (13) entre 51-60 anos. No que se refere à classificação na triagem, 27,38% (43) foram classificados com a cor verde, 71,97% (113) com amarelo, 0,65% (1) com vermelho. A conduta tomada para 53,5% (84) dos casos suspeitos de abdome agudo foi alta ainda na emergência, 43,31% (68) deles foram para internação, 1,27% (2) evadiu-se, também 1,27% (2) receberam alta a pedido, por fim, um único caso foi transferido para outra unidade de saúde. Conclusões: Ao delinear o perfil de atendimentos a suspeitas de abdome agudo, percebe-se que uma investigação minuciosa, com história, exames físico, exames laboratoriais e de imagem, faz-se necessária. Uma vez que mais da metade das suspeitas, 53,5% receberam alta ainda na emergência, o que nos leva a pensar nas causas não cirúrgicas de abdome agudo, como endócrinas e metabólicas, hematológicas e por toxinas e drogas. Entretanto pode haver uma falha na triagem dos pacientes, imputando de gravidade casos que não assumem tal denominação, como exemplo é a disparidade de 114 casos em amarelo ou vermelho e 68 internações. Bibliografia: Sabiston, et al. Tratado de Cirurgia. 19ª Edição. New York: Elsevier, 2012.

PALAVRAS-CHAVES: Epidemiologia | Abdome agudo | Análise

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1546

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA LUIZA SANT ANA DE CARVALHO (HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI), BEATRIZ HELENA MARTINS GONCALVES (HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI), MARCELO CANÇADO FROIS (HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI), TADEU SARTINI FERREIRA (HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI)

RESUMO: Introdução: O diagnóstico de abdome agudo cirúrgico é um desafio para cirurgiões que prestam assistência tanto em porta de entrada quanto em assistência em leito de internação. Tal tarefa muitas vezes, há de ser realizada em centros sem grandes recursos imaginológicos, se apoiando em pura semiologia. Este trabalho tem por objetivo demonstrar a necessidade dos profissionais de assistência de dominar conhecimentos em semiologia que tragam resoluções para seus pacientes sem atrasos desnecessários. Resultado: Paciente de 25 anos, internada em pronto-atendimento em 14/10/2016 com quadro de cálculo coraliforme o qual evoluiu com hidronefrose, pielonefrite e piodonefrose. Diagnóstico do cálculo há 01 ano, durante gestação, em acompanhamento ambulatorial desde então. Submetida a nefrostomia percutânea em 19/10/16 com drenagem secreção purulenta. Apresentou durante internação dispneia sendo pensado como causa TEP e iniciado enoxaparina 40mg 12/12hrs desde então. Inter correu com taquicardia (100) e PA limítrofe (90/60), associada a dor abdominal difusa com irritação peritoneal em quadrantes inferiores na madrugada de 09/11/16 para 10/11/16. Submetida a laprotomia explorada na intenção de se realizar nefrectomia à direita de urgência, entretanto, foi evidenciado hemoperitônio nos quatro quadrantes e muitos coágulos em pelve. Enviado líquido abdominal para cultura a qual se mostrou negativa. Retirado coágulos e encontrado em ovário esquerdo, formação sugestiva de cisto roto. Procedida ooforectomia esquerda e revisão da hemostasia. Optado por não explorar retro-peritônio em virtude do hemoperitônio explicar o quadro clínico. Requereu hemotransfusão durante procedimento. Paciente evoluiu bem em enfermaria com ascensão de níveis hematimétricos e mantendo estabilidade clínica e hemodinâmica sem comemorativos infecciosos. Recebeu alta em 25/11/17 para acompanhamento ambulatorial; proposta de cintilografia renal estática para definição de nefrolitotomia ou nefrectomia. Conclusão: O diagnóstico de abdome agudo cirúrgico ainda é fundamentalmente clínico. Embora provas laboratoriais e de imagem fossem demonstrar queda hematimétrica e líquido livre na cavidade, a necessidade de intervenção cirúrgica adequada se amparou apenas em informes clínicos. Decerto, apesar da paciente se encontrar em um centro com recursos limitados a habilidade diagnóstica do cirurgião deve ser capaz por si só de determinar as condutas mais urgentes e resolver casos mais críticos.

PALAVRAS-CHAVES: GINECOLOGIA|CISTO DE OVARIO|ABDOME AGUDO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1548

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Comparação entre Escores diagnósticos de Apendicite Aguda

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDMUNDO VIEIRA PRADO NETO (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR)), ORLANDO DE CASTRO E SILVA (FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP)), SAMUEL AZENHA GREGORIO (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR))

RESUMO: OBJETIVO: Visando ao diagnóstico clínico-laboratorial mais acurado de apendicite aguda, este trabalho pretende comparar os escores diagnósticos. MÉTODOS: Revisão sistemática de trabalhos primários utilizando a estratégia de busca ?adult AND acute appendicitis AND score AND diagnostic accuracy? nas bases de dados Pubmed e Embase com 157 artigos encontrados. Após seleção de título/resumo e critérios de exclusão/inclusão, 16 textos foram lidos na íntegra. RESULTADOS: 10 artigos foram incluídos. Compararam-se escores criados pelos autores, escores Tzanakis, Lintula, Ohman, Ripasa, MESH e Alvarado. O último apresentou menor acurácia em 9 artigos; em 1 estudo, houve acurácia semelhante ao grupo-controle (Lintula). O escore mais abordado com resultados positivos foi Ripasa, seguido por Tzanakis e MESH, respectivamente. CONCLUSÃO: O escore de Alvarado é o mais utilizado na prática clínica, mas pode ser substituído ou reforçado por outros escores visando ao diagnóstico mais acurado de Apendicite Aguda, o que reduz o uso de exames de imagem. BIBLIOGRAFIA: Ahn, S., Lee, H., Choi, W., Ahn, R., Hong, J. S., Sohn, C. H... & Kim, W. Y. (2016). Clinical Importance of the Heel Drop Test and a New Clinical Score for Adult Appendicitis. PloS one, 11(10), e0164574. Alnjadat, I., & Abdallah, B. (2013). Alvarado versus RIPASA score in diagnosing acute appendicitis. Rawal Medical Journal, 38(2), 147-151. Erdem, H., Çetinküner, S., Da?, K., Reyhan, E., De?er, C., Aziret, M., ... & ?rkörücü, O. (2013). Alvarado, Eskelinen, Ohhmann and Raja Isteri Pengiran Anak Saleha appendicitis scores for diagnosis of acute appendicitis. World Journal of Gastroenterology: WJG, 19(47), 9057. Nanjundaiah, N., Mohammed, A., Shanbhag, V., Ashfaque, K., & Priya, S. A. A Comparative Study of RIPASA Score and ALVARADO Score in the Diagnosis of Acute Appendicitis NC03-NC05. Sammalkorpi, H. E., Mentula, P., & Leppäniemi, A. (2014). A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis-a prospective study. BMC gastroenterology, 14(1), 114.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite Aguda | diagnóstico | Alvarado

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1571

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE BOCHDALEK FORA DO DOMICÍLIO DE DIAGNÓSTICO TARDIO COM PERFURAÇÃO GÁSTRICA ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO MENDONÇA RODRIGUES (HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ), ANA MARIA MARTON CARNEIRO (HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ), DIOGO NASCIMENTO DIAS DE AGUIAR (HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ), GABRIEL CORREIA IANNUZZI (HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ), RENATO TEIXEIRA SINISCALCHI (HOSPITAL ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ)

RESUMO: A hérnia diafragmática congênita (HDC) ocorre por uma fusão incompleta dos elementos que compõe o diafragma. O espaço entre os músculos lombar e costal, na parede póstero-lateral do diafragma, é denominado espaço de Bochdalek e falha na sua cobertura leva à hérnia de Bochdalek. A HDC se manifesta mais comumente com insuficiência respiratória durante o período neonatal. Porém, nas apresentações tardias, as manifestações são diversas e inespecíficas. Relatamos um caso de apresentação tardia com sintomas raros e complicações muito pouco vistas. DMS, 18 anos, ajudante de pedreiro; deu entrada no PS com queixa de intensa dor abdominal, êmese e piora de dispneia. Negava histórico de trauma abdominal. EF: MV ausente em hemitórax esquerdo. Abdome tenso, doloroso à palpação superficial e profunda, RHA ausentes. Poucas horas após entrada evoluiu com PCR, sendo submetido à RCP. AP pós-intubação: MV abolido em hemitórax esquerdo e hipertimpanismo, gerando HD de pneumotórax hipertensivo como causa da PCR. Feito punção no 2º EIC em LHE e drenagem pleural fechada em selo d'água na LAM em 5º EIC. No RX de tórax pós drenagem foi constatada hérnia diafragmática volumosa com grande desvio do mediastino para direita. Após estabilização, foi feita laparotomia exploradora de urgência, evidenciando-se agenesia de parede posterior do diafragma com baço, cólon e estômago eventrando o hemitórax esquerdo. Observou-se área com sofrimento em parede gástrica de 5cm de extensão e um ponto de perfuração, restos alimentares e líquido gastrointestinal em tórax. Os órgãos intraabdominais foram tracionados de volta para sua cavidade e feito rafia do diafragma e rafia de laceração gástrica. Realizado peritoneostomia por se tratar de uma hérnia fora do domicílio, com risco de desenvolvimento de síndrome compartimental abdominal se fechamento primário da cavidade. Após procedimento, o RX já demonstrava expansão total de pulmão esquerdo. Foram necessárias 5 abordagens para fechamento da parede abdominal utilizando dupla técnica: tração facial contínua e curativo com pressão negativa. O paciente recebeu alta no 27º PO e está em acompanhamento ambulatorial com plena recuperação de suas atividades habituais. O caso demonstra a dificuldade do diagnóstico da HDC de apresentação tardia visto sua grande variável na apresentação clínica. Uma vasta busca pela literatura elucidou a raridade da apresentação aguda com complicações, mostrando a complexidade do caso com conseqüente falta de embasamento para tal.

PALAVRAS-CHAVES: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA | DIAGNÓSTICO TARDIO | EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1578

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ACHADOS TOMOGRÁFICOS DA APENDICITE COMPLICADA E ESCORE DE ALVARADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CHRISTIAN SPINA (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA), ANA PAULA MARCONI IAMARINO (UNISA), NAYARA MARJA GIL (UNISA), ORLANDO CONTRUCCI FILHO (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: Introdução: O diagnóstico de apendicite aguda ainda é um desafio e o atraso na realização da apendicectomia aumenta o risco de perfuração do apêndice, elevando a morbidade e mortalidade. Objetivos: Correlacionar os achados tomográficos dos pacientes com diagnóstico de apendicite aguda com o Escore de Alvarado. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, interseccional e retrospectivo de todos os casos de apendicite aguda internados no período de junho de 2014 até junho de 2015, no Hospital Geral do Grajaú ? SP. A análise estatística foi realizada utilizando-se o software Epi-Info 7 . Resultados: Dos 152 (63,33%) pacientes submetidos a TC, em 126 (82,89%) evidenciou apêndice espessado, 92 (60,93%) evidenciou borramento de gordura, em 50 (32,89%) havia presença de líquido livre, em 39 (21,19%) comprovou-se espessamento de parede, apendicolito foi visto em 23 (15,13%), gás extraluminal em 6 (3,97%), espessamento do ceco em 4 (2,65%) e massa inflamatória em 3 (1,99%) dos pacientes. Conclusão: Há associação positiva entre EA positivo e a presença de achados tomográficos, com Odds Ratio (OR) de 1,665 e P=0,1805, assim como, a associação entre EA positivo e fase perfurativa.

PALAVRAS-CHAVES: APENDICITE|TOMOGRAFIA|ESCORE DE ALVARADO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1583

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lipoma intestinal como causa de abdome agudo: análise de três casos operados no Hospital Getúlio Vargas - Recife ?PE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NINA ROSA TENÓRIO LIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), RODRIGO SANTIAGO MOREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), RAQUEL HOLANDA SALES (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), FRANCIS ANDREW DA SILVA SOUSA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), THIAGO SOUZA E SILVA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), VICTOR CARVALHO MACIEL GIRÃO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), NORTON NUNES DE LIMA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE)

RESUMO: Introdução: Os lipomas são lesões benignas formadas por células gordurosas do tipo adulto, circundadas por cápsula fibrosa. É a neoplasia não epitelial mais comum no trato gastrointestinal. Esses tumores podem ser assintomáticos ou apresentar-se com uma variedade de sintomas, podendo evoluir como uma emergência cirúrgica e também ser erroneamente diagnosticados como doença maligna. Objetivo: Realizar uma análise de três casos de pacientes operados com abdome agudo por lipoma intestinal no Hospital Getúlio Vargas (HGV) em Recife-PE. Método: Estudo observacional retrospectivo com pesquisa em prontuários de três pacientes com diagnóstico de lipoma intestinal, sendo um caso de intestino delgado, outro de ceco, sendo o último de sigmoide. Realizando-se revisão de literatura e discussão sobre o tema. Conclusão: Conclui-se que os lipomas do trato gastrointestinal são raros, porém devem ser lembrados como diagnóstico diferencial, principalmente nos pacientes que apresentam quadro de dor abdominal, compatível com abdome agudo, podendo ser obstrutivo alto ou baixo ou que tenham exames de imagens compatíveis com invaginação intestinal. Referências bibliográficas 1. BILGIN, M. et al. Ileocecal Intussusception due to a Lipoma in an Adult. Case Reports in Surgery, v. 2012, p. 1?4, 2012. 2. CIN, N. et al. COLONIC LIPOMAS: REPORT OF SIXTEEN CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE. Acta Medica Mediterranea, v. 1, n. Mdd, p. 93?96, 2016. 3. DASSANAYAKE, S. U. B.; DINAMITHRA, N. P.; NAWARATHNE, N. M. M. Submucosal lipoma of the sigmoid colon as a rare cause of mucoid diarrhea: a case report. Journal of medical case reports, v. 10, n. 1, p. 17, 2016. 4. KIM, K. H.; NAMGUNG, H.; PARK, D. G. Adult intussusceptions: preoperative predictive factors for malignant lead point. Annals of surgical treatment and research, v. 86, n. 5, p. 244?8, 2014. 5. KWAG, S. et al. Coloproctology Surgical Strategy for Colonic Intussusception Caused by a Giant Colonic Lipoma?: A Report of Two Cases and a Review of the Literature. Annals of Coloproctology, v. 30, n. 3, p. 147?150, 2014. 6. MANÇANO, A. D.; SIQUEIRA, C. C.; MACEDO, G. M. Qual O Seu Diagnóstico?? Radiol Bras., v. 48, n. 1, p. 4?6, 2015. 7. MENEZES, C. C. et al. Invaginação intestinal no adulto secundária a um lipoma . Caso clínico. REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA |, p. 32?35, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: LIPOMA INTESTINAL; ABDOME AGUDO|OBSTRUÇÃO INTESTINAL; INVAGINAÇÃO INTESTINAL|INTESTINO DELGADO; CECO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1585

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CORRELACAO ENTRE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E TAXA DE APENDICECTOMIA NEGATIVA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CHRISTIAN SPINA (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA), ANA PAULA MARCONI IAMARINO (UNISA), NAYARA MARJA GIL (UNISA), ORLANDO CONTRUCCI FILHO (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: Introdução: O diagnóstico de apendicite aguda em pacientes com achados clínicos típicos pode ser realizado com base na clínica e nos exames laboratoriais, por meio do Escore de Alvarado (EA) e em geral, são encaminhados diretamente para a cirurgia, dispensando os métodos de imagem. Quando solicitados, a tomografia computadorizada é o exame de escolha. Objetivos: Correlacionar o exame de Tomografia Computadorizada com as taxas de apendicectomias negativas.. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, interseccional e retrospectivo de todos os casos de apendicite aguda internados no período de junho de 2014 até junho de 2015, no Hospital Geral do Grajaú ? SP. A análise estatística foi realizada utilizando-se o software Epi-Info 7. Resultados: Foram realizadas 379 cirurgias devido apendicite aguda, sendo excluídos 139 pacientes, referentes a população pediátrica operada. Ao total foram estudados 240 pacientes. A TC de abdome foi solicitada para 152 pacientes (63,33%). Deste número, 145 (95,39%) foram diagnosticados com AA. Em 11 pacientes (4,76%) o exame anatomopatológico evidenciou apendicite em fase edematosa, em 157 em fase flegmonosa (67,97%), 45 (19,48%) em fase gangrenosa e em 2 na fase necrosada (0,87%). O número de apendicectomias negativas foi de 16 pacientes (6,93%). Conclusão: O implemento da tomografia computadorizada no diagnóstico de apendicite aguda reduziu as taxas de apendicectomias negativas para abaixo daquelas consideradas normais na literatura.

PALAVRAS-CHAVES: APENDICECTOMIA|TOMOGRAFIA|DIAGNÓSTICO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1619

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Manejo de Pancreatite Necrotizante

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE (HRG), ALBITON DA SILVA BORGES (HRG), MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS (HRG), GABRIEL BROM ANDRADE (HRG), DIMITRI CARVALHO HOMAR (HRG), KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HRG), RODRIGO KOUZAK MAYER (HRG), VINICIUS ALVES FONSECA (HRG)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A Pancreatite Necrotizante compreende cerca de 10 a 15% dos casos de pancreatite aguda e se desenvolve a partir de um processo de necrose pancreática e peripancreática. Evoluindo para um processo de autólise e resultando em complicações locais e sistêmicas críticas que poderão conduzir disfunções ou falência múltipla de órgãos e ainda poderão atingir o desfecho desfavorável do óbito. Morfologicamente reconhecida por apresentar edema intersticial inflamatório combinado com necrose do tecido pancreático, em sua maioria multicêntrica e necrose gordurosa peripancreática. Sempre que possível, pode-se optar pela drenagem percutânea do foco necrótico, caso contrário opta-se pela sequestrectomia. **OBJETIVO:** O objetivo do presente trabalho é estudar as possíveis condutas a cerca de um quadro tão complexo e variado que é a pancreatite grave. **MÉTODO:** Estudo descritivo retrospectivo de caso clínico. **RELATO DO CASO:** Paciente V. A. T. , 40 anos, gênero masculino, etilista crônico, hemodinamicamente estável, atendido primariamente em outro serviço. Realizou TC de abdome com contraste que evidenciou múltiplas coleções intra-abdominais o que motivou a indicação cirúrgica. Foi realizado lavagem da cavidade, drenagem dos abscessos e peritoneostomia e programada reabordagem em 48 horas , onde foi realizada nova lavagem da cavidade, redrenagem e exérese de tecido necrótico. Evoluiu com quadro de sepse de foco abdominal. Foi transferido a UTI e necessitou de reabordagem com a inserção de mecanismo de lavagem contínua sob a técnica de utilizar dois drenos tubulares em loja retroperitoneal , nas proximidades do pâncreas, com exteriorização em flancos. **DISCUSSÃO** Devido a seriedade e da alta mortalidade desses casos, o tratamento cirúrgico a ser seguido objetivando-se evitar ou minimizar a presença de necrose infectada e/ou sepse. A principal indicação cirúrgica é o controle das complicações, sendo as complicações sépticas as mais graves e que necessitam de um momento oportuno para a sua abordagem. Não há técnica cirúrgica única padrão ouro a ser seguida: **CONCLUSÃO:** A utilização do mecanismo de lavagem contínua, configura em uma boa alternativa em casos de pancreatite grave com indícios de complicações e abdome congelado. A dificuldade em se obter uma boa loja cirúrgica em conjunto com a necessidade de se manter a loja pancreática livre de infecção e necrose é motivo de preocupação e debate exaustivo a cerca de metodologias adequadas para a abordagem do quadro.

PALAVRAS-CHAVES: pancreatite necrotizante | pancreatite | pancreatite grave

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1630

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso: Diagnostico Incidental de Pseudomixoma Peritoneal durante Colectomia Videolaparoscópica Eletiva

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NIMER RATIB MEDREI (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE -SES-DF), EDDI SOFIA DE LA S.T.S. MEJIAS MEDREI (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - SES-DF), SAMARA NASER (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - SES-DF), DANIELLA SILVA MENA (HOSPITAL REGIONAL DO GAMA)

RESUMO: IntroduçãoPseudomixoma é um tipo raro de cancer que afeta a cavidade peritoneal e sua origem pode da ruptura de um tumor mucinoso de apêndice ou do ovário e se caracteriza pela produção contínua de mucina pelas células neoplásicas e acúmulo desta na cavidade peritoneal.Relato do Caso Paciente 28 anos, gênero feminino, comerciária, sem comorbidades e apenas com queixa de hérnia umbilical, foi submetida a herniorrafia em maio de 2016 onde foi verificado no transoperatório conteúdo amorfo, gelatinoso, exteriorizado por orifício herniário. Em análise histopatológica e imunohistoquímica do conteúdo foi diagnosticado como RESTOS EMBRIONÁRIOS. Em avaliação complementar com ecografia de abdomen total foi evidenciada apenas colelitase com microcalculos SEM SINAIS DE ASCITE OU OUTRAS ALTERAÇÕES, sendo então indicada laparoscopia para colectomia. realizado em junho de 2016. Ao inventário observou-se grande quantidade secreção gelatinosa em toda cavidade peritoneal, apêndice cecal com tumoração em seu ápice, sugerindo pseudomixoma peritoneal secundário a tumor de apêndice. A avaliação histopatológica do apêndice apresentou NEOPLASIA MUCINOSA DE APÊNDICE DE BAIXO SEM COMPROMETIMENTO DAS MARGENS (PT3,NX,MX), e a avaliação citológica do líquido peritoneal constatou AUSÊNCIA DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS. Paciente foi enviada a equipe de cirurgia oncológica onde foi avaliada e indicada realização de cirurgia citorrredutora com peritonectomia e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.ConclusãoO pseudomixoma é uma doença rara e difícil diagnóstico clínico, laboratorial e histopatológico, antes de uma laparotomia ou laparoscopia por outros motivos. É diagnóstico diferencia em pacientes com ascite de origem indeterminada.

PALAVRAS-CHAVES: Pseudomixoma|TUMOR DE APENDICE|CITORREDUÇÃO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1633

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem cirúrgica de hérnia inguinal estrangulada

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE (HRG), RODRIGO KOUZAK MAYER (HRG), GABRIEL BROM ANDRADE (HRG), VINICIUS ALVES FONSECA (HRG), JENIFFER EVANGELISTA DE OLIVEIRA (HRG), ALBITON DA SILVA BORGES (HRG), MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS (HRG), KATHARINNE INACIO VAZ LAURIANO (HRG)

RESUMO: INTRODUÇÃO Conceitualmente, segundo FRANKLIN et al. hérnia é a protrusão de um órgão ou parte dele através de um orifício natural patológico ou constituído, podendo também ocorrer devido enfraquecimento de parede. Em um cenário onde 10 % das hérnias inguinais irão encarcerar devemos nos atentar que as mesmas poderão evoluir ao estrangulamento subitamente. Caso o encarceramento exceda 12 horas, em geral, necessitará de intervenção cirúrgica imediata devido aos riscos de lesão vascular do intestino, podendo levar à perfuração e à peritonite. Segundo TANAKA et al., a cirurgia realizada até 12 horas do início dos sintomas é um fator prognóstico muito importante em doentes com hérnias encarceradas. O diagnóstico e o tratamento precoce são, portanto, necessários em tais pacientes. RELATO DO CASO Paciente do gênero masculino, 62 anos, sabidamente portador de hérnia inguinal foi transferido para o HRG devido quadro súbito de encarceramento há mais de 8 horas. Apresentava-se agitado, referindo parada de eliminação de flatos e fezes, com intensa dor e um abaulamento inguinoescrotal com cerca de 17 cm de largura irreduzível com sinais de sofrimento vascular. Foi submetido à hernioplastia e laparotomia exploradora de urgência, onde foi evidenciado a presença de alças intestinais desvitalizadas (60cm de extensão) e isquemia de meso há 20cm da válvula ileocecal. Sendo necessário, após pesquisa cautelosa do limite viável/inviável, a enterectomia e anastomose primária. Segundo da correção da hérnia inguinal direita com técnica de Liechtenstein. A recuperação pós-operatória foi satisfatória, havendo apenas quadro diarreico autolimitado após reintrodução da alimentação. CONCLUSÃO objetivo do presente trabalho é estudar as possíveis condutas e medidas terapêuticas a cerca da hérnia encarcerada e estrangulada. Haja vista que se trata de condições

PALAVRAS-CHAVES: hernia inguinal estrangulada | abdome agudo | hernia inguinal encarcerada

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1672

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TORÇÃO TESTICULAR CRIPTORQUÍDEA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITE AGUDA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TULIO DOS SANTOS CARNEIRO (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), DAVID SUCUPIRA CRISTINO (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), CAMILA PACHECO E SOUZA DA SILVA (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), THIAGO D'ADDAZIO MACHADO (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), GUILHERME COSTA E SILVA (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), STEPHANIE GIULIANNE SILVA MORELLI (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI), MAURICIO ANDRADE AZEVEDO (CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI)

RESUMO: Introdução:A incidência de criptorquidia é de 2-5% dos recém-nascidos a termo, diminuindo essa incidência para 1% após 1 ano de vida. Os testículos intra-abdominais, representam 10% dos testículos não descidos, com a possibilidade de torção levando a intervenção cirúrgica de urgência. Relato de Caso:Paciente de 15 anos, sexo masculino, nascido a termo e portador de anomalias congênicas, com história de cirurgia para criptorquidia a direita na infância, evoluiu com quadro de abdome agudo inflamatório, sendo realizado investigação clínico/laboratorial/imagens com hipótese diagnóstica de apendicite aguda. No ato operatório foi evidenciado apêndice cecal sem alterações, porém com testículo direito intra abdominal necrótico com torção de cordão espermático. Conclusão:Dentre esses múltiplos diagnósticos diferenciais, a torção testicular intra-abdominal não é citada, ressaltando a importância e raridade do caso relatado.Descritores: Criptorquidia. Abdome agudo. Apendicite aguda. Torção de cordão espermático. 1- RODRIGUES FONTES, Carlos Edmundo et al. Abdome agudo por torção de testículo criptorquídico em adulto. [S.l.: s.n.], 2010. 3 p.2- MAA, John; KIRKWOOD, Kimberly S. O apêndice. In: TOWNSEND, CM et al. Tratado de Cirurgia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. cap. 49, p. 1252-1265.3- OLUMI, Aria F.; RICHIE, Jerome P. Cirurgia Urológica. In: TOWNSEND, CM et al. Tratado de Cirurgia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. cap. 77, p. 2109-2142.4- HAMPL, Daniel; KOIFMAN, Leandro; ALMEIDA, Ricardo de. Escroto agudo: diagnostico diferencial e tratamento. In: NARDI, Aguinaldo Cesar et al. Urologia Brasil. [S.l.: s.n.], 2013. cap. 38, p. 413-418.5- HAQUES, Noomen et al. Torsion testiculaire en intra-abdominale simulant une appendicite aigue.esticulaire en intra-abdominale simulant une appendicite aigue.Disponível em: >. Acesso em: 05 jan. 2017.

PALAVRAS-CHAVES: CRIPTORQUIDIA|ABDOME AGUDO|APENDICITE AGUDA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1691

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE FURNIE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONALDO RODRIGUES ZACARIAS (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), HAMILTON LUIZ XAVIER FUNES (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FERNANDA RIBEIRO FUNES (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), JONAS DIAS CAMPOS SEVERI (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FERNANDO BATIGALIA (2. FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (FAMERP)), CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), DANIEL AUGUSTO DE FERNANDES (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR), FABIANO DE ALMEIDA FERRARI (IELAR - HOSPITAL ESPIRITA NOSSO LAR)

RESUMO: A Síndrome de Fournier (SF), também denominada de Gangrena de Fournier, fascíte necrosante ou Síndrome de Mellené é causada por infecção polimicrobiana (anaeróbica e aeróbica) com tropismo por tecidos moles da região perineal. Possui etiologia idiopática ou associada principalmente a doenças sistêmicas, imunossupressão, trauma mecânico, procedimentos cirúrgicos e infecções urinárias ou perianais. Prevalece notavelmente no sexo masculino (10:1), com média de 50 anos de idade, e seu diagnóstico é clínico. O presente estudo tem por finalidade relatar caso de SF. Paciente do sexo feminino de meia idade, diabética, insulino-dependente descontrolada, com ardência perianal e presença de nódulo glúteo com sinais flogísticos indicativos de celulite, confirmada por ultrassonografia. Foram programados desbridamentos cirúrgicos locais seriados, com coleta de secreção para cultura (que indicou presença de *Streptococcus agalactiae*), antibioticoterapia de amplo espectro e evolução favorável. Apesar do tratamento, fascíte necrotizante associada à SF permanece com mortalidade entre 25% e 52%, o que justifica a identificação precoce de suas manifestações cutâneas, uma vez que a infecção se dissemina através dos planos fasciais.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Fournier | Fasciite necrosante | infecções bacterianas

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1732

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Diverticulite de Ceco Tratada por Videolaparoscopia: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULA JULIANA AMAZONAS DE ALENCAR (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES), MARCELO BORGONOVO DOS SANTOS (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES), MARCOS TULIO SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES), CAMILA BUSSOLO SCHMITT (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA), GUSTAVO LEMOS PELANDRE (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR HOMERO DE MIRANDA GOMES), TAYSSA FONTANA (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA), THAIS LINS SOARES LEITE (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO A diverticulite de ceco apresenta uma incidência que varia de 0,04 a 2,1% (Kurer MA 2007). Os casos geralmente acometem todo o cólon, sendo que no ocidente predominam no sigmóide e no descendente, e no oriente, no cólon direito (Law WL 2016). A doença predomina em homens de 30-38 anos (Hot S 2015). É raramente diagnosticada no pré-operatório por mimetizar outras doenças, sendo o diagnóstico diferencial mais comum a apendicite aguda (Kalkan S 2016). Exames complementares podem auxiliar nesta distinção mas, na maioria dos casos, o diagnóstico é feito no intra-operatório (Yilmaz O 2016).
RELATO DE CASO Feminino, 50 anos, admitida no Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes em outubro de 2016, com dor abdominal em fossa ilíaca direita (FID) de forte intensidade, com 2 dias de evolução, associado a picos febris, vômitos e inapetência. Ao exame, o abdome era doloroso à palpação na FID, com defesa abdominal, sem plastrão e sinais vitais estáveis. Relata Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica controladas. Os exames bioquímicos apresentavam apenas um discreto aumento de proteína C reativa, com 26,8 mg/L. Paciente foi submetida à ultrassonografia de abdome total que demonstrou hiperecogenicidade do tecido adiposo da FID sugerindo processo inflamatório local e apêndice cecal não visualizado. Por conseguinte, foi realizado uma tomografia computadorizada de abdome que evidenciou imagem sugestiva de divertículo localizado na parede medial do ceco, inferiormente à válvula ileocecal de 31x24 mm; sem alterações no apêndice cecal. Foi iniciado ceftriaxona e metronidazol, e, após 48h, a paciente evoluiu com piora clínica, sendo indicada a videolaparoscopia. Durante a cirurgia, identificada uma massa bloqueada por epíplon na parede medial do ceco, junto ao íleo terminal, além de aderências envoltas sobre o apêndice. Realizou-se a liberação das aderências e ressecção da parede medial do ceco, englobando a massa com endogrampeador e posterior realização da apendicectomia de oportunidade. Retirada da peça da cavidade em ?punho de luva? através da ampliação do portal suprapúbico. O anatomopatológico identificou e confirmou diverticulite de ceco com formação de microabscessos na serosa e apendicite aguda incipiente. Evolução favorável e alta hospitalar no 3º dia pós-operatório. CONCLUSÃO Não havendo consenso do melhor método de tratamento para a diverticulite de ceco, a decisão terapêutica deve ser individualizada (Kurer MA 2007).

PALAVRAS-CHAVES: Diverticulite | Ceco | Apendicite Aguda

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1735

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfuração de cólon após ingestão corpo estranho: relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FÁBIO CALANDRINI RODRIGUES (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), NIMER RATIB MEDREI (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), ANDRÉ ARAUJO DE MEDEIROS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), WALTER HENRIQUE COSTA RIOS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), SIMONE FERREIRA BONATTO DAHM (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), SAMARA NASER (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE)

RESUMO: Introdução: Ingestão de corpo estranho é um evento relativamente comum, que pode evoluir com diversas complicações, sendo a perfuração a mais comum. A deglutição normalmente é acidental, e está relacionada a corpos estranhos presentes na dieta, como espinha de peixe. Cerca de 80 a 90% dos corpos estranhos ingeridos passam pelo trato alimentar sem complicações, e apenas 1% evolui para perfuração. Os casos de perfuração por corpo estranho ingerido, normalmente se apresentam clinicamente como quadros de abdome agudo inflamatório, podendo mimetizar condições como apendicite, ou diverticulite. Em grande parte dos casos, a deglutição do corpo estranho se dá de forma inconsciente, fazendo com que o diagnóstico ocorra de forma mais tardia. Relato de caso: Paciente feminina, 65 anos, com queixa de dor abdominal em flanco esquerdo e fossa ilíaca direita, contínua, moderada, sem irradiação, com 30 dias de evolução. Referia febre, negava vômitos e disúria, alterações do hábito intestinal ou hematoquezia. Apresentava eliminação de flatos. Relatou ainda, perda ponderal de 8kg no período. Negava comorbidades. A TC de abdome mostrou a imagem de um corpo estranho pontiagudo, possivelmente uma espinha de peixe. Foi iniciada Hidratação Venosa, antibioticoterapia e realização de laparotomia exploradora. Evidenciado processo inflamatório importante em parede abdominal, identificado plastrão de omento de colon transverso aderido à parede abdominal em fossa ilíaca esquerda. Foi realizada a soltura de aderência entre plastrão e parede abdominal com saída de pus amarelado espesso, em moderada quantidade e saída de espinha de peixe de 3cm. Posteriormente foi ressecado parcialmente o omento maior que constituía o plastrão. Não foi identificada nenhuma abertura em colon transverso nem sigmóide. Seguiu-se com lavagem da cavidade colocação de dreno. Evolução pós operatória: foi liberada dieta no 1o DPO. No 3o DPO foi retirado dreno. Paciente recebe alta hospitalar com prescrição de Cipro + Metronidazol por 5 dias adicionais. Conclusão: O diagnóstico de perfuração de cólon por ingestão de corpo estranho pode ser desafiador, uma vez que os pacientes frequentemente não se recordam da ingestão, além de ser um evento mais comum em extremos de idade, etilistas e pacientes psiquiátricos. A TC é o exame de imagem de escolha nos casos de ICE. As perfurações de parede intestinal por espinha de peixe são raras, sendo a cirurgia aberta o tratamento mais indicado.

PALAVRAS-CHAVES: Corpo estranho | perfuração de colon | abdome agudo

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1801

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO - HÉRNIA DE HIATO DE WINSLOW

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ADRIANA DE SOUSA ROS (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), LUIZA HELENA CRISPIM DA SILVA (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), JESSI ELEN SOUZA MALDONADO (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), MAURICIO CORRÊA (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), PATRÍCIA DA COSTA CÂMARA (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), AMANDA BLANSKI DE CASTRO (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), VITOR HOLMO FIGUEIRA (FURB - UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Forame de Winslow é uma comunicação virtual entre a cavidade peritoneal maior e a menor. As hérnias de hiato de Winslow representam cerca de 8% de todas as hérnias internas e são frequentemente associadas com obstrução. São mais prevalentes no sexo masculino e comumente acontecem entre 20 e 60 anos de idade. A hérnia geralmente começa da direita para a esquerda e pode progredir, compreende principalmente o intestino delgado (60-70%), seguido do ceco, íleo terminal e o cólon ascendente (25-30%). Existem quatro tipos descritas: Tipo I, hérnia isolada de intestino delgado (50-70%); Tipo II, inclui íleo distal, ceco e cólon ascendente (25-30%); Tipo III, incluindo o cólon transversal (7%); e tipo IV, incluindo a vesícula biliar, omento e Meckel ou apenas o último (1%). As causas reais desse tipo de hérnia ainda são desconhecidas, porém, alguns fatores predispõem a apresentação como: frouxidão do cólon da parede abdominal posterior, lobo direito do fígado alargado, defeitos dos ligamentos gastrohepáticos, atrofia do omento e procedimentos cirúrgicos como: funduplicatura de Niessen, transplante de fígado, bypass gástrico e colecistectomia. CASO CLÍNICO: Paciente Feminina, 77a, com quadro clínico de dor em hipocôndrio direito e flanco direito por alguns meses. Apresentou parada da eliminação de fezes e gases associada a piora da dor por 2 dias e procurou o serviço de emergência. A tomografia mostrava-se com distensão de cólon a direita, com suspeita de um volvo de ceco pela rotação do mesocólon. Foi realizada uma laparotomia exploratória e encontrado alças do cólon direito distendidas e isquêmicas. As porções do íleo terminal, ceco, cólon ascendente e início do transversal passavam pelo forame de Winslow (tipo II). Não havia possibilidade de reduzir a herniação pelo risco de ruptura das alças, então sucedeu-se com colectomia parcial a direita, com ressecção de 10 cm do íleo distal e ileotransversoanastomose primária com grampeador. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. CONCLUSÃO: As Hérnias do forame de Winslow são raras, com quadro clínico com características inespecíficas. Os sintomas variam de acordo com o conteúdo herniado e o estágio de evolução. O diagnóstico pré-operatório é de difícil identificação, porém a suspeição desse diagnóstico diferencial deve ser lembrada, uma vez que se identificado precocemente e o tratamento adequado for imediato pode-se prevenir a ocorrência de complicações que possam colocar em risco a sobrevivência do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Winslow | Hérnia | Forame de Winslow

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1814

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil das apendicectomias realizadas em um hospital de médio porte no interior do Tocantins

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCO AURÉLIO LEÃO BELTRAMI (FAPAC), CARLOS AUGUSTO BUCAR NETO (FAPAC), NATHALIE ADAMOGLU DE MENDONÇA (FAPAC), EMANUELLA CHAVES DE MOURA (FAPAC), VIVIANE TIEMI KENMOTI (FAPAC), NATALIA BELTRAMI (FAPAC), TULLIO CESAR DE OLIVEIRA JUNIOR (FAPAC)

RESUMO: Objetivo: Sendo a apendicite a causa mais comum de abdome agudo inflamatório, o objetivo deste trabalho é analisar o perfil das apendicectomias realizadas durante o ano de 2015 em um hospital de médio porte na cidade de Porto Nacional - TO. Métodos: Foi realizado um levantamento das apendicectomias registradas em caderno do bloco cirúrgico no ano de 2015. Em seguida, buscou-se nos prontuários os dados avaliados. Todas as etapas do trabalho obedeceram aos preceitos éticos. Resultados: Foram catalogadas 70 apendicectomias, porém somente 51 prontuários foram encontrados para análise, obrigando a exclusão de 19 pacientes. De todos os procedimentos realizados, 2% exigiram a realização de colectomia. A maioria dos pacientes eram do sexo masculino (60,7%). A média de idade da amostra foi de 29,4 anos, variando de 5 a 67 anos. O tempo de duração dos sintomas foi menor que 1 dia em 9,8% dos pacientes, 1-3 dias em 76,5%, maior que 3 dias em 9,8% e em 3,9% não constava a informação. Segundo os achados intraoperatórios, a apendicite foi classificada como grau I em 29% pacientes, II em 24%, III em 29% e IV em 18%. Em relação ao número de complicações, 23,5% dos pacientes apresentaram seroma, 3,8% infecção de ferida operatória e 1,9% abscesso intracavitário/peritonite, sendo mais frequente naqueles classificados como grau III e IV (84%). Cinquenta e um por cento das cirurgias foram realizadas através de incisão McBurney, 33,3% por incisão de Davis, 11,7% por laparotomia mediana e 1,9% por incisão pararretal direita. Sessenta e quatro por cento dos pacientes recebeu alta hospitalar em menos de 5 dias, 29,4% entre 5 e 10 dias e 5,8% após 10 dias de internação. Conclusão: As apendicites foram mais comuns no sexo masculino, com pico de incidência entre a 2ª e 3ª década de vida. Na maioria dos pacientes o tempo de duração dos sintomas não ultrapassou 3 dias, o que pode estar relacionado a uma maior frequência de apendicites classificadas como grau I e II. A maioria dos pacientes com complicações pós-operatórias foram classificados como grau III e IV, mostrando que quanto mais tarde se realiza o diagnóstico e tratamento, maior a chance de complicações. A abordagem cirúrgica da grande maioria dos casos foi realizada através da incisão de McBurney, a mais utilizada em todos os serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Abdome Agudo | Apendicite | Apendicectomia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1829

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise retrospectiva das colectomias direita na urgência

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR FERNANDO XEDIEK CONSANI (CENTRO CIRURGIA DA HÉRNIA E UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), MARILIA COLTURATO CLETO (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS), YASMINE HENRIQUES DE FIGUEIREDO REBECCHI (UNIDADE REGIONAL DE EMERGENCIA - CHS)

RESUMO: A colectomia direita(CD) na urgência é um procedimento relativamente comum em nosso meio, tendo como principal causa na literatura a obstrução .O objetivo deste estudo é avaliar as causas e os resultados das CD em nosso serviço.Métodos: Foram analisados retrospectivamente os prontuários dos pacientes atendidos na Unidade Regional de Emergência do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (URE-CHS) no período de janeiro de 2015- dezembro 2016. A CD é definida com a ressecção da região anatômica compreendida entre o ileo terminal e o colon ascendente , a CD de urgência em nosso serviço foi definida como critério de inclusão neste estudo como a ressecção sem preparo do colon.Foram avaliados o tempo de obstrucao , causa, cirurgia realizada e complicacoes pos operatoriasResultados: Um total of 52 pacientes, média de idade 63 anos (variando, 19-90 anos), foram submetidos a CD de urgencia no periodo estudado. Neoplasia foi a mais frequente seguido de apendicite complicada e doenca diverticular em 46.4% 29,1 % e16,7%, respectivamente.Obstrução intestinal obstruction (44.4%) e perfuração (23.6%) foram as 2 principais indicações. Cinco obitos sendo 3 por complicacoes relacionadas a cirurgia , 1 por infarto e outro por pneumonia. Foram 4 deiscencias de anastomose sendo que todas foram tratadas cirurgicamente.Concluão: A CD de urgência é um procediemento comum em nosso service apresentando distribuicao semelhante a apresentada na literatura,devido suas caracteristicas apresenta morbidade e mortalidde elevadas, o conhecimento das causas , caracteristicas da doenca associado a protocolo devem melhorar os resultados

PALAVRAS-CHAVES: colectomia|urgencia |obstrução

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1898

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INCIDÊNCIA DAS COLECISTECTOMIAS REALIZADAS EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA DO TOCANTINS: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 859 CASOS.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUÍSA COELHO MILHOMEM (UFT), LETICIA DO VALE REIS (UFT), BÁRBARA CHAVES LOPES MACHADO (UFT), RENATA MOREIRA MARQUES PASSOS (UFT), FERNANDA RESENDE MARTINS (UFT), LAYSSA MARINHO DE AGUIAR (UFT), PEDRO MANUEL GONZALEZ CUELLAR (UFT)

RESUMO: OBJETIVOAs colecistectomias representaram uma alta incidência no nosso serviço, 12,47% do total de cirurgias realizadas pelo serviço de cirurgia geral no período analisado, ficando atrás apenas dos desbridamentos de úlceras (43,08%) e das laparotomias (14,05%) e à frente das apendicectomias (9,13%) e herniorrafias (5,72%). Assim, diante da elevada prevalência deste procedimento, o trabalho objetiva descrever o perfil epidemiológico das colecistectomias realizadas no hospital de referência da macrorregião de Palmas-TO.MÉTODOSFoi realizado um estudo observacional retrospectivo no Hospital Geral Público de Palmas, incluindo todos os pacientes submetidos a cirurgias ou procedimentos realizados no centro cirúrgico no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016. A coleta de dados foi realizada pelos autores mediante análise dos livros de registros de cirurgias do HGPP. Os dados avaliados foram sexo, idade e o caráter de realização da cirurgia, se urgência ou eletiva. Foram considerados jovens os pacientes com até 19 anos, adultos: entre 20 e 59 anos e idosos: 60 anos ou mais. A coleta de dados consistiu em análise de arquivos, sem qualquer contato com os pacientes, sendo assim dispensado o termo de consentimento livre e esclarecido.RESULTADOSAs colecistectomias foram mais prevalentes nos adultos, faixa de idade entre 20 e 59 anos, representando 75,3% dos casos, sendo menos comum em jovens (4,42%) e idosos (20,28%). Houve prevalência no sexo feminino (66,59%), 66,24% das cirurgias foram realizadas em caráter de urgência e 33,73 % foram eletivas.CONCLUSÃOAs colecistectomias foram mais prevalentes nos adultos, sexo feminino e a maior parte das cirurgias realizada no nosso serviço são em caráter de urgência..

PALAVRAS-CHAVES: COLECISTECTOMIA|CIRURGIA GERAL|URGÊNCIA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1915

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hemicolecomia direita por videolaparoscopia em abdome agudo obstrutivo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE ARAUJO DE SOUZA (HOSPITAL ANA COSTA), MIRELLA DE FATIMA FUKUDA (HOSPITAL ANA COSTA), JANAYNA THAINÁ RABELATO (HOSPITAL ANA COSTA), ROBERTO MONTORO NETO (HOSPITAL ANA COSTA), MARCELA QUEIROZ (HOSPITAL ANA COSTA)

RESUMO: Introdução: Aproximadamente 15% -30% dos cânceres colorretais apresentam-se como abdome agudo, em sua maioria obstrutivo (78%) ou perfurativo (10%). Sendo cirúrgica minimamente o invasiva na bstrução ainda pouco estudada. Relato de caso: Paciente, feminina, 53 anos com quadro de dor abdominal em colica, constipação, emagrecimento. Colonoscopia com lesão tumoral de cólon transverso. Evolui com quadro de dor abdominal, distensão e parada de evacuação há 2 dias. Discussão: Há várias opções cirúrgicas estão disponíveis. A escolha entre as intervenções baseia-se na condição clínica do paciente, nos achados intraoperatórios e na experiência e habilidades técnicas do cirurgião. Procedimentos associados alta morbimortalidade. A videolaparoscopia aparece como uma boa alternativa em casos selecionados. Conclusão: A colectomia por videolaparoscopia em vigência de obstrução é viável mas pode aumentar o risco cirúrgico e o número de complicações intraoperatorias devendo ter cautela na sua indicação.

PALAVRAS-CHAVES: abdome agudo | videolaparoscopia | colectomia direita

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1937

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CESARIANA PERIMORTEM

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISABELA RIBEIRO BIGLIASSI (FACERES), ANA FLÁVIA PEREIRA MARTINS SILVA (FACERES), BRUNA MARIA AREDE PACHECO (FACERES), GIOVANNA GIULIA MILAN PELLICCIOTTA (FACERES), BÁRBARA MARIA TARRAF MOREIRA (FACERES), PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO (FACERES), CARLOS DARIO DA SILVA COSTA (FACERES), RAPHAEL RAPHE (FACERES)

RESUMO: OBJETIVO: Revisar aspectos da cesariana perimortem (CPM) e discutir sua indicação, estimulando uma prática mais consistente da mesma. MÉTODO: Revisão sistemática a partir de um levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e PubMed. RESULTADOS: Foram selecionados nove artigos. Todos eles indicam a CPM apenas se a gestação for superior a 20 semanas e se não houver retorno da circulação espontânea materna após quatro minutos de ressuscitação cárdio-pulmonar (RCP). Três artigos indicam a intervenção multidisciplinar como a ideal para o tratamento do feto e da gestante. Dois estudos relatam não haver necessidade de transferência para centro cirúrgico (CC) ou de indução anestésica para proceder a CPM. Dois artigos propõem incisão mediana opondo-se a outro que conclui a incisão mais adequada ser aquela na qual o médico é mais hábil. Avaliando-se o tempo entre o início da cirurgia e o nascimento do bebê, cinco artigos indicam que seja até de um minuto. Entretanto, em um dos estudos esse tempo foi, em média, 16 minutos. Outro, revela que 90% dos partos durante a CPM demoram mais de um minuto. Isso é corroborado por outros dois indicando que 29% e 17% das equipes realizam o nascimento em 5 minutos. Referente ao acompanhamento do neonato, dois artigos indicam a necessidade da presença de equipe neonatal para conceptos maiores de 22 semanas. Um artigo aconselha indução de hipotermia entre 33,5°C e 34,5°C em neonatos maiores que 36 semanas com encefalopatia hipóxico-isquêmica moderada ou grave. CONCLUSÃO: As indicações da CPM são idade gestacional superior a 20 semanas e ausência de retorno da circulação espontânea da mãe por 4 minutos após o início da RCP. Recomenda-se que a CPM seja realizada em 1 minuto pois sabe-se que quanto menor o tempo do procedimento, maior a taxa de sobrevivência neonatal sem sequelas neurológicas. Essa meta é muito difícil de ser alcançada, no entanto. A CPM deve ser executada pelo médico mais experiente na sala de emergência, sem anestesia, através de incisão na qual o médico está mais habituado. Por fim, a abordagem deve ser multidisciplinar. Caso obtenha-se sucesso na ressuscitação, a paciente deve seguir para um centro de tratamento intensivo e o neonato, idealmente, deve ser assistido por uma equipe especializada.

PALAVRAS-CHAVES: CESARIANA|PERIMORTEM|INDICAÇÕES

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1950

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia de Amyand: Um achado no serviço de Cirurgia da região Amazônica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA (INSTITUTO VIGOR), MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM (HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CACOAL), JOSÉ EDSON PUERARI BENEVIDES (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL), VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO (MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), JOÃO ANTONIO VERONESE LEME (MEDICINA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), DAIANA LOPES (HOSPITAL AMARAL CARVALHO), THIAGO PATTA DA SILVA (INSTITUTO VIGOR)

RESUMO: INTRODUÇÃO Hérnia de Amyand (H.A) caracteriza-se pela presença de apendicite aguda no interior do saco herniário inguinal e em situações que o apêndice cecal encontra-se normal. Esta condição é incomum, apresentando uma incidência aproximada de 0,13%, com manifestação clínica variável, dependente da extensão do processo infeccioso apendicular e da presença ou não de contaminação peritoneal. A H.A pode afetar qualquer faixa etária sendo mais comum no homem. O sintoma mais importante desta doença é a típica dor em cólica ou ardor em região epigástrica ou peri-umbilical, podendo irradiar para o quadrante inferior direito, combinada com uma protrusão mole irreduzível na região inguinal ou inguino-escrotal. Na maioria das vezes a impressão clínica é a de uma hérnia encarcerada. Infrequente existem características de obstrução do intestino delgado, incluindo distensão abdominal, vômitos e/ou sinais de peritonite. RELATO DE CASO Paciente LSS, 17 anos, sexo masculino, procedente de Pimenta Bueno ? RO, foi encaminhado ao serviço de urgência de Cacoal com hipótese diagnóstica de hérnia inguinal. Com queixa de dor abdominal e abaulamento na região inguinal a direita. Foi realizado o pré-operatório para uma Inguinotomia à direita, com exploração do cordão com identificação de herniação indireta. Durante a exploração do saco herniário, foi identificada a presença de apêndice cecal sem sinais de infecção ou complicações. Houve remoção do apêndice e ligadura da base do saco herniário com visão direta, reforço em parede posterior, acomodação de tela de marlex e revisão hemostática. CONCLUSÃO H.A imita uma hérnia inguinal podendo ser tratada como uma emergência cirúrgica. Por motivos de ser assemelhar com outros tipos de hérnias e ser um achado raro, é pouco provável que sejam diagnosticadas no pré-operatório quando não se tem a Tomografia Computadorizada como exame de uso frequente para esta condição. A conduta a tomar no caso de um apêndice não inflamado é discutível. A prática usual inclui a redução do apêndice, sutura alta do saco herniário e colocação de prótese. Em teoria, a apendicectomia aumenta as hipóteses de infecção da ferida e da prótese, e também de recorrência da hérnia. Este argumento é baseado no princípio que a excisão de um órgão com fezes contaminadas numa ferida limpa viola os princípios assépticos da cirurgia. No entanto, a apendicectomia incidental diminui a morbidade e o risco futuro de apendicectomia de emergência que seria evitável.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia de Amyand | Hérnia inguinal | apêndice

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2004

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR ENTERITE ACTÍNICA EM PACIENTE DE 34 ANOS COM CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA CARREIRO CARVALHO (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC/FAHESA), FELIPE GUIMARAES DELGADO (ITPAC/FAHESA), CAMILA FERNANDA BRINA (ITPAC/FAHESA), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), EDILSON JORGE BORBA SOUSA JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC/FAHESA), JESSIKA RODRIGUES TAUHATA (ITPAC/FAHESA)

RESUMO: Introdução: O abdome agudo obstrutivo é uma das afecções mais importantes na prática médica. Caracteriza-se pelo impedimento de progressão do bolo fecal, seja por causa mecânica ou neurogênica, tendo em 75% as bridas como etiologia. Dentre as causas dessas, encontra-se a enterite actínica em paciente com história de radioterapia prévia em região abdominal. Este relato apresenta um paciente com câncer de endométrio tratado por radioterapia evoluindo com abdome agudo obstrutivo por brida. Relato: Paciente, feminino, 34 anos, deu entrada ao PS com dor abdominal em cólica, difusa, de início há +- 30 dias com piora nas últimas 24 horas. Relatava parada de eliminação de fezes há 06 dias, com persistência de eliminação de flatos. Paciente com histórico de neoplasia de endométrio há +/-1 ano e meio, feito quimioterapia e radioterapia, atualmente em acompanhamento ambulatorial. Ao exame apresentava-se REG, LOTE, eupneica, acianótica, anictérica, afebril, hidratada, hipocorada (2+/4+). AP: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. ACV :RCR 2T, bulhas normofonética, sem sopros. ABD: Distendido, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso a palpação superficial e profunda difusamente. Realizado RRAA, evidenciando abdome agudo obstrutivo. A conduta terapêutica utilizada foi a laparotomia exploratória. Descrição cirúrgica: Paciente em DDH sob efeito de anestesia geral, realizado assepsia e antisepsia, colocação de campos estéreis, incisão mediana supra e infraumbilical, evidência de aderência em intestino delgado e presença de abscesso localizado em FIE e necrose de delgado e ceco. Tática cirúrgica: realizado lise de aderência, drenagem de abscesso em FIE, enterectomia segmentar de 80 cm há 2 metros do Ângulo de Treitz com fechamento do coto distal do íleo. Realizado revisão de anastomose e lavagem cavitária com 5000ml de solução fisiológica. Contagem de compressas. Realizado drenagem cavitária com dreno de penrose. Fechamento de cavidade por planos e curativo local. Conclusão: O presente relato aborda um caso típico de enterite actínica pós radioterapia, reafirmando a importância da coleta de dados da história clínica mesmo no atendimento de urgência para uma melhor abordagem e condução desses pacientes e reforça a necessidade de mais estudos na área da radioterapia oncológica para possível redução da morbimortalidade decorrente de complicações desse tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: ABDOME AGUDO|LAPAROTOMIA|RADIOTERAPIA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2074

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA A HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA À DIREITA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PETRILLE ANDRÉ CAVALCANTE DE BARROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), FILIPE DE PAULA MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JESSICA CAROLINE FREIRE CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RAFAEL CALVAO BARBUTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Introdução: Hérnia diafragmática traumática, morbidade em que estruturas situadas primariamente na cavidade abdominal atravessam o diafragma através de uma abertura causada por trauma e passam a localizar-se na cavidade torácica, é condição incomum, acometendo em 70% dos casos o lado esquerdo, tendo em vista que o fígado apresenta-se como fator protetor para herniação de estruturas abdominais à direita. Relato de caso: A.F.N, 82 anos, tetraplégica por lesão raquimedular em trauma prévio, encaminhada ao Pronto Atendimento de nosso serviço, referenciada de UPA local, com quadro de sepse de foco provavelmente misto, secundária a pneumonia aspirativa e obstrução intestinal. Apresentava-se instável hemodinamicamente, em ventilação mecânica, com relato de secreção fecalóide visualizada à intubação, confirmada após passagem de sonda nasogástrica. À admissão, solicitada avaliação da equipe de Cirurgia Geral, após suspeição de quadro obstrutivo. Identificou-se paciente com distensão abdominal, ruídos hidroaéreos extremamente reduzidos, abdome hipertimpânico, sem relato de eliminação de fezes por 72 horas, segundo relato de familiares. Radiografia de tórax e abdome evidenciaram dilatação colônica difusa e de delgado e consolidação em base pulmonar direita. Optado por Tomografia Computadorizada de tórax e abdome, que identificou distensão difusa de alças, ponto de obstrução no interior de hérnia diafragmática à direita, com alças colônicas herniadas junto com porção de omento e sinais de pneumoperitônio/pneumatose intestinal no interior do saco herniário. Após otimização clínica, paciente foi submetida à laparotomia exploradora com redução do conteúdo herniário, no qual a alça intestinal do ângulo hepático apresentava viável, sem sinais de sofrimento. Porém, observou-se dois pontos de perfuração, com realização de rafia primária, seguida de fechamento do defeito em diafragma direito. No pós-operatório, paciente manteve instabilidade hemodinâmica, dependendo de drogas vasoativas por longo período. Após desmame progressivo, progrediu com melhora clínica, no entanto teve piora neurológica importante, evoluindo com óbito secundário a acidente vascular encefálico isquêmico bilateral de grande monta. Conclusão: Trata-se de caso com apresentação e evolução atípica, já que as hérnias diafragmáticas à direita, adquiridas ou não, raramente manifestam-se clinicamente, pois na maior parte dos casos o fígado funciona como mecanismo de tamponamento do defeito herniário.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA DIAFRAGMATICA|OBSTRUÇÃO INTESTINAL|URGÊNCIA NÃO-TRAUMÁTICA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2088

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Papel do PCR no prognóstico Apencite aguda cecal (estudo retrospectivo 2016)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO MONTORO NETO (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS), MIRELLA DE FATIMA FUKUDA (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS), FELIPE ARAUJO DE SOUZA (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS), MARCELA QUEIROZ (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS), VICTOR MANUEL SIMOES DOS SANTOS JUNIOR (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS), GABRIELA LORENCINI (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS), ANEL JUAREZ CABALLERO (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS)

RESUMO: A Proteína C Reativa (PCR) e uma marcador de resposta inflamatória que comumente esta relacionado entre os exames laboratoriais pré operatórios de pacientes com suspeita de abdome agudo inflamatório e que vem ganhando espaço como fator de especificidade no diagnostico da apendicite aguda. O objetivo do presente estudo e apresentar uma ampla e atualizada revisão da literatura sobre o uso da Proteína C Reativa como marcador prognostico da apendicite cecal aguda. Objetivo: Obter um valor de corte do pcr em pacientes com diagnostico de apencite cecal aguda em relacao á complexidade e dia de internação hospitalar obtida Método: Um estudo retrospectivo dos casos abordados cirurgicamente no paciente com diagnóstico clínico de abdome agudo inflamatório no ano de 2016 no serviço de Cirurgia Geral do Hospital Ana Costa de Santos, com o objetivo de estimar uma nota de corte para o número absoluto do PCR concomitante ao prognóstico da moléstia em foco. Foram revisados 90 prontuários, levando em conta, sexo, idade, classificação em grau, tipo de abordagem (convencional x videolaparoscópica), PCR inicial, leucograma inicial, anatomia patológica, antibioticoterapia, necessidade de internação em unidade intensiva, complicações, reabordagem, dias de internação total. Resultado: 49 casos do sexo masculino e 41 casos do sexo feminino Grau 1 - 10 casos; grau 2 - 51 casos; grau 3 - 17 casos; grau 4 - 12 casos Procedimento via aberta: 54 casos ; Via laparoscopica 36 casos sendo 14 com grampeador e 22 por ponto PCR entre 0-150 - 38 casos sendo que a sua maioria (55,23%) grau 2; grau 4 (5,26%) com Média de dias de internacao hospitalar de 3,42 PCR maior ou igual á 151 - 8 casos sendo que a sua maioria (50%) grau 2; grau 4 (37,5%) com Médica de dias de internacao hospitalar de 14,16 Conclusao: Valores entre 0-150 e acima de 150 mostrou um aumento de 5 dias de internacao hospitalar com suas complices no pos operatorio Procedimentos por via aberta com média de dias de internacao hospitalar de 6,65 Procedimentos por via laparoscopica com média de dias de internacao hospitalar de 4,58 Bibliografia: Diagnostic Value of C-reactive Protein in Complicated Appendicitis Kozar RA, Roslyn JJ. The Appendix. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fischer JE, Galloway AC, editors. Principles of surgery. 7th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1999. p. 1383-94. 2. Pieper R, Kager L, Nasman P. Acute appendicitis: a clinical study of 1018 cases of emergency appendectomy. Acta Chir Scand 1982; 148:51-62

PALAVRAS-CHAVES: Apencite Aguda | Abdome Agudo Inflamatorio | PCR

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2095

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: APENDICITE CRÔNICA ENVOLVIDA POR PERITONITE ENCAPSULIZANTE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCO FELIPE FRANCO ROSA (HOSPITAL HELIÓPOLIS), FÁBIO ISRAEL LIMA CASTELO BRANCO MARQUES (HOSPITAL HELIÓPOLIS), SAULO BORBOREMA TELES (HOSPITAL HELIÓPOLIS), JÉSSICA MIQUELITTO GASPARONI (HOSPITAL HELIÓPOLIS), MARCELLA VALENTE AMORIM PIRES DE MOURA (HOSPITAL HELIÓPOLIS), CAMILA TRIGO RUIZ (HOSPITAL HELIÓPOLIS), ALLISON TAKEO TSUGE (HOSPITAL HELIÓPOLIS)

RESUMO: Introdução: A apendicite aguda é doença frequente, especialmente em homens jovens, e o tratamento cirúrgico é o padrão ouro. O diagnóstico é clínico, encontrando-se dor epigástrica e periumbilical, náuseas e/ou vômitos, dor e peritonismo em fossa ilíaca direita (FID). A apendicite crônica ainda é tema de grande discussão. Aparentemente é distinta da apendicite aguda, com diferentes mecanismos patológicos, como a mucocele e o divertículo apendicular. Acredita-se que haja obstrução intermitente ou parcial de seu lúmen; a distensão intraluminal se torna máxima, e força a saída da secreção mucosa do apêndice para o ceco, aliviando sintomas. O diagnóstico baseia-se na dor crônica (mais de um mês) em FID, no achado cirúrgico e histológico de inflamação crônica com ou sem fibrose, e no alívio dos sintomas após apendicectomia. A peritonite esclerosante encapsulante (PEE) é uma rara e curiosa entidade, de etiologia desconhecida. Consiste no envelopamento total ou parcial do intestino delgado por uma membrana espessa de tecido conjuntivo fibroso tal como um casulo, podendo envolver outros órgãos (cólon, fígado e estômago), e geral associadas a peritonites recorrentes. A clínica é inespecífica, com dor abdominal frustra e perda de peso, além de episódios recorrentes de obstruções intestinais agudas ou subagudas. Relato de caso: Paciente masculino, 58 anos, ingressou ao PS de cirurgia geral do Hospital Heliópolis com dor abdominal difusa (6 meses), vômitos e perda de 40kg. Cirrose hepática alcoólica Child B, sem cirurgias prévias. Estado geral ruim, caquético, abdome com ruídos propulsivos, tenso e dor à palpação difusa, predomínio em epigástrio. Toque retal sem alterações. Leucocitose=13300/mm³ sem desvio, PCR=8,4mg/L, INR=2,2 e albumina=2,2g/dL. RX abdominal, distensão de alças de delgado. TC de abdome e pelve com distensão e edema de paredes de delgado, envolvidos por uma cápsula?. Submetido à laparotomia exploradora, achado peritônio parietal fibrótico, que encapsulizava delgado, cólon, abscessos e intenso bloqueio. Muitas aderências entre delgado, cólon e epíplon necrosado. Havia apenas o coto apendicular no bloqueio. Desfeito a cápsula, procedeu-se à epiplectomia e à apendicectomia. Enviado à UTI para pós operatório, em ventilação mecânica e uso de noradrenalina. Infelizmente faleceu no 5º dia de pós operatório. Conclusão: Este relato demonstra um caso raro de PEE associada a apendicite crônica, apesar de ampla discussão ainda existente acerca deste último tema.

PALAVRAS-CHAVES: APENDICITE | PERITONITE | ENCAPSULIZANTE

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2097

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trombose Venosa Mesentérica fatal em usuária de contraceptivo oral

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARTHUR VIOLANTE SAPIA (UNIFESP), CARLOS ALBERTO CASTRO TEIXEIRA JÚNIOR (UNIFESP), DIEGO ADAO FANTI SILVA (UNIFESP), LUIS CARLOS UTA NAKANO (UNIFESP), HENRIQUE MANOEL LEDERMAN (UNIFESP), DAVID CARLOS SHINGUEOKA (UNIFESP), MILTON SCALABRINI (UNIFESP), RAMIRO COLLEONI NETO (UNIFESP)

RESUMO: Introdução:A trombose venosa mesentérica (TVM) responde por uma em cada 1000 laparotomias de emergência por abdome agudo, com a expressiva taxa de mortalidade de 20%. Dentre os fatores de risco, destacam-se a cirrose hepática com hipertensão portal, os estados trombofílicos, uso de contraceptivos orais, neoplasias e processos inflamatórios.O diagnóstico é difícil devido ao quadro inespecífico e exame físico duvidoso, portanto é importante a identificação dos fatores de risco. O método recomendado para a identificação da TMV é a tomografia computadorizada contrastada.A maioria dos pacientes apresenta boa evolução com anticoagulação, podendo ser complementada com trombólise em casos selecionados. A indicação de cirurgia está restrita aos casos graves de isquemia e complicações. Relato do caso:Mulher, 40 anos, hipertensa e obesa (grau I), procurou o serviço de emergência queixando-se de dor abdominal em epigástrio e hipocôndrio esquerdo, de início súbito, forte intensidade, associada a fezes com sangue, náuseas e vômitos. Relatou que fizera uso pela primeira vez de altas doses de contraceptivos orais no último mês. Ao exame físico, o abdome se apresentava globoso e flácido, sem sinais de peritonite.Admitida com quadro sistêmico grave, apresentou piora clínica e desconforto respiratório com necessidade de intubação. A tomografia evidenciou extensa TVM aguda e acometimento da veia porta. Foi iniciada anticoagulação, mas a paciente seguiu piorando, com disfunções orgânicas graves, acidemia e síndrome compartimental abdominal. Indicada laparotomia exploradora, que revelou grande quantidade de líquido inflamatório hemático e extensa necrose de alças de delgado. A equipe optou por palição e a paciente veio a óbito.Conclusão:Paciente apresentou extensa trombose venosa, com acometimento de veia porta e isquemia crítica de grande porção do intestino delgado. Apesar do início precoce da anticoagulação e da realização de cirurgia, o desfecho foi letal, o que é incomum em casos de TVM.Bibliografia:1. Blumberg SN, Maldonado TS. Mesenteric venous thrombosis. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2016 Oct;4(4):501-7;2. Russell CE, Wadhera RK, Piazza G. Mesenteric venous thrombosis. Circulation. 2015 May 5;131(18):1599-603;3. Singal AK, Kamath PS, Tefferi A. Mesenteric venous thrombosis. Mayo Clin Proc. 2013 Mar;88(3):285-94;4. Acosta S, Björck M. Modern treatment of acute mesenteric ischaemia. Br J Surg. 2014 Jan;101(1):e100-8.

PALAVRAS-CHAVES: acute abdomen|mesenteric venous thrombosis|abdominal pain

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2127

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Infecção por *Vibrio vulnificus* no Rio Grande do Sul: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), LUIZ HENRIQUE SANTANA DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), LAURA TIMM JUNQUEIRA (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC), SANDRO OLIVEIRA STELLA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA), ROGER CORRÊA DIAS (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA), MARILIA BITTENCOURT ESPINDOLA (HOSPITAL MÃE DE DEUS - SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E DIGESTIVA), GERSON JUNQUEIRA JUNIOR (HOSPITAL MÃE DE DEUS - SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E DIGESTIVA)

RESUMO: Introdução: a bactéria *Vibrio vulnificus*, um bacilo gram-negativo, é considerada uma das mais virulentas de seu gênero, sendo capaz de infectar através da ingestão de frutos do mar contaminados ou pelo contato direto da água do mar contaminada com lesões cutâneas. Pode provocar sepse, fascíte necrotizante e morte. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de infecção por esta bactéria no litoral do Rio Grande do Sul. Relato de Caso: F.G., 54 anos, masculino, negro. História pregressa de trauma com fratura de membro inferior esquerdo e enxerto local, desenvolvendo leve edema e dermatite como sequelas. Após temporada no litoral com exposição a água do mar, apresentou quadro de febre, dispneia e edema difuso de tecido subcutâneo em membro inferior esquerdo, o qual apresentava lesão prévia verrucosa, e passou a drenar secreção serosa 2 dias antes da internação hospitalar. Evoluiu com formação de celulite bolhosa, confluência das bolhas e descarga de fluido seroso-sanguinolento. À internação, exames laboratoriais indicaram neutrofilia, marcadores inflamatórios elevados e função renal preservada. A hemocultura revelou infecção por *Vibrio vulnificus*. Realizou-se desbridamento cirúrgico intensivo de pele e partes moles das regiões ântero-lateral esquerda da perna e do dorso do pé, drenagem de secreção purulenta e ressecção de tecidos desvitalizados em 5 momentos, concomitantemente com terapia empírica composta por Ampicilina, Sulbactam e Doxicilina. Posterior escalonamento para esquema com Piperacilina, Tazobactam, Vancomicina e Vibramicina. Assim, o crescimento e a progressão proximal da infecção foram contidos, não havendo desenvolvimento de fascíte necrotizante. Após a ressecção das áreas de necrose, realizou-se enxerto autólogo com pele da porção anterior da coxa contralateral. Conclusões: a septicemia em pacientes infectados por *Vibrio vulnificus* costuma ter evolução rápida e agressiva, ressaltando a importância de diagnóstico e intervenção precoces para estabelecer melhor prognóstico para os pacientes acometidos por esse microrganismo. Referências: Franca JC, Raboni SM, Sanfelice E, Polido D, Gentili A, Marques F. *Vibrio vulnificus* infection in Southern Brazil: a case report. *An Bras Dermatol.* 2013;88(3):424-6. Huang, KC et al. Distribution of Fatal *Vibrio Vulnificus* Necrotizing Skin and Soft-Tissue Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine.* 2016; 95(5)e:2627. Janda JM, Newton AE, Bopp CA. *Vibriosis.* *Clin Lab Med.* 35 (2015) 273-288.

PALAVRAS-CHAVES: Infecções cutâneas | Sepse | *Vibrio vulnificus*

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2184

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estamos preparados para manejar o abdômen agudo em paciente super obeso?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ VICENTE BIGOLIN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), RENAN TREVISAN JOST (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), PEDRO MARCHIORI CACILHAS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), RODOLFO WERMANN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), RODRIGO DOS SANTOS FALCÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE), RAFAELA FRANCESCHI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: Introdução: Pacientes com IMC superior a 70 kg/m² são classificados como pacientes super obesos. Nesta população, o abdome agudo é altamente letal e a literatura é escassa e controversa. O diagnóstico correto do abdome agudo em um paciente com obesidade mórbida é um desafio. Grandes quantidades de tecido adiposo subcutâneo dificultam o exame físico abdominal e os exames de imagem. O objetivo deste estudo foi descrever um caso de um paciente super obeso com abdome agudo e discutir suas peculiaridades e o papel da abordagem laparoscópica. Relato do caso: Um homem de 55 anos com sinais e sintomas de sepse grave foi internado no serviço de emergência. Paciente super obeso, com IMC de 80 Kg/m² e história médica de hipertensão e arritmia. A dor abdominal não foi específica ao exame físico, que foi prejudicada pela obesidade. A ultra-sonografia foi ineficaz e não havia tomografia computadorizada disponível para um paciente de seu peso. O abdome agudo apresentou etiologia inflamatória. A paciente foi submetida a laparoscopia e uma colecistite grave foi diagnosticada e tratada. O paciente apresentou uma recuperação satisfatória e permaneceu por 36h na unidade de terapia intensiva e 5 dias na enfermaria cirúrgica. Conclusão: O abdome agudo no super obeso é desafiador e exige uma intervenção precoce, caso contrário pode ser de difícil resolução. A abordagem laparoscópica pode ser útil especialmente quando adotada por uma equipe experiente.

PALAVRAS-CHAVES: Obesidade | urgência | laparoscopia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2192

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Volvo de cólon sigmoide complicado: um caso raro em faixa etária pediátrica.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO ANTONIO VERONESE LEME (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM (COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL/SESAU), JOSÉ EDSON PUERARI BENEVIDES (COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL/SESAU), RAPHAEL AUGUSTO BRAGA NUNES (COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL/SESAU), VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), CLAUDINEIA FERNANDES DA SILVA (HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGIONAL DE CACOAL)

RESUMO: INTRODUÇÃOA obstrução intestinal pertencente às etiologias de abdômen agudo ocorre quando a propulsão do conteúdo em direção ao ânus sofre interferência. Uma das causas de obstrução intestinal é o volvo, termo que tem origem do latim volvere, que significa girar. Trata-se uma emergência cirúrgica. Tem baixa incidência na faixa etária pediátrica, e há maior incidência no sexo masculino (2:1 a 5:1)³. Na faixa etária pediátrica, em estudo de 6 anos, de 5.075 cirurgias pediátricas somente 0,3% corresponderam a volvo intestinal. Dos casos estudados, 6 eram neonatos entre 1 a 30 dias de vida, e 7 eram crianças entre 1 ano e 9 anos de idade. Além dos sinais mais comuns, o paciente do caso também apresentou tenesmo e ausência de flatos. Em escolares pode apresentar-se com vômito bilioso e dor abdominal. Hematoquezia é um sinal tardio, e indica processo de necrose². Mais tardiamente a doença se apresenta com peritonite e choque hipovolêmico. Os sintomas duram cerca de 10 horas a 5 dias e nos extremos de idade demoram mais a aparecer. No caso, o paciente apresentou evolução dos sintomas em 48 horas, apresentando sinais tardios¹.RELATO DO CASOA.V, 14 anos, feminino, procedente de Ouro Preto do Oeste ? RO apresentou quadro de distensão abdominal e dor súbita a 36 horas do ato cirúrgico, deu entrada no pronto socorro de Ji-Paraná ? RO 24 horas antes da intervenção cirúrgica. Com radiografia evidenciando distensão colônica importante, não foi realizada abordagem que evoluiu com piora do quadro. Foi transferido para o serviço do município de Cacoal ? RO onde foi admitida hipocorada, taquipnéica (FR 60 ipm), taquicardia (FC 192 bpm), hipotensa, abdômen muito distendo, ruído hidroaéreo abolido. Encaminhado para laparotomia exploratória de emergência, que observou grande dilatação de colón transverso e descendente com presença de necrose do mesmo devido ao volvo e isquemia da parte antimesentérica do jejuno e íleo. Realizado colectomia de colón transverso e descende e colostomia a Hartman. Devido ao quadro séptico e distúrbio hidroeletrólítico evoluiu 24 horas para óbito.CONCLUSÃOVolvo de sigmoide é um raro diagnóstico dentro das causas de abdome agudo na faixa etária pediátrica. Devendo ser investigado com cautela devido aos riscos cirúrgicos e suas complicações fatais inerentes da patologia. No caso relatado se observou que é necessária uma abordagem rápida nessa faixa etária no intuito de se evitar a sepse e ruim prognóstico do paciente pediátrico.

PALAVRAS-CHAVES: Faixa etária pediátrica | Volvo de colón sigmoide | Isquemia antimesentérica

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2209

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Ressuscitação tipo controle de danos aplicada a caso de choque hemorrágico não traumático.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FABIO EITI NISHIBE MINAMOTO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), DIEGO ADAO FANTI SILVA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), MARTIN MARCONDES CASTIGLIA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), RAMIRO COLLEONI NETO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), MILTON SCALABRINI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP)

RESUMO: Introdução:A diálise peritoneal é uma forma de terapia de substituição renal, cuja realização se dá por meio da passagem de um cateter transperitoneal. Tal procedimento não é isento de riscos, sendo o sangramento pré-peritoneal e a lesão de alça intestinal algumas de suas complicações mais comuns, com alto potencial de gravidade caso não seja feito o diagnóstico precoce. Apresentaremos a seguir um caso de grave sangramento pré-peritoneal após tentativa de passagem de um cateter de Tenckhoff, necessitando de ressuscitação com controle de danos (damage control resuscitation) e cirurgia abreviada em virtude do grave comprometimento hemodinâmico. Relato do caso: Mulher, 78 anos, com mieloma múltiplo e doença renal crônica dialítica, procurou atendimento de urgência, 3 dias após tentativa sem sucesso de passagem de cateter de Tenckhoff, realizada em outro serviço, em quadrante superior esquerdo de abdome, sobre região de correção prévia de hérnia incisional com tela. Foi admitida com dor abdominal, astenia e confusão, apresentando abaulamento no hemiabdomen esquerdo, choque hipovolêmico grau IV, anemia grave (Hb 3 g/dL), acidose metabólica e coagulopatia. A tomografia computadorizada evidenciou extenso hematoma no espaço pré-peritoneal à esquerda, estendendo-se do epigástrio até a pelve extraperitoneal (Espaço de Retzius), com sinais de sangramento ativo. Realizada ressuscitação segundo os princípios do controle de danos: hipotensão permissiva, infusão de pequeno volume de cristaloides, uso imediato de hemoderivados balanceados (1:1:1) e intervenção precoce. Em virtude da indisponibilidade de radiointervenção para embolização seletiva, optou-se por laparotomia exploradora, com ampliação da incisão prévia. Identificou-se volumoso hematoma posterior ao músculo reto abdominal esquerdo, com sangramento proveniente da artéria epigástrica superior. Optado por ligadura arterial, drenagem do hematoma, tamponamento pélvico pré-peritoneal com compressas e curativo com pressão negativa. A paciente foi estabilizada em UTI, com sucesso no controle do sangramento após reabordagens programadas e fechamento da parede abdominal após 23 dias. Conclusão: Os princípios de ressuscitação e cirurgia com controle de danos, originalmente descritos para pacientes politraumatizados, puderam ser aplicados com sucesso a um caso de grave hemorragia pré-peritoneal associada à falha na tentativa de passagem de cateter de diálise peritoneal em uma doente idosa e com várias doenças associadas.

PALAVRAS-CHAVES: Choque hemorrágico não traumático | Ressuscitação com controle de danos | Laparotomia abreviada

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2226

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIVERTÍCULO DE MECKEL HERNIADO ATRAVÉS DO LIGAMENTO LARGO: UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOHANNA JOHANN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), LUANA BRINGHENTI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), ANDRÉ VICENTE BIGOLIN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RODRIGO KOPROVSKI MENGUER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RAISA BRINGHENTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA)

RESUMO: Introdução: A obstrução do intestino delgado é uma das principais causas de abdome agudo e está associada à morbidade e mortalidade elevadas. A obstrução intestinal causada por hérnia interna é extremamente rara, especialmente quando causada por um defeito no paramétrio. Caso: Mulher, 42 anos, G2P2, previamente hígida apresentava dor pélvica crônica, referindo dor em fossa ilíaca esquerda há 4 dias, negava trauma, ao exame não apresenta alterações no exame físico. Relatava piora da dor nos últimos 2 dias associada a parada de eliminação de gases e fezes, distensão abdominal e vômitos há 1 dia. Paciente sem cirurgias abdominais prévias, laboratoriais evidenciando moderada leucocitose. Paciente estável, não apresentava alto débito pela sonda nasogástrica. Realizou tomografia abdominal com contraste que evidenciou obstrução intestinal com alças intestinais herniadas através do ligamento largo com sinais de congestão. A paciente foi levada à laparoscopia onde foi identificado o segmento de alça herniado através de defeito do ligamento largo à esquerda. Durante redução do conteúdo observou-se que no segmento de alça herniado estava presente um divertículo de Meckel. O defeito foi corrigido laparoscopicamente com Seda 2.0, as alças estavam viáveis e sem necessidade de ressecção. O ligamento largo à direita não apresentava defeitos. O segmento intestinal foi exteriorizado pelo pertuito do portal umbilical e foi realizada diverticulectomia. A paciente evoluiu bem sem recorrência da dor ou do quadro. Conclusão: A hérnia interna através do ligamento largo é uma rara causa de obstrução mecânica do intestino delgado. A presença do divertículo de Meckel herniado por esse defeito não havia sido relatada na literatura e pode configurar como um fator complicante para a ocorrência da obstrução. A laparoscopia se apresenta como ferramenta diagnóstica e terapêutica no manejo desta condição. O fechamento do defeito no ligamento largo deve ser sempre realizado, mesmo quando encontrado incidentalmente, para evitar uma possível complicação, como a obstrução intestinal. A hérnia interna pelo ligamento largo deve ser considerada um diagnóstico diferencial principalmente em mulheres com quadro de obstrução intestinal, com história de endometriose, dor pélvica aguda ou crônica e múltiparas.

PALAVRAS-CHAVES: Divertículo de Meckel | Obstrução intestinal | Hérnia interna

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2230

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adenocarcinoma de apêndice cecal: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA JOIA PERES (SANTA CASA DE OURINHOS), ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA (SANTA CASA DE OURINHOS), EVELYN CRISTINA DA ROSA GRANJA BATALINI (SANTA CASA DE OURINHOS), THIAGO SALDANHA RODRIGUES (SANTA CASA DE OURINHOS), THALES VIEIRA GONÇALVES (SANTA CASA DE OURINHOS), VITOR BORDINHON MERCANTE (SANTA CASA DE OURINHOS), TIMOTEO VILELA VERÍSSIMO (SANTA CASA DE OURINHOS), JEFFERSON BAGATIM (SANTA CASA DE OURINHOS)

RESUMO: Introdução:O adenocarcinoma de apêndice cecal é uma neoplasia bastante rara, sendo encontrado apenas em cerca de 0,01 a 0,2% das apendicectomias, e representa aproximadamente 4% de todos os tumores malignos primários do apêndice. Apresenta maior incidência entre a quinta e sexta década de vida, sem preferência pelo sexo. Relato de caso: Paciente LAS, masculino, 61 anos, deu entrada no PS da Santa Casa de Ourinhos encaminhado devido suspeita de apendicite aguda. Paciente relatava dor em FID há 5 dias com irradiação para região escrotal, associado a náuseas e febre de início há 1 dia. Ao exame físico, apresentava abdômen flácido, dor á palpação em FID e DB negativo. Hemograma e a urina I colhidos na origem apresentavam-se sem alterações. Realizou ultrassom de abdômen que evidenciou presença de imagem ovalada hipoecóica e heterogênea localizada em FID, com cerca de 4 cm de diâmetro, associado à borramento da gordura mesentérica adjacente, podendo estar relacionado a processo inflamatório, sendo então indicada cirurgia. Foi optado por realização de incisão mediana devido o tempo de evolução da doença e achados ultrassonográficos. No ato cirúrgico, foi evidenciada massa friável em ceco de 15 cm de extensão, ocupando íleo terminal e cólon ascendente, com grande bloqueio local, presença de moderada quantidade de secreção purulenta na cavidade e pouca quantidade de líquido livre, sendo então realizado hemicolectomia direita com grampeador linear 75mm e enteroanastomose latero-lateral. Paciente evolui bem no pós-operatório, sem queixas, sendo introduzida a dieta no 2º PO com boa aceitação, sem dor abdominal, sem náuseas e vômitos, e recebe alta no 6º PO. No retorno ambulatorial, foi verificado resultado de anatomopatológico que evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado originado em apêndice cecal e envolvendo o ceco, sem metástase linfonodal. Paciente foi encaminhado ao serviço oncológico de referência para seguimento clínico. Conclusão: Podemos concluir que o adenocarcinoma de apêndice é uma afecção de difícil diagnóstico, na maioria das vezes o paciente apresenta sintomas semelhantes ao quadro de apendicite aguda, sendo diagnosticado adenocarcinoma somente com o anatomopatológico. Neste caso, foi optado por hemicolectomia devido intenso processo inflamatório e inviabilidade do ceco e cólon direito, porém muitas vezes é realizada apenas apendicectomia, sendo avaliada a necessidade de hemicolectomia no retorno ambulatorial após o resultado histológico final.

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma | Apendice cecal | Relato de caso

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2256

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA OCACIONADA POR TUBERCULOSE INTESTINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO OLIVEIRA DE MENEZES QUITETE DE CAMPOS (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), MARCELA SADDI MENEZES COSTA (UNISA), FERNANDO FURLAN NUNES (UNISA), DIEGO FERREIRA DE ANDRADE GARCIA (UNISA), ORLANDO CONTRUCCI FILHO (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: Durante a última década, 878 casos de TB intestinal foram relatadas em 15 revisões retrospectivas. A maioria dos Pacientes (60-70%) eram do sexo feminino e a grande parte desses (> 80%) foram tratados como abdome agudo, apresentando quadros como obstrução intestinal e perfuração, com taxa de mortalidade relatada de 15 - 20%. Não há relatado casos de hemorragia gastrointestinal baixa maciça em nosso continente. As manifestações clínicas são inespecíficas. O sangramento retal maciço é considerado um sintoma raro. Caso: C.M. 61 anos, deu entrada do hospital com quadro de diarreia há cerca de um ano. Relata que começou há 5 dias quadro de hematoquezia evoluiu com quadro de enterorragia maciça. Na entrada a paciente apresentava-se em regular estado geral, descorada +/4+, acianótica, febril e anictérica com PA 80 x 60 mmHg, FC 113 bpm, Tax de 37,8o C, sem outras alterações. Os exames laboratoriais mostraram Hemoglobina de 13,0 Hematocrito de 38,0 Leucócitos de 13900 com 14 bastões e 72 segmentados, plaquetas de 143000 e proteína C-reativa de 1,9. No dia seguinte foi submetida a endoscopia digestiva alta que evidenciou quadro de pangastrite leve sem sinais de sangramento. Realizada colonoscopia que não evidenciou sinais de sangramento ou patologias que justificassem o quadro da paciente, foi visto toda a extensão do colon, até a válvula íleo-cecal. Paciente se manteve estável até o nono dia de internação onde apresentou quadro de enterorragia franca, sendo 2 episódios e evoluindo com hipotensão, necessitando de drogas vasoativas e recebendo mais 2 concentrado de hemácias. Foi levada ao centro cirúrgico devido ao quadro de instabilidade, no intraoperatório foi observado presença de moderada quantidade de sangue na cavidade abdominal e tumoração perfurada em jejuno com sangramento ativo no local, foi procedido então uma realizada enterectomia segmentar com margens de segurança e realizada anastomose primária com grampeador linear. (fotos da peça pegar com furlan) O segmento ressecado foi enviado para anatomia patológica que evidenciou processo inflamatório crônico ulcerado transmural, perfurado e linfadenite granulomatosa necrosante, sugerindo então o diagnóstico de Tuberculose intestinal. Realizado então a imunohistoquímica da peça que constatou perfil imunohistoquímico consistente com linfadenite granulomatosa necrosante, fechando então o diagnóstico de tuberculose intestinal.

PALAVRAS-CHAVES: HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA|TUBERCULOSE INTESTINAL|ABDOME AGUDO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2277

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Obstrução Intestinal por Fitobezoar em Divertículo de Meckel - Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL INACIO GUIMARAES (HOSPITAL DO CORAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS - HCGO), DIOGO HENRIQUE SALIBA DE SOUZA (HOSPITAL DO CORAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS - HCGO), WALTER FRANCISCO CINTRA RABELO HOLANDA (HOSPITAL DO CORAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS - HCGO), PEDRO JOSE DE SANTANA JUNIOR (HOSPITAL DO CORAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS - HCGO), OSCAR BARROZO MARRA (HOSPITAL DO CORAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS - HCGO), JULIANO MARTINI (HOSPITAL DO CORAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS - HCGO), TADEU CAVALCANTE NOGUEIRA DE FRANCA LACERDA LINO (HOSPITAL DO CORAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS - HCGO), FREDERICO INACIO GUIMARAES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP)

RESUMO: Introdução: O Divertículo de Meckel é a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal, podendo resultar em hemorragia, diverticulite e obstrução. A Laparoscopia é importante no diagnóstico definitivo e tratamento de patologias abdominais de causas incertas ou obscuras. Apesar de parte da população geral (2%) ser portadora de divertículo de Meckel, poucos apresentarão sintomas. A maioria das complicações ocorrem em menores de 10 anos de idade. Em adultos, ele é usualmente assintomático, podendo causar complicações em até 4% dos portadores. Relato de Caso: C.P.A., feminino, 35 anos, sem comorbidades ou cirurgias abdominais prévias, internada no HCGO com dor e distensão abdominal, plenitude, mal estar e fraqueza há três dias, sem vômitos, febre, inapetência ou hábitos alimentares não usuais para a idade e perfil psicológico. Em tratamento recente de Pielonefrite. Exames laboratoriais normais e TC-Abdome sem contraste, com grande distensão de intestino delgado e níveis hidro-aéreos, sugerindo obstrução aparente de íleo terminal, com imagem de conteúdo sólido-pastoso, dificultando a progressão do conteúdo intestinal. Tratamento clínico inicial com SNG aberta, pró-cinéticos, enteróclise e analgésicos sob demanda sem resultado satisfatório. Optado por Laparoscopia diagnóstica, com achado de líquido peritoneal citrino com provável translocação bacteriana e volumoso divertículo de Meckel gerando obstrução intestinal. Optou-se por Enterectomia segmentar (10cm) envolvendo todo o divertículo, com anastomose à 70cm da Válvula íleo-cecal. Após abertura do divertículo, evidenciou-se presença de conteúdo vegetal, espesso, sólido-pastoso, que obstruía a luz intestinal, caracterizando o Fitobezoar. Evolução satisfatória no Pós-operatório, com boa aceitação da dieta e remissão dos sintomas. O Anatomopatológico demonstrou divertículo de intestino delgado, sem mucosa ectópica. Hoje no quarto mês de pós-operatório, assintomática, sem qualquer intercorrência no período. Conclusão: Apesar de se tratar de um quadro comum, o Divertículo de Meckel pode se manifestar como complicações na fase adulta e em raros casos, estar associado à obstrução intestinal por Fitobezoar. No caso relatado o tratamento clínico se mostrou ineficaz e o tratamento cirúrgico convencional com enterectomia segmentar teve resultado terapêutico satisfatório diante da urgência, com remissão total dos sintomas.

PALAVRAS-CHAVES: DIVERTÍCULO|MECKEL|BEZOAR

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2279

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Apendicite aguda complicada: Relato de caso em paciente idoso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO ANTONIO VERONESE LEME (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL-RO), MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM (COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL/SESAU), CAROLINE NISHIMURA (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL), RAPHAEL AUGUSTO BRAGA NUNES (COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL/SESAU), CLAUDINEIA FERNANDES DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - HRC), ANDRÉ NAZÁRIO DE OLIVEIRA (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL)

RESUMO: INTRODUÇÃO Apendicite aguda (AA), dentre as patologias abdominais, é a principal cirurgia não eletiva realizada. O risco do desenvolvimento da doença no decorrer da vida é estimado em 5 a 20%¹, com elevada incidência em adolescentes e adultos jovens, porém, incomum antes dos 5 e após os 50 anos². O diagnóstico de AA é eminentemente clínico alcançando precisão de 60 a 90%, dependendo da idade e do gênero, sendo feito com base nos sintomas e sinais clínicos mais frequentes: dor epigástrica e periumbilical, náuseas e/ou vômitos, dor na fossa ilíaca direita, febre e sinais semiológicos^{1,3}. Contudo, existem diretrizes que combinam achados clínicos e laboratoriais para o diagnóstico e manejo de pacientes com suspeita de AA. Estudos mostram um pior prognóstico em pacientes mais idosos e com doenças associadas. Pode se manifestar em diferentes fases evolutivas: inflamado; com necrose; perfurado com secreção localizada; perfurado com abscesso regional; perfurado com peritonite difusa¹. RELATO DE CASO JF masculino, 66 anos, hipertenso, residente em Cacoal deu entrada no Pronto Atendimento local com quadro de dor abdominal difusa há cerca de 15 dias com piora há 5 dias. Relatou febre anterior não mensurada, inapetência, náusea, porém sem vômitos ou diarreia, nega piora dos sintomas ao se alimentar. Ao exame físico apresenta pressão arterial de 160/90 mmHg, frequência cardíaca de 100 bpm e abdome doloroso á palpação, sem outras alterações evidenciadas. Foram solicitados exames laboratoriais; raio x de tórax e abdome; tomografia de abdome. Aos exames, visualizou pneumoperitônio; sinal de empilhamento de moeda; nível hidroaéreo, distensão e liquido fora de alça; leucócitos 16.350/mm³; segmentados 13.244/mm³; fosfatase alcalina 147 U/L; gama GT 154 U/L; proteína C reativa 1:4 e 1:32 mg/L em um 2º tempo. Sendo assim realizado laparotomia exploratória, evidenciando presença de grande quantidade de liquido livre em cavidade abdominal, fibrina e conteúdo purulento, ceco necrosado, com bloqueio hepático e polo renal. Realizando assim, tiflectomia total e confecção de colostomia em dupla boca. Paciente evolui com bom prognóstico e sem complicações. CONCLUSÃO Conclui-se em diversos estudos que a AA nos pacientes mais idosos tem uma incidência menor e tende a apresentar evolução mais grave. Tendo o médico uma grande responsabilidade em fazer o diagnóstico nas primeiras horas do início do quadro clínico, sendo o tempo um quesito fundamental na evolução do quadro e seu prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite aguda complicada | Bloqueio hepático e renal | Paciente idoso

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2281

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE GARENGEOT: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE UBIRAJARA MARQUES (UNIFAP)

RESUMO: Apresentamos o caso de uma mulher de 104 anos de idade, admitida com o quadro de abaulamento não-redutível em região inguinal direita com sinais flogísticos locais. Quadro evolutivo de três dias e familiares relatam febre não aferida, náuseas e vômitos, porém, a eliminação de flatos e evacuações estavam preservadas. A paciente referia dor intensa em região inguinal e hiporexia. O diagnóstico inicial foi de oclusão intestinal por provável hérnia inguinal encarcerada, motivo pelo qual foi submetida, a princípio, à inguinotomia direita que evidenciou o apêndice cecal com intensos sinais inflamatórios e coleção purulenta abcedada e projetados ao conteúdo herniário, formado pelo ceco, válvula íleo-cecal e pequena porção do íleo terminal respectivamente. O conteúdo do saco herniário se estendia até a região femoral. A paciente, também foi submetida posteriormente, à laparotomia exploradora que, não evidenciou anormalidade no conteúdo intra-abdominal. No intra-operatório foi realizada a redução do conteúdo herniário, drenagem do abscesso, apendicectomia, fechamento do canal femoral com material de sutura não-absorvível e colocação de dreno laminar pela inguinotomia. A paciente evoluiu de forma satisfatória, sem intercorrências pós-operatórias, recebendo alta no quarto dia de pós-operatório e atualmente encontra-se sem nenhuma complicação clínica do ato cirúrgico realizado. As hérnias femorais são infreqüentes, respondendo por apenas 3% das hérnias inguinais, sendo mais freqüentes em mulheres idosas, tendo como componente qualquer estrutura da cavidade abdominal, incluindo o apêndice cecal. São definidas como protrusões através do canal femoral, estrutura inelástica, localizada inferiormente ao ligamento inguinal. Esta rigidez do canal femoral é responsável pelo maior risco de estrangulamento que as hérnias femorais apresentam quando comparadas às hérnias inguinais. A hérnia de Garengot é uma patologia rara que compreende apenas 0,5 a 5% dos casos de hérnias femorais. A fisiopatologia desse quadro é controversa, da mesma maneira, que existem diferentes teorias para explicar a ocorrência de apendicite aguda como conteúdo de uma hérnia de Garengot. Atualmente não existe consenso para a abordagem clínico-cirúrgica mais apropriada para estes casos.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia de Garengot | Apendicite Aguda | Hérnia Femoral

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2283

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MANEJO NÃO CIRURGICO EM PACIENTES COM EMPALAMENTO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), LUANA ARRUDA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), VALTER FABRICIO FERREIRA DARI (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), FERNANDA NEIVA RIBEIRO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), FERNANDO BARATELLA DE ASSIS (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), JOÃO PAULO ISSAMU TAKATA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Empalamento ocorrem quando objetos alongados são introduzidos em cavidades corporais como o ânus, permanecendo muitas vezes, in situ até o atendimento médico. A literatura médica sobre o assunto é escassa, com métodos de tratamento baseado em experiências individuais. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 64 anos, motorista de caminhão. Procura serviço por apresentar dor abdominal após introdução de objeto cilíndrico através do ânus há 5 dias. Devido ao tamanho e a localização do objeto, o paciente evoluiu com distensão abdominal e parade de eliminação de fezes. Realizado radiografia de abdomen em decubito dorsal horizontal e ortostática e radiografia de tórax. Evidenciado objeto cilíndrico em reto baixo, sem evidências de pneumoperitônio. Optado pela equipe de Cirurgia Geral realização de abordagem perineal após raquianestesia. Retirado objeto com pinçamento do mesmo através do reto baixo associando com manobra de kristeller. Não evidenciado lesões em mucosa, não sendo necessário laparotomia exploradora. CONCLUSÃO: Os casos de empalamento são um desafio ao cirurgião, muitas vezes com necessidade de laparotomia exploradora para retirar o objeto impactado, sendo causa de abdomen agudo obstrutivo. Porém em alguns casos o manejo não cirurgico, na tentativa de retirar o objeto via perineal, torna-se uma opção acessível quando realizados com cuidados e critérios.

PALAVRAS-CHAVES: EMPALAMENTO | MANEJO NÃO CIRURGICO | CIRURGIA GERAL

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2288

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CONDOTA FRENTE A UM DIVERTICULO DE MECKEL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), LUANA ARRUDA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), JOÃO PAULO ISSAMU TAKATA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), EDUARDO LOPES DIAS (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), FERNANDA NEIVA RIBEIRO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), VALTER FABRICIO FERREIRA DARI (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, afetando cerca de 4% da população. Representa um divertículo verdadeiro resultante da involução incompleta do ducto onfalomesentérico. Afeta ambos os sexos na mesma proporção, porém suas complicações acometem maioritariamente o sexo masculino, em qualquer idade. Possui uma mortalidade de 6%, justificando-se o tratamento cirúrgico. RELATO DO CASO: Paciente A. J. G., sexo masculino, 73 anos, natural de Carangola - MG, residente em Campinas há 23 anos, porteiro, casado. Atendido no Pronto Socorro do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi relatando dores crônicas abdominais com piora súbita nas últimas 24h. Dor se intensificou em fossa ilíaca direita associado com náuseas e hiporexia. Ao exame físico notado em abdome sinal de Blumberg positivo e radiografia evidenciava alça fixa em fossa ilíaca direita. Levantada hipótese de abdome agudo inflamatório e submetido o paciente a procedimento cirúrgico. Realizada incisão transumbilical e identificado a 70cm da válvula íleo-cecal um divertículo de Meckel, hiperemiado e aderido a alças de delgado. Optado por ressecção do divertículo, enterectomia segmentar, e anastomose termino-terminal em dois planos. CONCLUSÃO: Devido a possibilidade de complicações e malignidade ao longo da evolução de um divertículo de Meckel é mandatório sua ressecção durante abordagem cirúrgica ou no diagnóstico incidental.

PALAVRAS-CHAVES: DIVERTICULO | MECKEL | ABDOME AGUDO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2289

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor de reto médio na neurofibromatose tipo 1, provável GIST.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAQUEL GOUVEA MOLEIRO (UFRR UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), RICARDO ALESSANDRO TEIXEIRA GONSAGA (FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO), GABRIELA STEFANESCU SILVA (FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO-FAMECA), MICHELE VAZ MARQUES (FUNDAÇÃO PADRE ALBINO-HOSPITAL PADRE ALBINO), GLAUBER CERIZZA SILVEIRA (UNIVERSIDADE DE RIBEIRAO PRETO - UNAERP), NICOLLI ZAMO ORTOLAN (FACULDADE DE CIENCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL - FACIMED), GABRIEL HENRIQUE CAVERÇAN GOMES (FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO-FAMECA), STEPHANIE CECILIA BARBOSA DRUDI (FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO), LARYSSA HELENA DE OLIVEIRA BESSA (UFRR - UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Este é um caso de tumor congênere ao raro tumor estromal gastrointestinal (GIST) na neurofibromatose tipo 1 (NF1) envolvendo o reto médio e apresentando-se como um abdômen agudo perforativo. A NF1, doença de von Recklinghausen é uma doença autossômica dominante que ocorre em 1 em cada 3.000 nascimentos, causada pela inativação do gene NF1 supressor de tumor, que codifica a proteína neurofibromina. A doença é caracterizada por neurofibromas cutâneos, máculas café com leite, sardas axilares e inguinais e nódulo de Lisch. A NF1 também está associada a vários tumores, incluindo tumores do sistema nervoso central e periférico e do trato gastrointestinal. Os portadores têm um risco aumentado de desenvolver GIST que são indicados como os tumores mais associados à NF1, porém o mesmo é incomum, possuindo incidência de 10-20 novos casos por milhão. GISTs em pacientes NF1 são geralmente um achado incidental, muitas vezes assintomáticos, múltiplos e encontrados no intestino delgado, sendo majoritariamente o jejuno e em seguida o íleo os locais mais acometidos, não encontrada até então relato sobre incidência em reto. Histórico do Caso: Paciente masculino, 34 anos, teve as primeiras manifestações da NF1 aos 5 anos de idade e diagnóstico por biópsia aos 15 anos. No dia 17/02/2017 chega encaminhado ao Hospital Padre Albino no município de Catanduva-SP com quadro de vômito em jato há 20 dias, dor e distensão abdominal, constipado, incapaz de eliminar flatos e sem ingestão de alimentos há 15 dias, relatou quadros anteriores de constipação intermitente e vômitos, alegou ainda perda ponderal de 25 kg em 5 meses. No exame físico apresenta icterícia +/4+, afebril, ruídos hidroaéreos diminuídos, abdômen timpânico e distendido, doloroso à palpação profunda de hipogástrico e mesogástrico, descompressão brusca negativa, fezes em dedo de luva, ampola retal vazia e massa palpável anteriormente. O raio-x de abdômen evidenciou pneumoperitônio. No mesmo dia foi realizada laparotomia exploradora, durante a cirurgia foram revelados: perfuração de colón transverso e tumor de grande similaridade aos tumores estromais localizado em reto médio. Foi realizado durante a cirurgia colectomia subtotal esquerda, amputação reto abaixo do tumor, ressecção de colón transverso e descendente com anastomose colón ascendente-retos e ileostomia de proteção, as peças foram enviadas para exame anatomopatológico e aguarda-se resultado para confirmação de GIST. O paciente teve alta hospitalar 5 dias após cirurgia.

PALAVRAS-CHAVES: neurofibromatose | tumor | reto

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2298

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PNEUMOPERITÔNIO ESPONTÂNEO: RELATO DE DOIS CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA CAMILO MADRUGA DE OLIVEIRA LIMA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MARCELLE BRAGANTE FERNANDES PIMENTA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GERALDO CAMILO NETO (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), DUANRA CHRISTI QUEIROX TEIXEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ALICE DA COSTA MACHADO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ), AMÁLIA MARIA FERNANDES DE SÁ DUARTE FILHA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GILVAN MOREIRA DUARTE JÚNIOR (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MARTINA BRAGANTE FERNANDES PIMENTA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Pneumoperitônio é o acúmulo de ar no interior da cavidade peritoneal. Decorre em 90% dos casos de perfuração de víscera oca (ex. Úlcera péptica), além de afecções torácicas, ginecológicas ou pós operatório. Ocorrendo desassociado dessas condições, é chamado idiopático ou espontâneo, podendo levar a laparotomia não terapêutica. CASO 1: MGH, 46 anos, feminino, queixa de dor abdominal súbita, difusa, intensa há 18 horas. Associa-se náusea e hiporexia. Antecedente de tabagismo e hipertensão arterial. Exame físico: estado geral regular; normocárdica, normotensa; abdome flácido, depressível, RHA +, doloroso à palpação em fossa ilíaca direita e abdome superior, com irritação peritoneal. Laboratório: hb 13.4 g/dL, HMT 36%, Leucograma: 12.780, 8% Bastões, Proteína-C Reativa 8. Radiografia de abdômen agudo: extenso pneumoperitônio à direita. Indicada laparotomia exploradora, que não evidenciou perfurações de vísceras ocas. Evolução pós-operatória: melhora da dor e leucograma normalizado a partir do 2º DPO. Realizadas endoscopia digestiva alta e colonoscopia, sem alterações. Alta no 4º DPO, em bom estado geral. Sem recidiva dos sintomas após seguimento ambulatorial de 12 meses. CASO 2: AMSP, 42 anos, feminino, com quadro de dor abdominal de início insidioso, difusa, de intensidade moderada, há 36 horas - piora progressiva da dor. Nega febre, náusea, vômito e alteração do hábito intestinal. Antecedente de tabagismo e histerectomia transvaginal há 90 dias, pós operatório sem intercorrência. Exame físico: estado geral bom, sem alterações hemodinâmicas; abdome flácido, depressível, com dor ao palpar abdome inferior, sem irritação peritoneal. Exames laboratoriais: HB 12.8, HMT 34%, leucograma: 6850, sem desvios, proteína C reativa 4.8. Tomografia de abdome multislice com contraste endovenoso: presença de pneumoperitônio, gás em espaço supra hepático e cavidade pélvica, sem identificação de fator etiológico. Realizada laparotomia exploradora, que não indicou perfuração de vísceras ocas. Pós operatório: evoluiu com dor na ferida operatória, controlada com analgesia. Leucograma normalizado a partir do 2º DPO. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações. Alta hospitalar no 2º DPO, sem recidiva dos sintomas após seguimento ambulatorial de 12 meses. **CONCLUSÃO:** pneumoperitônio idiopático é entidade rara. A exclusão de perfuração de víscera oca pode ser desafiadora e a exploração do abdômen por laparotomia ou laparoscopia inevitável no manejo desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: PNEUMOPERITÔNIO ESPONTÂNEO|PNEUMOPERITÔNIO IDIOPÁTICO|DIAGNÓSTICO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2302

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABSCESSO ESPLÊNICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), FERNANDA NEIVA RIBEIRO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), VALTER FABRÍCIO FERREIRA DARI (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUANA ARRUDA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), HUGO SAMARTINE JUNIOR (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUCIANO CRUANES GULLO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), BRUNO DE OLIVEIRA ARAUJO SOUSA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O abscesso esplênico, apesar de doença pouco frequente, teve nos últimos anos sua incidência aumentada. Tal fato pode ser creditado ao maior acesso a exames de imagem, permitindo diagnóstico adequado, além de um maior número de pacientes com algum grau de imunossupressão, importante fator de risco para seu desenvolvimento. Sua sintomatologia pode apresentar-se como um abdome agudo e seu diagnóstico permanece um desafio, sendo na maioria das vezes elucidado através de exames de imagem ou no próprio intraoperatório. O tratamento padrão ainda consiste na esplenectomia, porém apresenta risco de sepse grave por germes encapsulados, reduzido através da vacinação. Caso tratado adequadamente em tempo hábil possui um bom prognóstico. RELATO DO CASO: Paciente ACSL, 34 anos, sexo feminino, profissão autônoma, escolaridade 1º grau incompleto, tabagista e etilista social. Procurou unidade de pronto atendimento do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas ? SP, em agosto de 2014. Apresentava dor abdominal, mialgia, astenia, náuseas e febre de 38º e exames laboratoriais evidenciando pancitopenia (Anemia discreta Hb: 10,8; Plaquetopenia de 76.000 e Leucipenia de 3.300 com desvio para esquerda). Radiografia de tórax da entrada com derrame pleural à esquerda. E ao exame físico notou-se uma hepato-esplenomegalia grau III, com dores em hipocôndrio esquerdo porém sem sinais de irritação peritoneal. Realizado tomografia computadorizada de abdome que evidenciou lesão de aspecto cístico com presença de septos internos, levantando a hipótese de abscesso esplênico. Iniciado antibioticoterapia, segundo orientação da CCIH, com Oxacilina, Gentamicina e Rifampicina, na tentativa de tratamento não cirúrgico para preservação do órgão. Paciente evoluiu no sexto dia de internação hospitalar com sinais de peritonite difusa sendo submetido a laparotomia evidenciando conteúdo purulento em toda cavidade por ruptura do abscesso. Realizado então lavagem exaustiva de cavidade seguido de esplenectomia. Paciente ainda durante internação recebe vacinação para pneumococco, meningococco e haemophilus influenza. CONCLUSÃO: O abscesso esplênico, embora incomum, deve estar entre as hipóteses diagnósticas mediante um quadro de abdome agudo, principalmente em pacientes imunodeprimidos. O diagnóstico e tratamento precoce diminui a morbimortalidade desses pacientes, que devem ser acompanhados ao longo da vida quanto sua vacinação contra germes encapsulados.

PALAVRAS-CHAVES: ABSCESSO ESPLÊNICO|ABDOME AGUDO|CIRURGIA GERAL

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2309

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO PERFURATIVO EM IDOSA DEVIDO A ESPINHA DE PEIXE: EXÉRESE VIDEOLAPAROSCÓPICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAÍS BARROSO VIEIRA COSTA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), TIAGO BARROSO VIEIRA COSTA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ), HERMANO FREIRE BONFIM (CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS), BÁRBARA PONTES AIRES (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), NESTOR DOS SANTOS VIEIRA COSTA NETO (HOSPITAL GÊNESIS), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Introdução: A ingestão de corpos estranhos (CE) é um evento comum. Em cerca de 80% dos casos, os CE passam pelo trato gastrointestinal (TGI) sem causar danos. Complicações possíveis relacionadas à retenção desses objetos são hemorragias, obstruções, fístulas e perfurações. Estas, por sua vez, são menos de 1% dos casos. As espinhas de peixe estão entre os objetos mais comuns a serem ingeridos como CE, mas a perfuração do TGI nessa situação é rara. Relatamos a seguir um caso de perfuração gástrica por espinha de peixe. Relato de Caso: Mulher, 80 anos, deu entrada na emergência com quadro de dor epigástrica, dispepsia e náuseas há 3 semanas, associada a mal estar e adinamia há 4 dias e febre há 1 dia. Portadora de diabetes e dislipidemia. Na admissão, apresentava-se taquicárdica, com abdome tenso, doloroso à palpação, com dor difusa à descompressão súbita e ruídos hidroaéreos ausentes. Apresentava leucocitose (12.830), VHS e PCR elevados. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) evidenciando imagem linear com extremidades no estômago e no lobo hepático direito, podendo corresponder a corpo estranho. A endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou lesão de aspecto submucoso inflamatório em antro. Foi submetida à laparoscopia, sendo realizados drenagem de pus e remoção da espinha de peixe. Paciente evoluiu sem complicações, com remissão dos sintomas e alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório (PO), não havendo recorrência de dor abdominal ou necessidade de internação. Conclusão: Complicações de CE ingeridos, apesar de raras, devem ser cogitadas em quadros de abdome agudo em que a etiologia não está clara. O exame clínico e os resultados dos exames laboratoriais, apesar de pouco específicos, ajudam na propedêutica desses pacientes, como leucocitose e elevação de marcadores inflamatórios. Vale ressaltar que a ingestão de CE (principalmente espinha de peixe ou outros alimentos) pode não estar clara em grande parte dos casos e exames como a radiografia não demonstram esse tipo de objeto. A TC, método de escolha no caso, foi útil ao demonstrar a topografia da lesão e indicar a possível etiologia. Quanto à terapêutica, optou-se pela realização de EDA para maior elucidação diagnóstica e possível resolução. Porém, visto que esta abordagem não foi bem sucedida, recorreu-se à cirurgia. O método laparoscópico foi preferido por possibilitar menor trauma tecidual, menor morbidade e pós operatório mais curto. Os resultados alcançados nessa abordagem foram satisfatórios.

PALAVRAS-CHAVES: abdome agudo | espinha de peixe | laparoscopia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2328

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Trombose venosa mesentérica aguda ? diagnóstico e tratamento

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAÍRA AMORIM SILVEIRA E SANTOS (REDE MATER DEI SAÚDE), DANIEL PAULINO SANTANA (REDE MATER DEI SAÚDE), BRUNO DE LIMA RODRIGUES (REDE MATER DEI SAÚDE), LUCAS CAMPOMIZZI CALAZANS (REDE MATER DEI SAÚDE), FERNANDO MALDINI PENNA DE MASCARENHAS AMARAL (REDE MATER DEI SAÚDE), CAROLINA TRANCOSO DE ALMEIDA (REDE MATER DEI SAÚDE), RAPHAEL GUEDES ANDRADE (REDE MATER DEI SAÚDE)

RESUMO: Introdução: A trombose venosa mesentérica (TVM) aguda é uma emergência vascular rara, sendo responsável por 5% a 15% de todos os casos de isquemia mesentérica aguda. Com taxa de mortalidade entre 60% e 80% requer intervenção adequada, a fim de evitar complicações como gangrena transmural, perfuração e peritonite, causas potenciais de óbito. Devido a sua apresentação clínica não específica, com discrepância entre dor abdominal severa e mínimos achados clínicos, o diagnóstico precoce é moroso, porém essencial para o sucesso no tratamento. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 59 anos, obesa e tabagista, comparece a pronto atendimento com queixa de dor hipogástrica com irradiação para o dorso. Exames de admissão evidenciaram somente leucocitose e aumento de proteína C reativa discretos, além de densificação do tecido adiposo mesentérico ao exame tomográfico não contrastado. Após internação para complementação propedêutica, definição de diagnóstico e tratamento, optou-se por repetir o exame tomográfico com contraste venoso devido à persistência da dor, não responsiva à analgesia, evidenciando falha de enchimento na veia mesentérica superior estendendo-se a toda a arcada mesentérica, sofrimento de alças caracterizado por espessamento parietal segmentar do delgado em região mesogástrica, com leve distensão em sua luz e pequena quantidade de líquido livre interalças. A paciente foi então encaminhada para laparoscopia diagnóstica para avaliar a necessidade de ressecção de alças por isquemia e posteriormente submetida a angiografia e tratamento intravascular com agentes trombolíticos e encaminhada para unidade de suporte intensivo. No 8º DPO recebeu alta hospitalar com boa tolerância a dieta oral, hábitos intestinais preservados e estabilidade hemodinâmica. Conclusão: A TVM é uma doença rara, porém letal, e constitui hoje um desafio por sua dificuldade em ser diagnosticada e história pobre em entendimento. Seu tratamento ótimo, portanto, é ainda controverso. Sabe-se, contudo, que o diagnóstico precoce, restauração do fluxo sanguíneo, anticoagulação apropriada e suporte intensivo constituem as bases de um tratamento bem-sucedido. Melhores respostas são obtidas quando se evitam processos patológicos que levam à necrose, e consequentes abordagens cirúrgicas agressivas, que aumentam a taxa de complicações e o tempo de internação.

PALAVRAS-CHAVES: Trombose venosa mesentérica aguda | Angiografia | anticoagulação

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2337

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Comparação dos resultados de colecistectomia nas colecistites agudas com o protocolo de Tóquio.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANTONIO DE CAMPOS SICA ANDREOTTI (HC-FMUSP), MARCELO CRISTIANO ROCHA (HC-FMUSP), ADILSON COSTA RODRIGUES JR (HC-FMUSP), ADRIANO RIBEIRO MEYER-PFLUG (HC-FMUSP), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HC-FMUSP), CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEGOZZO (HC-FMUSP), JEAMMY ANDREA PEREZ PARRA (HC-FMUSP), LUCAS AFONSO DAIA (HC-FMUSP)

RESUMO: Objetivos Analisar a morbi/mortalidade dos casos de colecistite aguda (CA) tratados no PSC-HCFMUSP. Métodos Revisão retrospectiva de uma base de dados de todos os pacientes diagnosticados com CA no pronto socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 22 meses. Resultados Foram incluídos 52 pacientes. Trinta e dois (62,7%) do sexo feminino, com média de idade de $70,5 \pm 7,63$ anos. Em 26 casos (51%), o tempo de história foi de até 3 dias, sendo no exame físico o sinal de Murphy presente em apenas 17 pacientes (32,7%). A contagem de leucócitos apresentou uma média de 13.650 ± 4.982 , sendo que houve desvio para a esquerda em somente 2 pacientes (3,8%). A dosagem da Proteína C Reativa (PCR) teve como média $182,9 \pm 144,7$. Os pacientes foram classificados conforme o protocolo de Tokyo (2013), sendo 23 pacientes grau A (47,9%), grau B 12 (25%) e grau C 13 (27,1%). Os achados mais comuns no ultrassom de abdome na entrada foram vesícula hiperdistendida em 41 (87,2%), paredes espessadas em 36 (76,6%) e colelitíase em 42 (89,4%). A via de acesso foi predominantemente videolaparoscópica exclusiva, contabilizando 48 casos (94,1%). Os achados intraoperatórios mais frequentes foram os mesmos aos encontrados no USG: 47 (94%), 44 (88%) e 45 (90%) respectivamente. Somente em um caso foi alitiásico (2%). A técnica de Torek foi utilizada em 4 casos (7,7%), nos demais foi realizado colecistectomia. Em nenhum dos casos houve lesão de via biliar e a drenagem da cavidade foi indicada em 32 (62,7%). Dos 52 pacientes, 9 pacientes (17,3%) necessitaram mais do que 3 dias de internação em unidade de terapia intensiva e o tempo médio de internação na enfermaria foi de $3 \pm 3,46$ dias. 39 pacientes (79,6%) fizeram uso de antibiótico terapêutico. Em relação às complicações, segundo o protocolo de Clavien-Dindo, 3 (5,7%) apresentaram complicações graus IIIb e IVa. Apenas 2 (3,8%) pacientes evoluíram a óbito durante a internação. Conclusão A indicação de colecistectomia nos pacientes com CA, independente do grau segundo o protocolo do Tokyo é segura, uma vez que não aumenta o risco de lesão de via biliar ou a taxa de complicações. Bibliografia 1. Takada T. et al. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013; 20(1):1-72. Asai K. et al. Changes in the therapeutic strategy for acute cholecystitis after the Tokyo guideline were published. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013; 20:348-355.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistite aguda | Colecistectomia | Protocolo de Tokyo

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2341

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Aneurisma roto de artéria esplênica: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MONIQUE RAQUEL BARBOSA DE QUEIROZ FONSECA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DECIO LUIZ SILVA MAZZINI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MARCELLO CAMACHO CAMPIONE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MURILO ROCHA RODRIGUES (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), BRUNO MIRANDOLA BULISANI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), BEATRICE SOARES BARTASEVICIUS (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: A incidência de aneurismas da artéria esplênica(AAE) é desconhecida. É observada baixa incidência de 0,1% da população, que aumenta para cerca de 1% de hipertensos e atinge 10,4% dos idosos. A hipertensão porta também eleva essa incidência, sendo encontrados cerca de 7,1% de AAE em estudos pós-morte. O risco de ruptura aguda é de 2%. Vários são os fatores relacionados como aterosclerose, multiparidade, hipertensão porta. A angiografia permanece como padrão ouro, permitindo o tratamento concomitante em alguns casos. A mortalidade dos pacientes tratados com ruptura de AAE é de cerca de 10%. A abordagem terapêutica se dá por cirurgia aberta, videolaparoscópica ou endovascular. Esse trabalho tem o objetivo de relatar um caso raro de AAE para mostrar sua importância clínica e diagnóstica. Relato de caso: Mulher, 44a, quadro de dor súbita em região epigástrica há 10 horas com piora há duas horas com irradiação para hipocôndrio direito e região dorsal. Nega dor prévia. Nega episódios de náuseas ou vômitos. Nega febre. Nega icterícia. Nega comorbidades, cirurgias prévias ou uso de medicações. Na entrada REG, taquicárdica, hipotensa, afebril. Ao exame: abdome flácido, db negativo, com dor a palpação em epigástrio mais localizada em HD. Realizada estabilização clínica com 1500ml de volume e solicitado exames que evidenciavam hb 8,6 e ht 25,3 e TC abdome mostrando extenso hemoperitônio com maior componente envolvendo as superfícies parietais, fundocorporal gástrica e insinuando-se pela retrocavidade dos epíplons comprimindo anterior e posteriormente o estômago e pâncreas. Indicada LE que evidenciou 2500ml de sangue e hematoma em zona 1 em expansão. Realizado empacotamento com compressas para cessar sangramento e evidenciado hematoma peripancreático e sangramento ativo em hilo esplênico por aneurisma de artéria esplênica. Realizado ligadura artéria esplênica e esplenectomia propriamente dita. Mantida em cuidados intensivos se mantendo estável sem queda de hb ht com alta hospitalar no 4º po. Realizada angioTC de controle na alta hospitalar sem evidenciar outros aneurismas associados. Conclusão: os aneurismas de artéria esplênica devem ser tratados prevenindo-se a rotura e, sempre que possível, protegendo a viabilidade do órgão. Nos casos de rotura aguda, apesar de raro, devem ser lembrados como diagnóstico diferencial importante na sala de urgência e sua abordagem cirúrgica pode ser discutida sem, no entanto, postergar a conduta.

PALAVRAS-CHAVES: Artéria esplênica | Aneurisma artéria esplênica | Aneurisma roto artéria esplênica

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2343

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FISTULA ÍLEO BILIAR- RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA BERNARDES VIEIRA MAIA (SANTA CASA LIMEIRA), JÚLIA CYRÍACO (SANTA CASA LIMEIRA), BRUNO FERNANDO BINOTTO (SANTA CASA LIMEIRA), IGNACIO LEITE DA COSTA (SANTA CASA LIMEIRA), MURILO BARCELOS DE SOUZA (SANTA CASA LIMEIRA), DANIEL DE SÁ ANTUNES (SANTA CASA LIMEIRA), GUSTAVA ZIGGIATTI GUTH (SANTA CASA LIMEIRA), RICARDO ESTEVAM MARTINS (SANTA CASA LIMEIRA)

RESUMO: Introdução: Uma complicação da colelitíase é a fistula íleo biliar onde há formação de uma comunicação entre a vesícula biliar e algum segmento intestinal, passando cálculos para o trato digestivo, podendo levar a quadros obstrutivos, principalmente, no íleo terminal. A baixa incidência e a rara manifestação do quadro clássico (triade de Riggler), dificulta o diagnóstico, que é concretizado no intra operatório. O tratamento é cirúrgico e está diretamente relacionado com o prognóstico. A mortalidade é menor quando realizada a cirurgia de reparo de danos (enterolitotomia), mesmo com alta taxa de recidiva. O tratamento definitivo consiste na colecistectomia e fechamento da fistula íleo biliar. Casos de colecistite gangrenosa e pedras residuais devem ser tratados de maneira definitiva, já no primeiro momento. Não há um consenso na literatura quanto a melhor opção cirúrgica. Relato de caso: Feminina, 70 anos, obesa, diabética e hipertensa. Queixas de dor abdominal, constipação e vômitos. Os exames clínico e de imagem sugeriram suboclusão intestinal, foi tratada clinicamente. Após 20 dias, retornou com mesmos sintomas, além de vômitos fecaloides e distensão abdominal. Apresentava-se em bom estado geral, desidratada, abdome globoso e dor difusa à palpação. Reto colabado e presença de fezes ao toque. Sonda nasogástrica com débito fecaloide. Indicou-se cirurgia de urgência por abdome agudo obstrutivo. A laparotomia exploradora evidenciou bloqueio em íleo terminal, presença de múltiplos cálculos biliares, caracterizando íleo biliar. Foi feita enterectomia dos segmentos perfurados, colecistectomia e correção da fístula. No pós operatório imediato apresentou-se bem, porém nas próximas 48 horas evoluiu com sepse de origem abdominal, saída de líquido biliar pela incisão cirúrgica. Paciente evoluiu com choque séptico e óbito após 96 horas. Conclusão: O íleo biliar é de difícil diagnóstico clínico. Apesar de uma manifestação prévia de suboclusão intestinal, a paciente não apresentava a triade de Riggler ou episódios anteriores de colecistite aguda, portanto o diagnóstico só foi findado no intra operatório. Esse atraso predispôs a maiores chances de evoluir com complicações, como as perfurações e focos infecciosos. Mesmo que alguns estudos recomendem tratamento realizado em dois tempos cirúrgicos as condições da paciente (presença de múltiplos cálculos na cavidade abdominal e comorbidades) determinaram um tratamento definitivo imediato.

PALAVRAS-CHAVES: FISTULA ÍLEO BILIAR | OBSTRUÇÃO INTESTINAL | DIFICULDADE DIAGNOSTICA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2356

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abdômen agudo obstrutivo devido à hematoma de parede jejunal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUILHERME MARTINELLI VIEIRA (FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO), GABRIEL AUGUSTO GEROMEL (FACULDADE INTEGRADAS PADRE ALBINO), RICARDO ALESSANDRO TEIXEIRA GONSAGA (FACULDADE INTEGRADAS PADRE ALBINO), HUGO CONTATORE FRACASSO (FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO), MATHEUS VICENTE MAYORQUIM (FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO)

RESUMO: Masculino, 63 anos, tabagista, sem outras comorbidades prévias, em uso de varfarina há um mês devido a TVP em membro inferior esquerdo. Deu entrada no PS com quadro de dor abdominal em região epigástrica, distensão abdominal e vômitos de início há um dia. Apresentava um hemograma com 16200 leucocitos e 5 bastões, amilase de 45, INR > 120 (incoagulável). Realizado TC de abdômen total com contraste na qual foi visualizado: espessamento parietal segmentar do jejuno com obliteração de planos gordurosos adjacentes e realce heterogêneo por meio de contraste endovenoso e engurgitamento de vasa recta. Realizado Plasma fresco congelado para adequação do INR e submetido a laparotomia exploratória com achado cirúrgico de presença de 100 mL de sangue livre na cavidade abdominal, hematoma significativo em parede de jejuno (a 20 cm do ângulo de Treitz) com comprometimento de 60 cm de intestino delgado (sendo este inviável), hematoma em mesentério não expansivo. Durante a cirurgia foi realizado a enterectomia segmentar (sendo retirado o segmento inviável) com anastomose primária com sutura mecânica. Paciente teve alta no quinto dia pós-operatório, em uso de rivaroxabana e acompanhamento ambulatorial.

PALAVRAS-CHAVES: segmento do jejuno | enterectomia | hematoma de parede de jejuno

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2374

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DIU intra-abdominal: uma rara e grave complicação

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAÍS ROSSANA CRUZ DE SOUZA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ARTHUR LUIZ NORTE GOMES PEREIRA ARARUNA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), ROBERTO MORENO MENDONÇA (INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE NATAL), MANUELA GOMES DE AGUIAR (UNIVERSIDADE POTIGUAR), MARCÍLIO CARDOSO DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE POTIGUAR), RENANNA LYRA LIMA BARBALHO COUTINHO (UNIVERSIDADE POTIGUAR), RAPHAEL VICTOR CAMPOS FREIRE BARELA (UNIVERSIDADE POTIGUAR), THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O dispositivo intrauterino (DIU) é o método contraceptivo reversível de longa ação mais utilizado devido sua alta eficácia, segurança e baixo custo. Sua inserção pode apresentar algumas complicações raras, dentre elas o deslocamento do dispositivo. A sua saída da cavidade uterina é uma grave complicação, ocorrendo a cada 350 a 2.500 inserções. Este relato descreve um caso de deslocamento de DIU para a cavidade abdominal em uma paciente que inseriu o dispositivo após cesárea. RELATO DE CASO: APFFMG, sexo feminino, 34 anos, submetida a cesariana recente com inserção de DIU, apresentou-se com queixa de dor em abdome inferior e sangramento uterino anormal. Foi submetida a ultrassonografia pélvica transvaginal (USGTV) que evidenciou a presença de linha hiperecogênica atravessando a cicatriz cirúrgica. Tal achado foi compatível com o fio do DIU, uma vez que este não foi identificado na cavidade uterina, presumindo-se então que esse encontrava-se na cavidade abdominal. Seguiu-se a tomografia computadorizada (TC) de pelve que mostrou o DIU localizado no tecido adiposo da cavidade abdominopélvica, superior a bexiga urinária, sem evidências tomográficas de processo inflamatório local ou coleções. CONCLUSÃO: O deslocamento do DIU pode ocorrer por perfuração uterina durante a inserção ou posteriormente de forma espontânea. O risco de perfuração uterina no momento da inserção do DIU é maior no período pós-parto ou pós-aborto, devido a contração e involução uterina. Dentro da cavidade peritoneal, o DIU pode causar fibrose, dor abdominal, infertilidade, obstrução intestinal e perfuração de órgãos. A maioria das pacientes é assintomática, com diagnóstico tardio ou acidental por uma radiografia de pelve ou coluna vertebral. Os sintomas da existência de um corpo estranho iniciam após a inserção do dispositivo ou meses depois, a depender do local de fixação. O diagnóstico de DIU intra-abdominal é realizado inicialmente por USGTV e a radiografia pélvica pode descartar a sua expulsão vaginal e confirmar a localização intra-abdominal. Ocasionalmente, a TC pélvica é solicitada para definição da anatomia uterina. A abordagem consiste na remoção do DIU por via laparoscópica ou laparotomia. Alguns autores recomendam a remoção do DIU apenas nas pacientes sintomáticas, devido as aderências em torno do dispositivo. A OMS recomenda que qualquer DIU intra-abdominal seja removido cirurgicamente.

PALAVRAS-CHAVES: dispositivo intrauterino | deslocamento | cavidade abdominal

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2390

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: APENDICECTOMIA EM IDOSO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HELOIZA ARRAIS BANDEIRA TAVARES LEITE (HRG), VITOR VARJAO CHIANG (FACIPLAC), MARIANO FERNANDO SOARES DE ARAÚJO (FACIPLAC), RAFAELA DE ASSIS RAMOS LIMA (FACIPLAC), ISABELA FERREIRA DUTRA (FACIPLAC), DANIELLA SILVA MENA (HRG), MAISA HELENA DE ABREU SILVA SANTOS (HRG)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A frequência de cirurgias nos idosos está aumentando devido à maior expectativa de vida e aos progressos da medicina. Uma das emergências abdominais mais comuns é apendicite. A manifestação inicial nessa população pode ser de massa dolorida ou obstrução intestinal por aderências de perfuração apendicular não detectada previamente. Portanto, a apendicite aguda deve ser considerada como diagnóstico diferencial de dor abdominal em pacientes idosos. Por possuírem uma apresentação tardia e atípica, há um diagnóstico e intervenção tardios, aumentando a chance de uma apendicite complicada e um pós-operatório com risco de infecções da ferida, abscesso intra-abdominal, sepse e óbito. RELATO DE CASO: L.G.J, 76 anos, sexo masculino, negro, deu entrada ao pronto socorro cirúrgico referindo dor abdominal há 8 dias. Dor tipo cólica em hipogástrico, associada à parada de evacuação há 7 dias, hiporexia, vômitos pós prandiais e fecaloides, oligúria e perda de peso recente. Ao exame físico o abdome estava distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados, timpânico, doloroso à palpação profunda, sem visceromegalias e sem sinais de irritação peritoneal. À radiografia abdominal havia sinal de empilhamento de moedas, distensão de alças e níveis hidroaéreos. Tem histórico hipertensão arterial e neoplasia de bexiga, sendo realizada neobexiga há 8 anos. Foi submetido à laparotomia exploradora que constatou apendicite vermiforme necrosado, roto, com extravasamento de secreção entérica e aderido à parede abdominal, gerando semioclusão intestinal e necrose de íleo proximal, sem acometimento de neobexiga. Foi realizado hemicolectomia direita e ileotransversostomia. CONCLUSÃO: Diante do quadro observa-se uma apendicite aguda em idoso, faixa etária pouco comum, ou seja, um abdome agudo cirúrgico com mais fatores de risco e quadro clínico silencioso se apresentando inicialmente como uma obstrução intestinal em decorrência da perfuração apendicular, associada à necrose de íleo. A cirurgia de emergência tem um risco de morbi-mortalidade cerca de 20% a mais que os procedimentos eletivos devido aos fatores inatos a este grupo, como a baixa reserva energética, dificuldade de reverter distúrbios e pelas doenças de base. O tratamento de escolha foi apendicectomia, hemicolectomia à direita, ileostomia, antibioticoterapia adequada, supervisão da nefrologia e suporte da terapia intensiva para minimizar os riscos de complicações.

PALAVRAS-CHAVES: abdome agudo |apendicite|idoso

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2400

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFURAÇÃO JEJUNAL COMO COMPLICAÇÃO DE DIVERTICULITE DE SIGMOIDE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CESAR WAKOFF RANGEL (HOSPITAL SÃO LUCAS), MATEUS MENDES OROSKI (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - FACULDADE DE MEDICINA), LUCAS MARQUES DE OLIVEIRA (HOSPITAL SÃO LUCAS)

RESUMO: A diverticulite se caracteriza pela inflamação dos divertículos, resultando em micro ou macroperfurações, podendo evoluir com complicações significativas, como abscessos, fistulização, obstrução intestinal e peritonite franca. Relata-se um paciente masculino de 78 anos que deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor abdominal difusa, sem outras queixas associadas. Relata episódio recente de diverticulite tratada clinicamente com antibioticoterapia. Ao exame físico, frequência cardíaca de 98 bpm, pressão arterial 150x80 mmHg e eupneico em ar ambiente. Aparelhos cardiovascular e respiratório sem alterações dignas de nota. Abdome com peristalse ausente, difusamente timpânico, doloroso à palpação abdominal e superficial, com descompressão dolorosa em toda a topografia abdominal. Hemograma: leucocitose com desvio à esquerda. Tomografia computadorizada de abdome: presença de líquido livre, pneumoperitônio e abscesso de sigmoide. Indicada laparotomia exploradora. Realizada incisão xifopubiana e dissecação por planos até a cavidade abdominal. Ao inventário da cavidade, evidenciou-se grande quantidade de conteúdo fecal e purulento livre na cavidade e perfuração em alça de jejuno que estava aderida a um abscesso sobre o sigmoide. Realizada enterectomia com anastomose primária, drenagem cirúrgica do abscesso e lavagem extensiva da cavidade abdominal. Colocado dreno túbulo-laminar em fossa ilíaca esquerda. Concomitantemente, foi iniciada antibioticoterapia com ciprofloxacina e metronidazol. O paciente evoluiu bem clinicamente, recebendo alta no quinto dia de pós-operatório. As macroperfurações colônicas são complicações bem descritas da diverticulite. Entretanto, não há relato na literatura de perfuração de alça jejunal por diverticulite colônica, constituindo achado raro na prática cirúrgica. Infere-se, portanto, que o profundo conhecimento da anatomia intestinal e do processo fisiopatológico da diverticulite é fundamental ao cirurgião, de modo a permitir a correta identificação das lesões associadas e, conseqüentemente, o adequado manejo cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: diverticulite | abdome agudo | perfuração intestinal

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2402

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Primeiro diagnóstico de doença de Crohn pediátrica a partir da excisão ileocecal de emergência devido à obstrução aguda

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARJORYE BEZERRA PORCIUNCULA (UNICEUB), AMANDA LUIZA AGUIAR TAQUARY ALVARENGA (UNICEUB), DÉBORAH ÁLVARES DO NASCIMENTO (UNICEUB), JOÃO BOSCO LACERDA DE CAMARGO NETO (HRAN)

RESUMO: Introdução: A doença de Crohn (DC) acomete usualmente a 2ª e a 3ª décadas de vida. A DC pode evoluir em tal grau que 50%-80% dos pacientes diagnosticados necessitarão de cirurgia. As principais razões indicativas de cirurgias de emergência são estenoses sintomáticas e perfuração livre. O diagnóstico pode ser difícil devido à heterogeneidade das manifestações. Não obstante, existe uma escassez de indicações quando a suspeita diagnóstica compreende condições de abdome agudo relativas a casos de DC incidental. Relatamos um caso de obstrução intestinal aguda resultante de ileíte terminal, conduzindo a um primeiro diagnóstico de DC. Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 14 anos, admitida na emergência com quadro de abdome agudo. A TC evidenciou distensão hidroaérea de alças intestinais, linfonodomegalia mesentérica reacional e líquido livre na cavidade abdomino-pélvica. A partir dos achados na TC, devido ao uso de antibióticos dez dias antes da admissão e pela idade, suspeitava-se de uma apendicite complicada. Optou-se pela laparotomia exploratória com incisão mediana. Observou-se aderências entre alças de delgado, presença de bloqueio entre íleo e ceco, com secreção purulenta em seu interior, comunicando com área de necrose em parede mesentérica de íleo a 2 cm da válvula ileocecal. Íleo terminal com aspecto papular, endurecido ao toque. Ceco com diversas aderências na área de presença de abscesso, associado a textura endurecida. Presença de linfonodos aumentados em mesentério de íleo e demais órgãos abdominais sem alterações. Foi procedida liberação do bloqueio entre íleo e ceco, com lavagem da região, seguida de colectomia direita com ressecção de 20 cm de íleo. Iniciou-se investigação da história, evidenciando que a paciente apresentava diarreia e anemia hipocrômica microcítica há 3 meses da admissão. Foi solicitado laudo patológico, o qual sugeriu Doença de Crohn. Conclusão: O tratamento da DC exige habilidades clínicas e cirúrgicas para a resolução de complicações supurativas e de obstruções. Usualmente, pacientes com atividade inflamatória intestinal grave e fulminante manifestam sinais de obstrução intestinais ou sinais de irritação peritoneal. O tratamento de escolha para DC incidental que causa obstrução ileal aguda é a ressecção ileocecal, sendo eficaz e prolongada na DC pediátrica. O caso se torna relevante em consequência à exiguidade literária que retrate uma excisão ileocecal de emergência como primeiro diagnóstico de DC pediátrica.

PALAVRAS-CHAVES: Surgery | Ileitis | Emergency

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2419

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Apendicite Crônica: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO PEDRO LINS MENDES DE CARVALHO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CARLOS AUGUSTO METIDIARI MENEGOZZO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), LUIZA BARBOSA OLIVEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), FERNANDA PRADO LOGIUDICE (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), MARCOS TULIO MARTINO MENICONI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), CELSO DE OLIVEIRA BERNINI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: A apendicite aguda é a patologia cirúrgica mais prevalente entre adolescentes do sexo masculino. No entanto, a inflamação crônica do apêndice é uma entidade incomum de difícil diagnóstico e que traz prejuízos à qualidade de vida e à funcionalidade dos pacientes devido ao diagnóstico tardio e ao consequente atraso na abordagem terapêutica definitiva. Relato de Caso: Paciente FLS, 14 anos, masculino, deu entrada no pronto socorro com queixa de dor abdominal intermitente há 6 meses, agudizada há 1 dia. Há 6 meses vinha apresentando quadros recorrentes de dores em epigástrio associado a náuseas, sem vômitos, e que motivou diversas visitas a unidades de pronto socorro e faltas frequentes na escola, porém sem definição diagnóstica. No período, não realizou nenhum tratamento específico, apenas sintomático. Na admissão referia recorrência da dor há 1 dia, com migração para fossa ilíaca direita (FID) há algumas horas da admissão, associado a náuseas, sem febre. Veio encaminhado de outro serviço, com suspeita de apendicite aguda e Escore de Alvarado de 5. À entrada, foram solicitados ultrassonografia de abdome total (laudo dentro dos padrões da normalidade, porém apêndice cecal não foi visualizado) e exames laboratoriais (leucocitose sem desvio, sem elevação de PCR). Prosseguida investigação com tomografia computadorizada de abdome, que mostrou apêndice cecal na fossa ilíaca, com calibre e espessura da parede aumentados, e densificação da gordura periapendicular. Paciente foi então submetido a apendicectomia videolaparoscópica e recebeu alta 36h após cirurgia. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica evidenciou infiltrado linfomononuclear crônico com hiperplasia linfoide reacional, compatível com processo inflamatório crônico. Conclusão: Descrevemos um caso de um adolescente com quadro de apendicite crônica, diagnosticado e tratado após 6 meses do início do quadro. O caso descrito apresenta-se em concordância com a literatura, confirmando que a inflamação crônica do apêndice cecal é uma patologia de difícil diagnóstico para o qual se exige alto grau de suspeição. Portanto, tal diagnóstico deve sempre ser suspeitado nos casos de dor abdominal crônica em adultos jovens, com agudizações mimetizando apendicite aguda. O tratamento definitivo eficaz melhora a qualidade de vida dos pacientes e reduz ausências escolares e no trabalho

PALAVRAS-CHAVES: APENDICITE CRÔNICA|APENDICITE RECORRENTE|DOR ABDOMINAL CRÔNICA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2453

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ROTURA DE ANEURISMA DA ARTÉRIA ESPLÊNICA: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAILTON GALDINO DE OLIVEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), CAMILLY SCHWANZ WANDERMUREM (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Introdução: os aneurismas das artérias viscerais são doenças raras. Dentre estes, o Aneurisma da artéria esplênica (AAE) é o mais frequente, respondendo por 60% dos casos, com maior prevalência no sexo feminino, portadores de hipertensão portal ou arteriosclerose e gestantes. Além disso, trauma e infecções são fatores fisiopatológicos comuns. O AAE é uma doença de curso quase sempre assintomático, muitas vezes descoberta acidentalmente em exame de imagem e que representa ameaça à vida pelo risco de rotura e sangramento. O AAE pode se tornar sintomático em 20% dos casos e se manifesta com dor em quadrantes superiores do abdome, ou, ainda, com irradiação da dor para região escapular esquerda. A dor pode progredir para lancinante quando há rotura com rápida progressão para dor em todo abdome, associada à choque hipovolêmico. O rompimento acontece em 3,0 a 9,6 % dos portadores, com mortalidade cirúrgica aproximada de 0,5% nos não-rotos e de 25% dos rotos. Relato de Caso: paciente do gênero masculino, 41 anos, portador de hipertensão portal, atendido na emergência de um hospital secundário do Estado de São Paulo, com queixa de dor torácica com irradiação para a região epigástrica e no exame físico apresentava dor à palpação da região epigástrica. Dezoito horas após admissão, evoluiu com choque hipovolêmico e queixa de dor lancinante difusa no abdome. Realizada ressuscitação hemodinâmica. Os exames laboratoriais evidenciaram anemia aguda. O paciente foi submetido à TC de abdome que evidenciou AAE roto de cerca de 1,5cm de diâmetro. Realizada laparotomia exploradora, que confirmou o diagnóstico tomográfico, observado grande quantidade de sangue livre em toda cavidade abdominal (mais de 2L), hematoma retroperitoneal e aneurisma da artéria esplênica. Realizada esplenectomia. No pós-operatório, ocorreu choque hipovolêmico refratário às manobras de ressuscitação e óbito. Conclusão: o aneurisma de artéria esplênica é uma dos diagnósticos diferenciais do abdômen agudo hemorrágico e exige rápida intervenção para reduzir o risco de desfecho letal.

PALAVRAS-CHAVES: Aneurisma Roto | Artéria esplênica | Choque hemorrágico

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2471

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Sinal de Chilaiditi. Relato de raro sinal clínico-radiológico abdominal.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LAURA TIMM JUNQUEIRA (UNISC), GERSON JUNQUEIRA JUNIOR (SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E DIGESTIVA. HOSPITAL MÃE DE DEUS.), MARCIUS PRESTES (SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL MÃE DE DEUS.), CARLA BOCHI (SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E DIGESTIVA. HOSPITAL MÃE DE DEUS.), MARIENE CENTENO ABEL (UFCSPA), RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO (UFCSPA), CARLOS ARTURO MOLINA OSPINO (SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL MÃE DE DEUS.), NADIA GABRIELE RUDNICK (SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E DIGESTIVA. HOSPITAL MÃE DE DEUS.)

RESUMO: Introdução: O sinal de Chilaiditi é definido como a interposição permanente ou temporária do cólon ou do intestino delgado entre o fígado e o rebordo costal diafragmático direito. Descrito pela primeira vez na literatura médica pelo radiologista grego Demetrius Chilaiditi em 1910, o sinal é encontrado em 0,025% a 0,28% da população em qualquer faixa etária, aumentando levemente nos maiores de 60 anos, sendo mais comum em homens do que em mulheres na relação de 4:1. A patogênese dessa distorção anatômica pode ser resultado de disfunções funcionais como constipação crônica, aerofagia, cirrose, paralisia diafragmática, doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade, multiparidade e ascite. Quando associado a sintomas como dor abdominal, náuseas, dor retroesternal, sintomas respiratórios, vômitos, distensão abdominal, obstrução ou suboclusão intestinal, designa-se síndrome de Chilaiditi. O presente relato apresenta um caso de paciente com sinal de Chilaiditi diagnosticado por meio de angiotomografia arterial pulmonar com contraste no Hospital Mãe de Deus, em Porto Alegre. Relato de Caso: L.F.M., 72 anos, masculino, branco. Paciente com história prévia de HAS, gota, Hepatite B e DPOC e em uso crônico de losartana, alopurinol, finasterida e sinvastatina. Paciente procurou atendimento na emergência do hospital por infecção do trato respiratório inferior e hipoxemia. Sem queixas digestivas e/ou urinárias no momento da internação. Com a suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar, realizou, entre outros exames, angiotomografia arterial pulmonar (com contraste), em que se visualizava a imagem do cólon transversal interposto entre o diafragma e o fígado. Sem outras alterações radiológicas. Não apresentava no momento do exame qualquer sinal ou sintoma abdominal relevante. Conclusões: O sinal de Chilaiditi normalmente é diagnosticado em um exame radiológico de tórax ou abdômen ou em tomografia computadorizada e o paciente é assintomático. A sua incidência é de 0,025% a 0,28% nos exames radiológicos em todas as idades, sendo mais comum em homens. A associação desse sinal com sintomas clínicos caracteriza a síndrome de Chilaiditi.

PALAVRAS-CHAVES: Sinal de Chilaiditi | interposição hepato-diafragmática do cólon | Síndrome de Chilaiditi

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2474

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: APENDICECTOMIAS EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO DA GRANDE SÃO PAULO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MONICA DE OLIVEIRA MELO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), LUCAS CARTAFINA BARBOSA DE SOUSA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), ROGERIO APARECIDO ESTEVES NEVES (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Objetivos: descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos à apendicectomia em hospital secundário. Materiais e Método: estudo observacional retrospectivo de prontuários eletrônicos de pacientes submetidos a apendicectomia no período de abril de 2014 a abril de 2015. Resultados: a apendicectomia foi realizada em 108 pacientes, 61,1% foram do gênero masculino. A média de idade no gênero masculino foi de 30 anos (DP= 15 anos) e no feminino foi de 36 anos (DP= 14 anos), sendo significativa esta diferença ($p= 0,028$). A apendicite foi classificada como fase 0 em 9% dos casos; fase 1 (edematosa) em 17%; fase 2 (flegmonosa) em 28%; fase 3 (necrótica) em 25% e fase 4 (perfurativa) em 21% dos casos. O tempo médio entre admissão hospitalar e realização de exames de imagem foi de 9 horas, já o intervalo médio entre a admissão e início da cirurgia foi de 25 horas. O tempo médio de internação foi de 3,7 dias, sendo de 3,4 dias, 1,8 dia, 2,1 dias, 3,4 dias e 7,8 dias nas fases 0, 1, 2, 3 e 4, respectivamente (p Conclusões: as apendicectomias foram mais frequentes em homens jovens, predominando apendicites grau 2. O tempo de internação é maior nas fases avançadas de apendicite. Os acessos cirúrgicos laterais predominaram. As complicações graves foram incomuns. Bibliografia: 1. SAMMALKORPI et al. A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis ? a prospective study. In *BMC Gastroenterology* 2014, 14:114; 2. BORGES, Ricardo Salgueiro et al. Relevância da ultrassonografia no diagnóstico pré-operatório da apendicite aguda. *Rev. Med. Res. Curitiba*; 3. PAAJANEM, Hannu et al. A prospective randomized controlled multicenter trial comparing antibiotic therapy with appendectomy in the treatment of uncomplicated acute appendicitis (APPAC trial). *BMC Surgery*. 2013. 13:3.27.

PALAVRAS-CHAVES: apendicectomia | Epidemiologia | Diagnóstico

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2479

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: APENDICITE POR ENDOMETRIOSE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA ANDRADE ALEIXO (UNITAU), LUÍSA PALOMANES MANOEL (UNITAU), LUCAS SAN MARTIN CARVALHO CORRÊA (SÃO CAMILO), CARLOS EDUARDO AZEVEDO FERRETTI (UNITAU)

RESUMO: Introdução: A endometriose é uma doença caracterizada por tecido endometrial ectópico, classificada como alterações proliferativas benignas, considerada comum em mulheres na idade fértil. No entanto, a endometriose gastrointestinal é incomum, e a endometriose do apêndice resultando em apendicite aguda é ainda mais rara, como demonstrado pelo estudo relatado por Uohara et al., que quantificou a endometriose do apêndice em 0,8% da população analisada de 1.496 casos de apendicectomia. Essa condição patológica não é clara, e o mecanismo pelo qual geralmente ocorre é por extensão direta da lesão do ovário direito ou por metaplasia intestinal. A análise do relato de caso ocorrido no Hospital Regional do Vale do Paraíba (HRVP) é notável por ser um achado cirúrgico, devido a associação de endometriose do apêndice com endometrioma no ovário esquerdo, tornando-se um caso extremamente raro. Objetivo: O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de apendicite causada por endometriose, associada à endometrioma no ovário esquerdo. Métodos: É relatado um caso de apendicite por endometriose após revisão de prontuário e acompanhamento do ato cirúrgico de uma paciente de 25 anos, que apresentou inicialmente com quadro clínico de apendicite aguda. A paciente possuía dor em fossa ilíaca direita, presença de náuseas e vômitos, mas negava febre. Negava história pregressa de comorbidades, porém relatou irregularidade do ciclo menstrual, sem uso anticoncepcional. Resultados: Após o encaminhamento da paciente ao serviço de Cirurgia Geral do HRVP, foi optado por abordagem cirúrgica. No ato operatório, encontrou-se como causa da apendicite aguda a endometriose, associada a um endometrioma no ovário esquerdo. Conclusão: Trata-se de um caso pouco frequente, sendo necessária realização de mais pesquisas para esclarecimento da causa da apendicite por endometriose. Referências: Santos AC, Lemos R, Menegatti AL, Pilger MC. Apendicite com intussuscepção e endometriose: um relato de caso. Revista da AMRIGS, 59(3):233-236, 2015. Revzin MV, Marthur M, Dave HB, Macer ML, Spektor M, et-al. Pelvic Inflammatory Disease: Multimodality Imaging Approach with Clinical - Pathologic Correlation. Radiographics, 2016; 36(5):1579-96. Roman H, Ness J, Suci N, Bridoura V, Gourcerol G, Leroi AM, Tuech JJ, Ducrotte P, Savoye-Collet C, Saroye G. Are digestive symptoms in women presenting with pelvic endometriosis specific to lesion localizations? Preliminary prospective study. Hum Reprod, 2012; 27:3440-3449.

PALAVRAS-CHAVES: APENDICITE | ENDOMETRIOSE | ENDOMETRIOMA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2481

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E ULTRASSOM EM APENDICITES EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO DA GRANDE SÃO PAULO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MONICA DE OLIVEIRA MELO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), LUCAS CARTAFINA BARBOSA DE SOUSA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), RENATHA PAIVA DE CASTRO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Objetivos: analisar a acurácia da tomografia computadorizada ? TC ? e ultrassom ? USG ? no diagnóstico de apendicites e o seu impacto no intervalo de tempo entre a admissão hospitalar e a cirurgia e tempo de internação. Materiais e Método: estudo observacional retrospectivo de prontuários eletrônicos de pacientes submetidos à apendicectomia no período de abril de 2014 a abril de 2015. Os resultados foram submetidos à análise estatística. Resultados: a apendicectomia foi realizada em 108 pacientes (61,1% homens). Os exames de imagem (ultrassom e/ou tomografia) foram realizados em 79,6% dos pacientes. O tempo médio entre admissão hospitalar e realização destes exames de imagem foi de 9 horas. A sensibilidade da TC (n=72) foi de 72% e do USG (n=24), 52%. A especificidade da TC foi de 62,5% e do USG 100%. A acurácia da TC foi de 70,8% e do USG, 58,3%. Os pacientes que não realizaram estes 2 exames de imagem (20,4%) tiveram tempo médio entre admissão hospitalar e cirurgia de 11 horas; os submetidos apenas à USG (13%), 15 horas; os submetidos apenas à TC (57,4%), 28 horas e os submetidos à USG e TC (9,2%) foi de 49 horas (pConclusões: a TC e o USG apresentaram acurácia limitada. Os pacientes submetidos a estes exames foram apendicetomizados mais tardiamente e permaneceram internados por mais tempo. Bibliografia: 1. SAMMALKORPI et al. A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis ? a prospective study. In BMC Gastroenterology 2014, 14:114; 2. BORGES, Ricardo Salgueiro et al. Relevância da ultrassonografia no diagnóstico pré-operatório da apendicite aguda. Rev. Med. Res. Curitiba; 3. PAAJANEM, Hannu et al. A prospective randomized controlled multicenter trial comparing antibiotic therapy with appendectomy in the treatment of uncomplicated acute appendicitis (APPAC trial). BMC Surgery. 2013. 13:3.27.

PALAVRAS-CHAVES: tomografia | apendicectomia | ultrassom

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2493

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Detecção precoce do pneumotórax secundário à intubação da via aérea inferior por sonda de alimentação enteral: um estudo de qualidade do serviço em população idosa.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JORGE HENRIQUE RIVABEN (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), JULIO MOTT ANCONA LOPEZ (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), MARCIO BOTTER (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), ANDRE MIOTTO (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), RAFAEL HENRIQUE ROJA (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR), THIAGO HASSEGAWA (INSTITUTO DE ENSINO PREVENT SENIOR)

RESUMO: Introdução: a indicação de alimentação por sonda enteral tem aumentado nos hospitais dedicados a população idosa. Podem ocorrer complicações respiratórias relacionado ao método. Objetivos: Analisar os sujeitos que sofreram pneumotórax secundário ao mal posicionamento da sonda de alimentação enteral em uma população idosa. Método: Estudo retrospectivo realizado entre outubro de 2015 e janeiro de 2016 dos pacientes que apresentaram pneumotórax secundário ao mal posicionamento da sonda de alimentação enteral em uma população idosa. Resultados: Foram incluídos 18 sujeitos, sendo 14 do sexo feminino e 04 do masculino. A média da idade foi de 86 anos. O lado mais acometido foi a cavidade pleural direita em 15 casos, sendo que em 02 sujeitos o pneumotórax foi bilateral. O diagnóstico foi realizado no mesmo dia em 15 casos, no dia seguinte em 02 casos e em 48 horas em 01 caso. O dreno utilizado no primeiro atendimento em 17 casos foi o tubular tipo "pig tail" sendo que em 01 sujeito não foi drenado. A média do tempo de drenagem foi de 6,45 dias. A dieta pela sonda nasoenteral não foi liberada em 15 casos e, administrada de forma inadvertida em apenas 03 casos. O hidro-tórax estava associado em 03 sujeitos. Sobre a ventilação, 15 pacientes estavam em modo espontâneo e 03 em ventilação mecânica assistida. A maior parte dos pacientes apresentou evolução favorável do pneumotórax, promovendo a expansão pulmonar e cicatrização da fístula com retirada do dreno em 14 sujeitos. Dois pacientes necessitaram de intervenção operatória, os dois sobreviveram, 01 sujeito foi submetido a decorticação pleural e, 01 outro, necessitou de pleuroscopia para remoção de coleção residual. Ocorreram 04 mortes sendo 02 relacionadas fortemente a complicação da sonda nasoenteral mal locada na via aérea inferior que contribuiu para a falência respiratória e outros 02 morreram de complicações relacionadas a outras patologias, embora ainda estivessem com o dreno de tórax. Foram realizadas 13,570 introduções de sondas no período estudado, portanto a complicação ocorreu em 0,13 % deste universo. Conclusão: A maioria dos pacientes desta série evoluiu para a cura do pneumotórax secundário a introdução da sonda enteral mal locada na via aérea inferior com o uso do dreno de tórax tubular. A ação educativa foi positiva, pois a maioria dos sujeitos teve seu diagnóstico da complicação estabelecido imediatamente ao método realizado e com uma taxa muito pequena de eventos frente ao universo estudado.

PALAVRAS-CHAVES: Pneumotórax|sonda de alimentação |idoso

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2494

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFURAÇÃO DE CECO SECUNDÁRIA A TIFLITE FLEGMONOSA EM PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOCÍTICA AGUDA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA ALONSO RODRIGUEZ FLEMING (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), JOAO PAULO GUIMARES SALVADOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), MARCELO SA DE ARAUJO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), CRISTIANE RABELLO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), ODILE NOGUEIRA UGARTE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), GABRIEL AMORIM DE BRITO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), ANDRE LUIZ BERTHOLO DE SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), ANNELISE PASSOS BISPOS WANDERLEY (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Tiflite aguda consiste em inflamação do ceco, em geral secundária a neutropenia associada a quimioterapia, imunossupressão ou a pacientes transplantados. A histopatologia revela lesões inflamatórias agranulocíticas que macroscopicamente se manifestam como espessamento da parede do ceco e perda do padrão aveludado da mucosa, podendo haver ulcerações, necrose e perfuração. A presença de hemorragia intestinal, obstrução, abscesso, necrose transmural, perfuração e sepse são critérios para intervenção cirúrgica. RELATO DE CASO Homem de 48 anos portador de leucemia mieloide aguda (LMA) em tratamento quimioterápico para consolidação de remissão deu entrada na emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) apresentando há três dias quadro de dor abdominal inicialmente em fossa ilíaca direita, com evolução difusa, náuseas, febre não aferida e diarreia. Ao exame físico, estava hipocorado, desidratado, hipotenso, taquicárdico, com peristalse reduzida, abdome distendido, doloroso à palpação difusamente, com descompressão dolorosa. Solicitados exames laboratoriais e radiografia de abdome, que demonstraram 40.500 leucócitos com 14% de bastões e distensão acentuada do ceco e alças do delgado, com nível hidroaéreo, interrompido a partir de ceco, com pneumatose intestinal. Realizada laparotomia exploradora, sendo observada extensa necrose de ceco, de porção de cólon ascendente e íleo terminal com perfuração cecal. Realizada então ileocelectomia direita com ileostomia terminal e antibioticoterapia. Apresentou boa evolução no pós operatório, tendo alta após completar esquema de antimicrobiano, retornando à quimioterapia 30 dias após intervenção cirúrgica. CONCLUSÃO A tiflite aguda é uma entidade patológica associada a neutropenia, sendo raros os casos que não apresentam esta correlação, como o descrito, no qual o paciente apresentou leucocitose. Apesar do termo sugerir acometimento do ceco, na ocasião do diagnóstico, em geral evidencia-se comprometimento do apêndice vermiforme e do íleo terminal. Em casos de suspeita de tiflite, a ressecção do cólon deve ser protelada, tratando-se o paciente inicialmente com antibioticoterapia, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e antifúngicos em alguns casos, reservando-se cirurgia para casos de complicações, como perfuração intestinal vista no caso descrito. Apesar da gravidade do quadro apresentado e do estado geral debilitado do paciente pela LMA, este apresentou evolução favorável, sem complicações no pós operatório.

PALAVRAS-CHAVES: Tiflite aguda | Perfuração cecal | Tiflite flegmonosa

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2495

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Intoxicação por monóxido de carbono: atendimento inicial a múltiplas vítimas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA MANGABEIRA CORREIA (EPM- UNIFESP), LUÍSA RESENDE TENÓRIO DE ALBUQUERQUE (EPM - UNIFESP), SONIA DE SOUZA ROGERI (EPM-UNIFESP), ISABELA BARTELLI FONSECA (EPM-UNIFESP), MATHEUS GRECHI MARTINS GAMA (EPM-UNIFESP), BÁRBARA PERES LAPETINA GONÇALVES SARAIVA (EPM-UNIFESP), BEATRIZ HELENA CERMARIA SOARES DA SILVA (EPM-UNIFESP), MARTIN MARCONDES CASTIGLIA (EPM-UNIFESP), DIEGO ADAO FANTI SILVA (EPM-UNIFESP)

RESUMO: IntroduçãoA inalação de monóxido de carbono (CO) é uma forma potencialmente fatal de intoxicação inalatória e um preditor independente de mortalidade, respondendo por 5% das admissões em unidades de queimados. Mais comumente, afeta adultos do gênero masculino entre a terceira e quinta década de vida, principalmente em ambientes fechados saturados com produtos da combustão dos motores a gasolina. A apresentação clínica dos pacientes expostos pode variar de formas leves a graves, e a suspeita deve existir principalmente em pacientes confusos ou comatosos, com acidose láctica inexplicada e oriundos de ambiente de risco.O padrão ouro para o diagnóstico de intoxicação por CO é dado pela medida sérica da carboxi-hemoglobina, conquanto seus níveis não se correlacionem diretamente com a gravidade clínica do paciente. Portanto, em casos suspeitos, deve-se iniciar empiricamente o tratamento com oxigenioterapia em concentrações elevadas. Relato do casoOito trabalhadores de uma empresa especializada em construção de túneis iniciaram quadro de sonolência e confusão mental durante atividade laboral, após falha de um exaustor durante o uso de escavadores movidos a gasolina. Foram levados de imediato ao serviço de emergência pela equipe local, com necessidade de triagem segundo o Protocolo START (Simple Triagem e Rápido Tratamento), em virtude do excesso de vítimas em relação aos recursos disponíveis. Cinco deles, com capacidade de deambular, foram encaminhados à sala de observação; e três permaneceram na sala de emergência. Todos foram atendidos segundo o protocolo do ATLS® (Advanced Trauma Life Support), com coleta de gasometria arterial seguida de suplementação com oxigênio. Os três pacientes mais graves apresentavam sintomas neurológicos compatíveis com intoxicação por CO, entre eles cefaleia, rebaixamento do nível de consciência (Glasgow entre 9 e 13), déficit neurológico transitório e agitação psicomotora. A gasometria arterial apresentava lactato variando de 1,55 a 3,89 mmol/dL (normal ConclusãoApesar da ausência do diagnóstico de certeza, a simples suspeita de intoxicação por CO deve ser tratada empírica e prontamente, segundo os princípios de triagem e sistematização do ATLS®.

PALAVRAS-CHAVES: lesão por inalação | monóxido de carbono | múltiplas vítimas

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2536

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento não operatório da apendicite aguda complicada: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE GUSMAO CUNHA (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), RODRIGO LOUREIRO MACHADO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO)

RESUMO: Introdução: Apendicite aguda (AG) é uma das causas mais comuns de abdome agudo entre adultos jovens e a apendicectomia é o tratamento mais frequentemente realizado. A decisão de explorar cirurgicamente uma suspeita de AG envolve diversos fatores, dentre eles: a acurácia do método diagnóstico, idade do paciente e suas comorbidades, desejo do paciente, curso natural da doença e consideração dos recursos, muitas vezes limitados, para abordagem do caso. Estudos retrospectivos atuais recomendam tratamento conservador com antibioticoterapia e drenagem percutânea, na presença de abscessos como complicação da AG. Nestes casos, há relatos que cirurgias imediatas estão associadas a um aumento de morbidade e risco de ressecção ileocecal desnecessária. Assim, é válido considerar que o tratamento não operatório da apendicite aguda. Relato do caso: Paciente sexo masculino, 61 anos, sem comorbidades, deu entrada na emergência com queixa de dor em fossa ilíaca direita (FID) há 12 dias, associado a febre não mensurada e vômitos diários. Trouxe consigo ultrassonografia de abdome total sugestiva de apendicite aguda. À admissão encontrava-se em bom estado geral, sem sinais de resposta inflamatória, apresentando ao exame físico dor intensa em FID, com aparente plastrão à palpação profunda e sinal de Blumberg positivo. Foi submetido à tomografia computadorizada de abdome que evidenciou imagens compatíveis com apendicite aguda complicada com abscesso. Optado por realizar drenagem percutânea do abscesso guiada por ultrassonografia com colocação de dreno abdominal (procedimento sem intercorrências e material coletado enviado para cultura), associado a antibioticoterapia por 7 dias. Realizada tomografia computadorizada de abdome de controle 5 dias após a drenagem, que evidenciou redução significativa do abscesso em FID. Recebeu alta hospitalar o 7º dia de internamento. Retornou após 6 semanas com resultado de colonoscopia normal, sem apresentar queixas, quando foi optado por não realizar apendicectomia e manter acompanhamento ambulatorial. Conclusão: O tratamento conservador em casos de complicações da AG, como o abscesso, pode evitar riscos desnecessários de ressecção ileocecal evitando aumento da morbidade nos pacientes estáveis. Porém, esta prática ainda não é bem difundida na maioria dos serviços de cirurgia.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite aguda | Tratamento não operatório | Abdome agudo inflamatório

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2548

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estrongiloidíase disseminada ? Relato de caso e revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FABRICIO DA SILVA CASTILHO (HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI)

RESUMO: A estrongiloidíase é uma parasitose geralmente crônica e assintomática. Contudo, sua forma mais grave é invasiva e freqüentemente fatal. A estrongiloidíase disseminada é uma condição que possui critérios diagnósticos pouco específicos e tratamentos com eficácia limitada, o que contribui para sua elevada mortalidade. Relatamos a importância do diagnóstico precoce e prevenção desta doença que vêm aumentando sua incidência na população. JARS, 31 anos, masculino, paciente dá entrada no Pronto Socorro Adulto do Hospital Municipal Mario Gatti queixando-se de dor abdominal intensa e difusa associado à constipação intestinal, náuseas e vômitos há 1 dia. Referia que este era o primeiro atendimento médico que procurava, negava demais queixas gerais, cardiológicas, respiratórias, gastrointestinais e urinárias. Nega pico febril. Nega internações prévias, nega alergias, nega doenças crônicas de base. Usuário de drogas (Crack e Maconha), tabagista, etilista social. Nega doenças progressivas. Paciente deu entrada apresentando baixos níveis de Hemoglobina e hematócrito que agravaram-se durante a internação. Uma discreta leucocitose que se manteve até o óbito. Com plaquetose de 896.000, entretanto, próximo à data do óbito apresentou plaquetopenia 37.000. US DE ABDOME TOTAL MASCULINO: Distensão gasosa de alças intestinais + acentuada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Exame de escarro: Presença de S. Stercoralis. Indicada laparotomia exploradora onde foi desfeito o volvo de delgado que encontrava-se com torção de 360°. Internação em Unidade de Terapia Intensiva, devido a queda na saturação de O₂ (80%), taquicardia, dispnéia severa, hipotensão, ausculta pulmonar com roncosp difusos e RX com infiltrado alveolar bilateral em tratamento com Cefepime + Metronidazol. Iniciada terapêutica para estrongiloidíase com Ivermectina após confirmação laboratorial do exame de escarro. Durante a internação, o paciente apresentou-se com piora do quadro clínico, em ventilação mecânica e NPT. O paciente veio a óbito devido ao edema cerebral causado pelo choque séptico que se desenvolveu em decorrência da estrongiloidíase disseminada. Após a revisão de todo prontuário, desde a internação do paciente no Pronto Atendimento até seu óbito na Unidade de Terapia Intensiva, o caso foi conduzido de acordo com as normativas descritas na literatura mais atual. Desde seu diagnóstico até seu tratamento final que, apesar de todas as medidas, obteve desfecho desfavorável.

PALAVRAS-CHAVES: Estrongiloidíase disseminada | Parasitose | Abdome Agudo Obstrutivo

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2601

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VICTOR HUGO OLIVEIRA PONCIANO (HUGOL), LUCAS VIANA FAISANO (HUGOL), REINALDO NEVES JUNIOR (HUGOL), LEANDRO CAMPOS DONA (HUGOL), WELLINGTON JOSE DOS SANTOS (HUGOL), MATEUS QUARESMA MENDONÇA (HUGOL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Abdome agudo obstrutivo consiste em uma condição clínica que tem como principal sintomatologia a dor abdominal aguda em cólica, associada à distensão abdominal, náusea e vômitos, diarreia paradoxal e parada da eliminação de flatos e fezes, podendo ainda evoluir com desidratação, distúrbios hidreletrolíticos, peritonite fecal, comprometimento hemodinâmico, sepse de foco abdominal e óbito. Dados americanos sugerem que cerca de 15% de todas as admissões em emergências por dor abdominal são causadas pela síndrome obstrutiva. Pode ser didaticamente classificada de algumas formas como: mecânica ou funcional; obstrução alta (delgado) ou baixa (cólon); obstrução parcial (suboclusão) ou completa; simples ou complicada. RELATO DE CASO: V.V., masculino, 61 anos, hipertenso, renal crônico não dialítico, admitido com queixa de dor e distensão abdominal associado à vômitos biliares, oligúria e parada da eliminação de flatos e fezes, há aproximadamente 7 dias. Colecistectomia e cistostomia prévia há 6 anos. TC de abdome evidenciando: ?moderada dilatação de alças intestinais delgadas por conteúdo líquido, formando níveis hidroaéreos?. Inicialmente elucidado o diagnóstico de abdome agudo obstrutivo, descartado causas metabólicas, foi submetido ao tratamento clínico por 36h, sem melhora do quadro, evoluiu com vômitos fecaloides, sondagem nasogástrica com débito maior que 1,6L/24h, piora progressiva da função renal com necessidade dialítica (ureia: 218, cr: 4,9), anúria e confusão mental. Optado devido descompensação clínica por abordagem cirúrgica da forma menos invasiva possível. Realizada abordagem videolaparoscópica para lise de bridas, com evidência intraoperatória de ponto de aderência firme entre alças do intestino delgado e parede abdominal em topografia de hipocôndrio direito (colecistectomia prévia), realizado lise das aderências e inventário da cavidade via laparoscópica, sem outros achados. Paciente evoluiu satisfatoriamente, tendo eliminação de flatos já no 2º PO, fezes em grande quantidade no 3º PO com alívio completo dos sintomas e alta cirúrgica no 5º PO, obteve melhora da função renal no 15º PO. CONCLUSÃO: A síndrome de obstrução abdominal pode vir acompanhada de comorbidades ou descompensações metabólicas que prejudicam o tratamento tanto clínico quanto cirúrgico, portanto a escolha do tratamento cirúrgico deve ser a menos invasiva possível (videolaparoscopia), visto a diminuição drástica da morbimortalidade pós operatória, e o tempo de internação hospitalar

PALAVRAS-CHAVES: abdome agudo | videolaparoscopia | síndrome obstrutiva

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2603

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Diverticulite de Meckel em homem jovem

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARETUSA KRUCHINSKI (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), MURILO DALLA COSTA (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), PATRÍCIA MORAES (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), EVELYN MÁRCIA LEITE PEREIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), MARILIA HIRTH RIBAS (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), MARCOS GUILHERME TIBES PAULETTI (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), FELIPE DE SOUZA DE BARROS CORREA (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), JOEL ANTONIO BERNHARDT (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN)

RESUMO: Divertículo de Meckel é um remanescente do conduto onfalomesentérico. (2) É um divertículo verdadeiro, localizado na borda anti-mesentérica dos últimos 100 centímetros do íleo. (2) Atinge 2% da população (1) e apresenta taxa de complicação de 4% durante toda a vida. (3) Hemorragia, obstrução e inflamação são os três grandes grupos de complicações. (3) A diverticulite é uma das complicações identificadas nesses casos e é clinicamente indistinguível da apendicite, exceto que a dor é tipicamente localizada em região periumbilical. (1) Casos sintomáticos devem ser ressecados, através de enterectomia com enteroanastomose nos casos de inflamação ou ulceração. (1) Identificação: M.I.P., 15 anos, estudante, sem comorbidades. HDA: Paciente com dor periumbilical há seis horas, com náuseas e vômito. Sem queixas urinárias, intestinais ou febre. Sinais vitais estáveis, dor à palpação em mesogástrio e baixo ventre. Sem alterações laboratoriais. Liberado com orientações. Retorna após 12 horas, com piora dos sintomas. Mantém sinais vitais estáveis, dor em mesogástrio e baixo ventre, sem irritação peritoneal. Leucocitose, sem desvio à esquerda, PCR 90. TC de abdome: Pneumoperitônio, apêndice cecal em FID com 14 mm, líquido livre e borramento de planos adiposos adjacentes, líquido livre na pelve. Indicada laparotomia, com incisão mediana infraumbilical. Identificado pus na cavidade, a 60 cm da válvula íleo cecal hiperemia, Divertículo de Meckel com perfuração próxima à base, apêndice cecal aparentemente sem alterações. Realizada lavagem exaustiva da cavidade, enterectomia + enteroanastomose com grampeador linear e apendicectomia. Boa evolução, alta no 5o PO. Acompanhamento pós operatório no 15o PO, sem queixas, com boa cicatrização. Anatomopatológico: Diverticulite de Meckel perfurada (serosite aguda fibrinoleucocitária) e Apendicite aguda. A importância desse caso repousa na dificuldade da diferenciação entre diverticulite do divertículo de Meckel e apendicite aguda, através da avaliação clínica e laboratorial. 1 - WONG, C. S.; et al. Meckel's diverticulitis: a rare entity of Meckel's diverticulum. *Journal of Surgical Case Reports*, Jan, n. 1, p. 1-3, 2017. 2 - GUEYE, M.L.; et al. Perforated mesenteric Meckel's diverticulum in an adult: a real variant?. *Journal of Surgical Case Reports*, Set, n. 9, p. 1-3, 2015. 3 - FARAH, R. H.; et al. Spontaneous perforation of Meckel's diverticulum: a case report and review of literature. *Pan African Medical Journal*. n. 20, v. 319, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: Diverticulo Ileal | Apendicite | Abdome agudo

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2608

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: APENDICITE GRAU 5 E AUSÊNCIA DE SINTOMAS ÁLGICOS IMPORTANTES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATHALIA DE ALCÂNTARA TANAJURA MACIEL (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), ELISABETH MARTINEZ FONSECA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), GABRIEL DÓRIA SANDES LOPES (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA)

RESUMO: Introdução: A apendicite aguda é a emergência cirúrgica mais comum no meio hospitalar e a principal causa de abdome agudo. O desfecho mais comum se não houver intervenção é necrose seguida de perfuração, a qual pode levar à formação de abscesso e peritonite local, podendo evoluir para peritonite difusa. A principal e mais importante manifestação clínica é a dor intensa, em mais de 95% dos casos. Pode-se realizar classificações laparoscópicas da apendicite de acordo com os achados inflamatórios, partindo do grau 0 (normal) para grau 05 (peritonite difusa). O leucograma de um paciente com possível diagnóstico pode apresentar moderada contagem de leucócitos totais (15.000/mm³), com predomínio de neutrófilos e a ultrassonografia aparece como opção para confirmação diagnóstica. O tratamento da apendicite aguda é cirúrgico com a realização de uma apendicectomia clássica (laparotômica) ou laparoscópica. Relato do caso: SRSS, 34 anos, sexo feminino, foi atendida com queixa de dor abdominal cursando há 8 dias da admissão. A paciente se encontrava em bom estado geral e ao exame físico, o abdome se encontrava distendido, porém depressível, e foi identificado dor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. A USG evidenciou imagem anecoica, arredondada, sugestiva de cisto, medindo 2,24 x 1,60 e imagem hiperecogênica, sugestiva de cálculo, medindo 0,50cm, ambas em rim direito, além de presença de líquido livre em região pélvica e no exame laboratorial, leucograma significativamente aumentado (46300/mm³) e importante desvio à esquerda. Optou-se por laparotomia exploratória. No intraoperatório, observou-se grande quantidade de pus em cavidade abdominal, inflamação peritoneal difusa e ceco bloqueado pelo omento maior. O apêndice cecal foi identificado edemaciado, necrosado e com rotura de extremidade. O mesoapêndice foi dissecionado, com ligadura do apendicular e ligadura do apêndice em sua base, e em seguida fez-se sua ressecção e exérese. Foi realizada lavagem exaustiva da cavidade abdominal e ressecção da área necrosada do omento, além de colocação de dreno tubular na pelve. Conclusão: A paciente evoluiu hemodinamicamente estável, sem uso de drogas vasoativas; com abdome menos distendido, flácido, pouco doloroso à palpação e sem sinais de irritação. Recebeu alta hospitalar no 13º dia de pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVES: apendicite | apendicectomia | laparotomia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2631

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ROTURA INTESTINAL ESPONTÂNEA EM PACIENTE COM ARTERITE DE TAKAYASU

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEANDRO MARCHETTI BRUNO (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR - RIO DE JANEIRO (HCPM-RJ)), MAURÍCIO MACHADO GARCIA JUSTO (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR - RIO DE JANEIRO (HCPM-RJ)), PATRÍCIA PEÑA VALDA (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR - RIO DE JANEIRO (HCPM-RJ)), ANTONIO KNEIPP PITTA DE CASTRO NETO (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR - RIO DE JANEIRO (HCPM-RJ)), ANIELA RODRIGUES GOMES DE BARROS (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR - RIO DE JANEIRO (HCPM-RJ)), MARIA DE FÁTIMA REI PEREIRA BARROS (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR - RIO DE JANEIRO (HCPM-RJ)), JOÃO BOSCO LOPES DE BARROS (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR - RIO DE JANEIRO (HCPM-RJ)), ARMANDO PORTO CARREIRO DE SOUZA (HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR - RIO DE JANEIRO (HCPM-RJ))

RESUMO: Introdução: A Arterite de Takayasu (AT) é uma rara doença autoimune manifestada como vasculite sistêmica de grandes vasos, acometendo mais comumente a Aorta e seus grandes ramos. No presente caso, a paciente apresentou isquemia de alças de delgado e retossigmóide com rotura espontânea retal. Relato do Caso: Paciente A.P.S.C.G., sexo feminino, 46 anos, HAS, DRC em HD, em tratamento de AT, chega à Emergência com dor e distensão abdominais. Lúcida, deambulando, sem leucocitose; abdome algo distendido, pouco doloroso, com defesa. TC de Abdome: pneumoperitônio e dilatação de delgado. Submetida à laparotomia exploradora (urgência), identificou-se rotura de reto alto sem lesão aparente, com peritonite fecal volumosa bloqueada e focos purulentos esparsos. Realizadas retossigmoidectomia à Hartmann e lavagem de cavidade. Durante a cirurgia, identificou-se isquemia e hipoperistalse de alças de delgado, sendo realizada enterectomia e ileostomia (deixando parte do cólon sem função terminando na colostomia). Evoluiu com hipotensão, dependente de amina e ventilação mecânica. Após 6 horas no CTI, obteve melhora importante, extubada e normotensa sem amina. Acompanhada com fisioterapia, nefrologia e nutrição, recebeu alta para quarto em 18 dias e domiciliar em 30. Histopatológico: perfuração (2x1cm) de reto a 3,5cm da margem excisada (margem livre) com necrose transmural, afluxo inflamatório misto e peritonite com deposição de fibrina e edema de submucosa; Delgado com peritonite, afluxo neutrofílico e deposição de fibrina; todas as peças com vasocongestão de mucosa. Com 6 meses de acompanhamento ambulatorial, realizou AngioTC de abdome que evidenciou hipoperfusão intestinal difusa: Artéria Mesentérica Inferior com reabitação de seus ramos através de colaterais; Mesentérica Superior com estreitamento e oclusão de terço médio; Ilíaca Comum Esquerda com estenose acentuada em segmento médio; Hipogástricas ocluídas; Tronco celíaco estreitado; Hipertrofia da Arcada de Riola. A doença arterial avançada contraindicou a reconstrução do trânsito. A paciente mantém-se estável, em acompanhamento (há 8 meses), em corticoterapia, sem novos eventos intestinais. **CONCLUSÃO:** O acometimento intestinal da AT deve ser conhecido. Embora seja descrita relação com Retocolite Ulcerativa na literatura, a rotura intestinal espontânea é rara. Deve-se avaliar com critério o paciente com dor abdominal, pois o quadro clínico pode não corroborar a real gravidade da urgência cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Arterite de Takayasu | Isquemia mesentérica | Peritonite

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2633

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abscesso hepático por S.aureus resistente à oxacilina

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINE GOMES MORAES (FURG), LUCIANO ZOGBI DIAS (FURG), SUSI HELIENE LAUZ MEDEIROS (FURG), ALUÍSIO NEUTZLING (FURG), GUILHERME ALMEIDA (FURG)

RESUMO: Introdução: Micro-organismos resistentes de origem na comunidade têm sido reconhecidos como patógenos importantes cuja incidência tem crescido mundialmente. Infecções por S. Aureus resistente à metilicina adquirido em comunidade(CA-MRSA) tem chamado a atenção devido sua rápida emergência,aumento na prevalência e potencial para causar infecções graves, como sepse, pneumonia necrotizante, osteomielite/artrite, embolia pulmonar séptica, piomiosite e fascíte necrotizante. Estudos apontam para a ocorrência destas infecções principalmente em populações saudáveis, bem definidas, vivendo ou expostas a condições de aglomerações e com pouco ou nenhum contato com serviços de saúde. Relato do caso: Paciente sexo feminino, 13 anos, interna em SIRS com queixa de fraqueza e dor abdominal. Apresentava tosse seca e perda de 8 kg. Ao exame físico apresentava taquicardia, taquipneia, murmúrio vesicular abolido em terço médio e inferior de pulmão direito. Parede abdominal tensa e dor à palpação de hipocôndrio direito. Extremidades frias e pálidas. Laboratoriais demonstravam leucocitose. Previamente, procurou a UBSF com as mesmas queixas e foi instituída antibioticoterapia, evoluiu com piora do quadro e febre alta no 5º dia de tratamento. Paciente apresentou furunculose há 5 meses em axila e febre alta. Raio x de tórax evidenciou presença de derrame pleural à D, toracocentese concluiu tratar-se de um empiema. Tomografia de abdome evidenciou uma formação expansiva ocupando segmentos VIII e IV do fígado,heterogênea, com grande área interna hipodensa e paredes espessas, com volume de 449,8cm³, que comunicava-se com outra localizada em situação subdiafragmatica à direita. Foi submetida à drenagem de abscesso, e foi iniciada antibioticoterapia de amplo espectro. O conteúdo do abscesso foi submetido à cultura que identificou crescimento S. Aureus resitente à clindamicina, eritromicina, oxacilina e penicilina G.O antibiótico foi descalonado e a paciente evoluiu com melhora clínica, laboratorial e regressão de imagem de abscesso, após cirurgia.Conclusão: A prevalência de infecções por gemes resistentes adquiridos em comunidade aumentou mundialmente. Essas infecções têm o potencial de causar complicações graves como sepse, endocardite e osteomielite. Para evitar o desenvolvimento de novos padrões de resistência é necessário , por exemplo, que, durante a formação médica, o uso racional de antibióticos seja abordado a fim de reduzir o uso indiscriminado desses fármacos.

PALAVRAS-CHAVES: Abscesso hepático|ORSA|Uso racional de antibióticos

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2638

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Apendicite em hérnia epigástrica encarcerada: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BÁRBARA DA SILVA OLIVEIRA FONSECA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), JOSÉ REINALDO RIBEIRO DE QUEIROZ JUNIOR (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), LUCAS AZEVEDO FARIA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), GUILHERME AUGUSTO NUNES CORREA LIMA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), LUIS GUSTAVO ORIGA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), THIAGO ASSIS LISBOA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE), FABIO PIMENTEL MARTINS (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE)

RESUMO: Introdução: As hérnias epigástricas são definidas como defeitos na linha média abdominal entre o umbigo e o processo xifóide. O encarceramento e o estrangulamento são raros. Aquelas que envolvem um saco peritoneal, geralmente contêm apenas omento e raramente intestino delgado. A frequência de hérnia epigástrica é estimada em 3 a 5 por cento na população geral e é mais comum em homens (masculino: feminino= 3:1). É mais diagnosticada na meia-idade. Apendicite dentro do saco herniário tem sido relatada na região inguinal (hérnia de Amyand) e femoral (hérnia de Garengot); Contudo, sua presença na hérnia epigástrica é extremamente rara e após uma pesquisa vasta da literatura, foi encontrada somente a citação de um caso em revista Turca, de 1965, sem versão digitalizada. O objetivo do artigo é relatar um caso de apendicite aguda tratada com sucesso em uma hérnia epigástrica encarcerada, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, correlacionando com a literatura atual. Relato de caso: Paciente, sexo feminino, obesa, 72 anos, portadora de hérnia epigástrica há 20 anos, evoluindo há 1 mês, com quadro de dor local e encarceramento, com piora há 6 dias da internação. Submetida a laparotomia mediana, que evidenciou saco herniário epigástrico com lesão tumoral em ceco, com secreção purulenta local. Realizada então, colectomia direita com linfadenectomia e anastomose término-lateral, além de hernioplastia epigástrica. Paciente apresentou boa evolução, com alta no oitavo dia pós operatório. Anatomopatológico evidenciou ulceração e perfuração intestinal com periapendicite aguda supurativa. Conclusão: Apendicite em hérnia epigástrica é uma apresentação rara, com citação de apenas um caso antigo na literatura, que não foi digitalizado. Ainda não está claro como o ceco e o apêndice podem mobilizar livremente para a região epigástrica e se apresentarem dentro do saco de uma hérnia epigástrica. Tem sido sugerido que em 10% da população, pode haver uma variação anatômica e mobilidade anormal do ceco, referida como síndrome do ceco móvel. Outra explicação em tais circunstâncias é a apendicite como resultado de pressão extrínseca, estrangulamento e necrose dentro do defeito da hérnia. No entanto, é difícil estabelecer qual processo fisiopatológico (ou talvez ambos) poderia ter atribuído a esta apresentação rara.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite | Hérnia epigástrica | Encarcerada

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2653

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YILON LIMA CHENG (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), FRANCISCO DE ASSIS COSTA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), JOÃO IVO XAVIER ROCHA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), FRANCISCA GIORDANA VASCONCELOS DE OLIVEIRA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LUCAS BRUNO BORGES (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LUCAS DE OLIVEIRA LIMA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: avaliar o perfil clínico e cirúrgico dos pacientes tratados no Serviço de Urgência do Hospital de Geral Fortaleza que foram submetidos a apendicectomia videolaparoscópica no período entre janeiro de 2006 e março de 2016 e verificar a continuidade do tratamento realizado com foco nas complicações mais comuns e no acompanhamento ambulatorial. Método: estudo retrospectivo tipo epidemiológico de casos de apendicectomia videolaparoscópica proposta que procuraram atendimento no Hospital Geral de Fortaleza, no período de janeiro de 2006 a março de 2016. Os dados foram obtidos por análise de prontuários baseado num protocolo de coleta de dados. O protocolo de coleta incluía 35 variáveis dispostas em 5 categorias referente a: identificação, quadro clínico, tratamento clínico, tratamento cirúrgico, complicações e follow-up. Resultados: foram estudados 121 casos de apendicectomia videolaparoscópica no período proposto, sendo 71% do sexo feminino com média de idade de 32,3 anos e 80,16% eram provenientes da zona metropolitana de Fortaleza. 58,4% dos pacientes tiveram o diagnóstico auxiliado por ultrassonografia, 34,6%, por tomografia e em 6,6% nenhum método radiológico auxiliar foi empregado. O tempo médio entre a admissão no hospital e a entrada na sala de cirurgia foi de 18 horas. 71,6% das cirurgias foram realizadas durante o plantão noturno. Complicações foram observadas em 7 pacientes, dentre eles, 1 edema agudo de pulmão no pós-operatório imediato, 4 reoperações por abscessos intraabdominais, 1 óbito e 1 fístula do coto apendicular. Nenhum relato de complicação de ferida operatória foi descrito. A média do tempo de internação foi de 48,5 horas. Somente em 23,4% dos paciente estudados houve algum registro em prontuário de atendimento pós-operatório. Conclusão: No presente estudo foi reconhecido predominância de adultos jovens do sexo feminino. Exames radiológicos foram usados em mais de 30% dos casos. Houve baixo índice de complicações (0,05%) e o tempo de permanência hospitalar foi pequeno. A baixa taxa de registro pós-operatório é alarmante. Bibliografia: Jaschinski T et. al. Laparoscopic versus open appendectomy in patients with suspected appendicitis: a systematic review of meta-analyses of randomised controlled trials. BMC Gastroenterol. 2015;15:48 Lima, AP et al . Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 43, n. 4, p. 248-253, Aug. 2016

PALAVRAS-CHAVES: APENDICITE VIDEOLAPAROSCÓPICA|ABDOME AGUDO|APENDICITE AGUDA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2660

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL AGUDA POR ENDOMETRIOSE EM ÍLEO TERMINAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YILON LIMA CHENG (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), FRANCISCO DE ASSIS COSTA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), DANIEL BRUNO PINTO FREITAS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ), FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LUCAS DE OLIVEIRA LIMA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LUCAS BRUNO BORGES (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA)

RESUMO: Introdução: A endometriose é uma doença de etiologia incerta, definida como a existência de tecido endometrial funcionante fora da cavidade uterina. O envolvimento intestinal varia amplamente na literatura, sendo o íleo terminal um sítio raro da doença. Geralmente cursa assintomática, podendo também apresentar-se com quadros de dor abdominal ou pélvica, dor retal, diarreia, constipação, sangramento retal cíclico, dentre outros. O tratamento deve ser individualizado. Apresentamos um caso de obstrução intestinal aguda por endometriose de íleo terminal diagnosticada no Hospital Geral de Fortaleza. Relato: Mulher de 46 anos, branca, buscou serviço de emergência com queixa de parada da eliminação de fezes há 15 dias. Relatava alteração do hábito intestinal há cerca de 7 meses, com alternância entre episódios de constipação e diarreia. Encontrava-se com abdome globoso, flácido, com ruídos hidroaéreos diminuídos, discretamente doloroso em hipogástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Ao toque retal, não foram evidenciadas tumorações, presença de fezes escassas. Rotina para abdome agudo observou distensão importante de alças de intestino delgado, com presença de níveis e ar na ampola retal. Em tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste, observou-se importante distensão líquido-gasosa de alças intestinais delgadas, com calibre de até 5,3cm, associado a torção de vasos mesentéricos, cólons com diâmetro luminal preservados; linfonodos aumentados em número na raiz mesentérica (de até 1,5cm, com aspecto inflamatório/reacional). Foi aventada possibilidade de neoplasia, tuberculose intestinal ou doença de Crohn. Evoluiu com quadro de obstrução intestinal. Submetida a laparotomia exploradora de emergência, sendo identificada lesão nodular estenosante em íleo terminal, há cerca de 10 cm da válvula ileocecal, medindo aproximadamente 2,0 cm, associada a dilatação importante de alças de delgado à montante. Realizado ressecção segmentar da lesão, seguida de anastomose primária. Recebeu alta hospitalar no 7º pós-operatório após progressão e aceitação de dieta. Exame anatomopatológico evidenciou tecido endometriótico. Conclusão: Devido os sintomas não raramente serem inespecíficos ou ausentes, o caso discutido aqui ilustra a possibilidade de a endometriose se confundir com múltiplas doenças, incluindo inflamatórias, infecciosas e neoplásicas, como se foi pensado inicialmente.

PALAVRAS-CHAVES: ENDOMETRIOSE|OBSTRUÇÃO INTESTINAL|ABDOME AGUDO

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2681

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Reparo videolaparoscopico de hérnia diafragmatica encarcerada

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE RICARDO GRANZOTTO (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE)), MAITE MAZIERO AFONSO (UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO), ADRIANO CORONA BRANCO (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE)), JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE)), JOSÉ CARLOS S. P. FILHO (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE)), JOSÉ RICARDO W. RISTOW (UNICID)

RESUMO: INTRODUÇÃO A hérnia diafragmática, independente de trauma ou não, pode levar a sérias complicações devido à herniação das vísceras abdominais para a caixa torácica. Os sinais e sintomas detectados em pacientes com esse quadro são representados por desconforto precordial ou abdominal no período pós-prandial, sangramento gastrointestinal, por vezes oculto, dispnéia em um menor número de casos, quadro de obstrução abdominal devido a volvo ou herniação grave das estruturas intestinais com consequente estagnação do trânsito intestinal. RELATO DE CASO Paciente do sexo feminino, 59 anos, admitida na sala de emergência com história de náuseas e vômitos há 7 dias. Associados a dor epigástrica súbita pós-prandial. Evoluiu para episódios de hematêmese com repercussão hemodinâmica. Nega queixas dispépticas prévias e relata esplenectomia há 1 ano por plaquetopenia. Ao exame inicial apresentava-se taquicárdica, hipotensa, eupneica, sem sinais de irritação peritoneal. Iniciadas medidas para estabilização clínica e solicitada endoscopia digestiva alta, que evidenciou importante estase associada a volvo gástrico. Realizada tomografia de abdome total com diagnóstico de hérnia diafragmática encarcerada à esquerda com interposição de gordura omental e câmara gástrica. Indicado reparo videolaparoscópico. No intraoperatório foi observada presença de hernia diafragmática esquerda de aproximadamente 6cm, com herniação de grande omento e antro gástrico, sem sinais de isquemia. Realizada redução de conteúdo herniário e rafia de defeito, reforço com tela dupla face fixada com pontos manuais e drenagens de tórax a esquerda. No pós operatório a paciente evoluiu com boa aceitação de dieta, controle satisfatório de dor e sem sinais de isquemia de mucosa gástrica. Recebendo alta no quinto dia pós operatório, sem intercorrências. CONCLUSÃO O surgimento de hérnias diafragmáticas em adultos é em sua maioria causado por traumatismo durante colisão automobilística, ferimentos por arma branca, ou em casos mais raros, por projéteis de arma de fogo, sendo poucos os casos de hérnia diafragmática congênita descritos em adultos. As queixas habitualmente são formadas por quadros de dor, náuseas, vômitos, e de acordo com a protusão e redução da hérnia. Quando estes sintomas se tornam progressivos, associados a dor, é muito provável que alguma víscera tenha sido encarcerada e a indicação cirúrgica deverá ocorrer tão logo seja feito o diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia | Diafrgomatica | Videolaparoscopia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2684

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: Complicações de enterectomia com anastomose termino-terminal por obstrução intestinal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL LUIZ DO CARMO JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), ANDERSON DA ROSA ROSADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), BRUNO BISOGNIN GARLET (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), FÁBIO DUARTE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG), PATRICIA WEIBER SCHETTINI FIGUEIREDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A obstrução intestinal representa cerca de 20% dos quadros de abdome agudo, principalmente associada a aderências e bridas. Pacientes com laparotomia prévia chegam a um índice de 67% de aderências. Após múltiplas cirurgias, chega a 93%. A contaminação da cavidade abdominal, tanto por bactérias, quanto pela presença de corpos estranhos (talco de luva, restos de fios cirúrgicos), também é causa de aderência peritoneal. Dentre as complicações cirúrgicas, encontra-se a fístula entero-cutânea, relatada nesse caso. RELATO DE CASO: V.S.S., 25 anos, encaminhado ao HU-FURG apresentando, há 3 dias, dor abdominal intensa associada a náuseas, vômitos e constipação intestinal. Informou cirurgia abdominal prévia aos 3 meses de idade, com ectomia a Hartmann e posterior reconstrução aos 5 anos. Apresentou melhora clínica na infância, com início de dores abdominais imprecisas há 3 anos. Ao exame físico, evidenciou-se abdome levemente distendido, timpânico, RHA aumentados, doloroso à palpação abdominal, com sinais de irritação peritoneal. Rotina de abdome agudo: distensão de alças intestinais e níveis hidroaéreos em escada, com predomínio de delgado. Optado por laparotomia exploradora com realização de enterectomia proximal com anastomose termino-terminal. CONCLUSÃO: Paciente apresentou queda do estado geral no segundo dia pós-operatório, com formação de 3 fístulas entero-cutâneas de alto débito, sendo iniciado NPT. Até o momento, necessitou de 7 reintervenções. Na primeira, realizou-se identificação e orientação das fístulas com dreno de Kehr e fechamento das fístulas superior e lateral esquerda, com curativo a vácuo e patch de pele. Na segunda, tunelização da pele com objetivo de orientar a fístula direita, sem sucesso. Na terceira, a fístula lateral direita foi orientada com sonda nasogástrica em aspiração contínua e a lateral esquerda com portovac 6.2. Nas últimas quatro intervenções, foi realizada a troca do curativo a vácuo, com epitelação de alças intestinais. No momento, as fístulas persistem sem adequada orientação. Nova abordagem será realizada com cola biológica a fim de fechamento das fístulas. Atualmente, o tratamento exige o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, que engloba tratamento clínico inicial para permitir cicatrização espontânea da fístula, intervenção cirúrgica precoce e cirurgia planejada definitiva para pacientes cujas fístulas não cicatrizaram.

PALAVRAS-CHAVES: obstrução intestinal | aderências | fístula entero-cutânea

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2691

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HIDROCELE DO CANAL DE NUCK EM UMA MULHER ADULTA ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PETRILLE ANDRÉ CAVALCANTE DE BARROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), FILIPE DE PAULA MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LUCAS FIGUEREDO CARDOSO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RENATO GOMES CAMPANATI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), MARIO PASTORE NETO (HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES)

RESUMO: Introdução: O canal de Nuck é uma invaginação do peritônio parietal, correspondente ao processo vaginal na anatomia masculina. Tipicamente, esta extensão de peritônio oblitera em um cordão fibroso até o final do primeiro ano de vida. A falha deste fechamento resulta em uma comunicação com a cavidade peritoneal através de um Canal de Nuck patente, culminando com o surgimento de hérnia inguinal ou hidrocele. Relato de caso: Mulher, 36 anos, admitida em serviço de urgência, apresentando abaulamento de surgimento súbito na região inguinal esquerda há cerca de 6 horas, associada a dor de forte intensidade e náuseas, sem relato de vômitos ou parada de eliminação de flatos e fezes. Negava trauma local. Não relatava comorbidades ou antecedentes patológicos relevantes. Durante o exame físico, não foi possível realizar a redução do abaulamento, devido à queixa de dor à manipulação, porém sem sinais flogísticos presentes. Os sinais vitais e exames laboratoriais eram normais. A tomografia computadorizada do abdome revelou massa cística em região inguinal esquerda sem continuidade com a cavidade peritoneal. Não foi visualizado comprometimento de estruturas abdominais, sinais de obstrução intestinal ou presença de líquido livre intracavitário. No ato operatório, realizou-se a exploração do canal inguinal por inguinotomia esquerda, evidenciando-se formação cística alongada aderida ao ligamento redondo do útero, estendendo-se até o anel inguinal profundo. Após dissecação e individualização do ligamento redondo, realizou-se abertura da lesão cística, com saída de moderada quantidade de líquido seroso amarelo citrino, sem comunicação com a cavidade peritoneal ou presença de hérnia inguinal associada. Prosseguiu-se com ligadura ao nível do anel inguinal profundo e excisão da mesma. A parede posterior do canal inguinal foi reforçada, aproximando-se o tendão conjunto ao ligamento inguinal com sutura com fio inabsorvível. Anatomopatológico do material retirado revelou membrana serosa (peritônio) com alterações inflamatórias inespecíficas, compatível com o informe clínico de hidrocele de Nuck. A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório e recebeu alta hospitalar um dia após o procedimento cirúrgico. Conclusão: Embora seja rara, a hidrocele do canal de Nuck deve ser considerada como diagnóstico diferencial nos quadros de abaulamento da região inguinal. O diagnóstico definitivo através do exame físico é incerto, sendo imprescindível a exploração cirúrgica nesses casos.

PALAVRAS-CHAVES: Hidrocele de Nuck | Canal de Nuck | Canal inguinal

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2754

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO EM GESTANTE NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FABIANA CÂNDIDA DE QUEIROZ DOS SANTOS ANJOS (UNIRG), THAYANE CABRAL LOPES (UNIRG), TAIS TEIXEIRA DOS PASSOS BORBA (UNIRG), LARISSA ALVES FRANCO (UNIRG), CARLA PATRICIA FREDERICO GIUVANNUCCI (UNIRG), JÚLIA CYRÍACO (UNIRG), SARAH MARIANA RENOVATO MARTINS (UNIRG), CARIZE REZENDE DE OLIVEIRA (UNIRG)

RESUMO: Introdução: O abdome agudo é caracterizado por dor abdominal, de origem súbita ou progressiva, de intensidade variável. A Apendicite Aguda é a mais frequente causa não-obstétrica de abdome agudo na gestante e necessita de laparotomia de emergência. É rara e de difícil diagnóstico nessa população, visto que achados típicos de febre, náuseas, vômitos, dor abdominal em fossa ilíaca direita (FID) e leucocitose, podem ser alterações fisiológicas da gestação, retardando o diagnóstico. Relato de caso: T.M.S. sexo feminino, 24 anos, G4P3A0, foi admitida, dia 15/03/2012, no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina, queixando-se de dor em baixo ventre, acentuada em FID, iniciada há três dias, com piora progressiva. Negou vômito, febre e perdas vaginais. Ao exame físico: Abdome gravídico, distendido e doloroso a palpação, blumberg positivo na FID, toque vaginal sem sangramento e dor a mobilização do colo e anexo à direita. Pressão arterial de 110x70mmHg; temperatura axilar de 36,5°C, frequência cardíaca 66bpm. Foram solicitados exames laboratoriais: leucocitose com 12.300 células/mm³, sem desvio, EAS normal. Permaneceu internada na emergência, com dieta zero e analgesia, com hipóteses diagnóstica de apendicite aguda e gravidez heterotópica. O USG de abdome total, feito no dia 16/03/2012, estava dentro da normalidade. Dia 19/03/2012, evoluiu com piora da dor e sinais de irritação peritoneal, embora afebril, sem sinais de instabilidade hemodinâmica. Foi submetida à laparotomia exploratória, confirmando diagnóstico de apendicite não supurada. Foi realizada apendicectomia, sem intercorrências. USG transvaginal do pós- cirúrgico, evidenciou gestação tópica, única, 10 semanas e 4 dias, embrião presente e vivo. Recebeu alta hospitalar, dia 22/03/2012, sendo encaminhada para Ambulatório de Gestação de Alto Risco. Submetida ao parto cesariana, no dia 29/09/2012, com 40 semanas de gestação, sem intercorrências. Conclusão: No primeiro trimestre o quadro clínico é semelhante ao encontrado em mulheres não-gestantes, pois as alterações fisiológicas ainda são brandas e o útero não expandiu a ponto de deslocar significativamente estruturas abdominais. Portanto, apesar da dor abdominal com Blumberg positivo em FID contribuir para o diagnóstico da apendicite aguda, a ausência de outros comemorativos clássicos dificulta o diagnóstico clínico.

PALAVRAS-CHAVES: Abdome agudo | Primeiro trimestre | Laparotomia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2816

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GOSSIPIBOMA INTRA-ABDOMINAL E CHECK-LIST: REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEANDRO JAIME BARRETO COSTA (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), RENI CECILIA LOPES MOREIRA (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), PAULO GUILHERME DE OLIVEIRA SALLES (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), MARIO GISSONI DE CARVALHO (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), LEONARDO MARTINS CALDEIRA DE DEUS (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO), MARIO GISSONI DE CARVALHO JUNIOR (INSTITUTO MARIO PENNA - HOSPITAL LUXEMBURGO)

RESUMO: INTRODUÇÃO termo gossipiboma refere-se a itens cirúrgicos de matriz têxtil deixados inadvertidamente no interior de cavidades após fechamento da ferida operatória. O uso universal das compressas em diversos procedimentos cirúrgicos associado ao tamanho e capacidade de absorção de líquidos são fatores que contribuem para ocorrência desse evento adverso. Estima-se que a incidência seja de 1 para cada 1.000 a 1.500 cirurgias na cavidade abdominal. É mais comum ainda nas intervenções de emergência podendo chegar a 1:700 nas cirurgias do trauma. Gossipibomas são encontrados mais comumente no abdome (56%), pelve (18%) e tórax (14%). RELATO DE CASO. C.S.M, 76 anos, sexo feminino, submetida, em outro serviço, a histerectomia parcial e anexectomia direita em setembro de 2015. Laudo anatomopatológico (LAP): tumor de Brenner. Encaminhada ao Serviço de Ginecologia Oncológica do Instituto Mário Penna (IMP). Na primeira consulta informou outras cirurgias abdominais prévias: apendicectomia e ooforectomia esquerda. Feito estadiamento e proposto cirurgia. Realizado omentectomia e linfadenectomia retroperitoneal em dezembro de 2015. Recebeu alta sem intercorrência no pós-operatório. Encaminhada para controle oncológico com a Oncoginecologia. LAP: sem achados de malignidade - janeiro de 2016. Paciente apresentou quadro de dor abdominal de forte intensidade, associada a náuseas e vômitos. Procurou serviço de urgência em sua cidade e realizados Raio X de abdome que evidenciava imagem radiopaca em região pélvica e tomografia computadorizada detalhando imagem de densidade metálica próxima à asa ílica direita, sugerindo tratar-se de corpo estranho. À laparotomia exploradora encontramos hérnia interna, com dilatação de alças jejunais e áreas de isquemia associadas. Feito enterectomia segmentar, encontrado corpo estranho na luz intestinal, anastomose término-terminal. LAP: sem indício de malignidade. Apresentou boa evolução pós-operatória com alta hospitalar no quinto dia pós-operatório. Manteve-se em acompanhamento ambulatorial por 60 dias e posteriormente foi encaminhada para acompanhamento com a Oncoginecologia. CONCLUSÃO Gossipiboma trata-se de um evento adverso. Seu reconhecimento precoce é de extrema importância, já que reduz morbidade, previne complicações potencialmente fatais e médico-legais. A melhor estratégia de prevenção é o treinamento contínuo da equipe no intuito de conhecer os tempos cirúrgicos e padronizar métodos de contagem.

PALAVRAS-CHAVES: Dor abdominal | Laparotomia exploradora | Gossipiboma

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2853

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ÍLEO BILIAR COLÔNICO (IBC), RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), STEPHANNY DE CARVALHO BARBOSA (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), LUIS ALBERTO VALENTE LAUFER (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), LUIZ CARLOS BARROS DE CASTRO SEGUNDO (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), GUSTAVO GOMES OLIVEIRA (ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES)

RESUMO: O íleo biliar é uma causa rara de obstrução, correspondendo de 1% a 3% dos casos, podendo chegar, nos pacientes acima de 65 anos, a 25% dos casos de obstrução do intestino delgado. A obstrução do intestino grosso por cálculo biliar, íleo biliar colônico (IBC) é mais raro. Apresenta alta morbidade e mortalidade por ocorrer em paciente com idade avançada, comorbidades, diagnóstico tardio e difícil. Descrevemos uma apresentação clínica de paciente com obstrução intestinal por íleo biliar colônico. AMS, sexo feminino, 70 anos, com dor abdominal difusa há três semanas, intermitente, com piora nas últimas 48 h, associada a vômitos e diarreia esporádica. Ao exame físico estava hidratada, dor abdominal difusa a palpação mas sem irritação peritoneal. Leucocitose: 13.390 e 84% segmentados. Permaneceu em investigação diagnóstica durante três dias no pronto socorro. Tomografia Computadorizada de abdome com laudo inicial de fecaloma. Após nova avaliação do exame, identificamos além do fecaloma em cólon direito a presença de imagem cálcica medindo 4 cm na porção terminal de sigmoide onde também havia espessamento da parede do cólon por mais de 15 cm de comprimento, configurando IBC. À cirurgia à paciente apresentava colecistite aguda, fístula da vesícula biliar com cólon transversal e duodeno, cálculo impactado no sigmoide com grande espessamento inespecífico parietal da região colônica, além da presença de secreção purulenta difusa em toda cavidade peritoneal. Após colecistectomia, suturas do cólon e do duodeno, retosigmoidectomia à Hartmann, paciente foi encaminhada a UTI onde permaneceu com instabilidade hemodinâmica e evoluiu para óbito com 48 h de pós-operatório. A análise histopatológica confirmou colecistite aguda purulenta e diverticulite aguda perfurada. O íleo biliar colônico tem altas taxas de morbidade e mortalidade que são relacionadas à comorbidades do paciente, idade, tempo de evolução e diagnóstico difícil e postergado. O caso relatado comprova essa afirmação que deve ser considerada, se possível, na conduta cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Obstrução Intestinal | Íleo Biliar Colônico | Fístula Biliar

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2859

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HÉRNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TIAGO WAGNER DA SILVA PORTELA (UNIVERSIDADE NILTON LINS), VICTOR REMBRANT CAMPOS LICARIÃO (UNIVERSIDADE NILTON LINS), RODOLFO PORTO REGO (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE), TAMARA MARIELLE DE CASTRO (UNIVERSIDADE NILTON LINS), CLEUCIVAN BASTOS DE OLIVEIRA (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE), GABRIELA FERREIRA CORREA (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE), CARLOS VICTOR DE ALMEIDA LUZ (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS), EMANOEL NASCIMENTO COSTA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO A hérnia de Amyand descrita, pela primeira vez em 1735, consiste em toda a hérnia inguinal cujo saco contém o apêndice ileocecal (inflamado ou não). Corresponde a 1% das hérnias abdominais. Acomete mais os homens e o anel inguinal direito, sem faixa etária preferencial. A sua clínica é semelhante a de qualquer outra hérnia inguinal. Na presença de apendicite aguda, no entanto, a clínica poderá levar ao diagnóstico de uma hérnia estrangulada, devido à presença dos sinais inflamatórios. Em qualquer dos casos é feita abordagem cirúrgica. Objetivo: Caracterizar uma hérnia de amyand em paciente com manifestação clássica da patologia. RELATO DE CASO J.P.S., 56 anos, sexo masculino, pedreiro, procedente de Manacapuru-AM, procurou o hospital e pronto socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado em Manaus-AM em dezembro de 2016, com história de abaulamento em região inguinal direita há cinco anos. Refere o aparecimento de dores no local há 02 semanas, em pontada, não migratória, que piora com atividade aos médios esforços e que melhora com o uso de analgésicos. Refere ser hipertenso, porém sem uso regular de medicação. Abstinente do tabagismo há 20 anos. Nega outras comorbidades. Ao exame físico: Paciente em bom estado geral e sem alterações na somatoscopia. Abdome plano, com hipertimpatismo generalizado a percussão, com ruídos hidroaéreos presentes, flácido e indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias ou irritação peritoneal. Palpa-se abaulamento pequeno, redutível à manobra de Valsalva e que aumenta de tamanho com a tosse. O exame sugere hérnia inguinal durante realização da manobra de Landivar. Sinal de Blumberg, Murphy e Giordano negativos. DISCUSSÃO diagnóstico e classificação da hérnia de Amyand é intra-operatório. O paciente deste relato tem é um tipo 1 na classificação de Losanoff e Basson e tipo A na de Fernando e Leelartre. Com isso, o paciente foi submetido a inguinotomia direita, hernioplastia sem apendicectomia, por não apresentar sinais de inflamação e pela idade do paciente, e reparação com prótese pela técnica de Lichtenstein, que é a conduta de escolha, com baixa taxa de recidivas. BIBLIOGRAFIA Olival Cirilo Lucena da Fonseca Neto e col. Estudo de caso: Hérnia de Amyand: hérnia inguinal com apendicite aguda. Revista Brasília Med 2012;49(3):195-197 Souza, DM et al., Caso clínico: Hérnia de Amyand. Revista Portuguesa de Cirurgia (2016) (37):29-32

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia inguinal | Apendicite | Apendicectomia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2895

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento Clínico para apendicite : um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DANTAS DE OLIVEIRA (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO), MONICA MAZZURANA BENETTI (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), BARBARA ALVES RHOMBERG (FUNDAÇÃO LUSIADA), HEITOR FRANCO DE GODOY (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), AMER ABDUL BASSET EL KHATIB (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), BRUNO BARREIRO (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), GUINES ANTUNES ALVAREZ (HOSPITAL GUILHERME ALVARO), JOÃO PAULO PINHEIRO ORTEGA (HOSPITAL GUILHERME ALVARO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é uma causa comum de dor abdominal aguda e a causa mais freqüente de cirurgia abdominal de emergência. Sabe-se que seu manejo tradicional é a apendicectomia, mas que o uso de antibióticos apresenta papel fundamental no seu manejo. Nas duas últimas décadas, tem sido publicado um número crescente de evidências sobre o uso de antibióticos como tratamento exclusivo para a apendicite aguda. O objetivo desse relato é apresentar caso clínico de paciente com apendicite aguda tratada clinicamente e discutir aspectos relevantes. RELATO DE CASO: I.U.D.S, masculino, 58 anos, hemofílico, diabético, ex etilista/tabagista deu entrada no PS com queixa de dor em FID há 4 dias. Sem alteração do hábito intestinal, náuseas, vômitos, febre e ou disúria. Ao exame físico apresentava abdome plano e doloroso à palpação da FID com massa palpável endurecida na mesma região, RHA diminuídos e DB-. Havia a presença de hérnia inguinal bilateral sem sinais de encarceramento. A primeira hipótese diagnóstica foi tumor de cólon direito e para tal finalidade diagnóstica solicitou-se tomografia de abdome. A tomografia evidenciou espessamento apendicular na FID com gás em seu interior, densificação de planos adiposos regionais, espessamento do peritônio e do ceco com sinais de ruptura do apêndice com pequena coleção retrocecal e bolhas de pneumoperitônio, ou seja, laudo sugestivo de apendicite aguda bloqueada. Optou-se por tratamento não operatório, já que se tratava de paciente com clinicamente estável, sem sinais de sepse grave, plastrão palpável e com pequena coleção bloqueada. Foi iniciado antibioticoterapia com Rocefin e Flagyl por sete dias e o paciente evoluiu clinicamente de forma satisfatória. Realizou-se TC de controle ao final desse período que evidenciou leve espessamento e realce parietal na topografia ileoceco-apendicular associada à densificação dos planos adiposos e linfonodos locais sugestivos de processo inflamatório infeccionado. Nesta data, o paciente teve alta com prescrição de ciprofloxacino e flagyl po via oral, além de ser orientado a retornar em sete dias 7 dias para controle tomográfico. Ao retorno, o paciente seguiu assintomático e TC não evidenciou sinais inflamatórios ou infecciosos, demonstrando melhora radiológica e clínica com o uso de antibioticoterapia. CONCLUSÃO: Tratamento não cirurgico da apendicite como única estratégia, tem como objetivo reduzir os custos e diminuir as complicações relacionadas à cirurgia ou à ressecção do órgão.

PALAVRAS-CHAVES: Tratamento | Clínico | Apendicite

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2900

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hemorragia intestinal massiva por divertículo jejunal: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURICIO RODRIGUES LACERDA (IAMSPE), ADRIANO CORONA BRANCO (IAMSPE), JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH (IAMSPE), LUCAS GUERRA (IAMSPE), CAMYLLE REIS FIGUEIREDO (IAMSPE)

RESUMO: Hemorragia intestinal massiva por divertículo jejunal: Relato de caso
Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
Introdução O divertículo adquirido de jejuno e íleo é uma condição incomum com prevalência de em torno de 0,3% - 1,3% em estudos de autópsia. A maior incidência ocorre em idosos, entre a sexta e sétima década de vida. São falsos divertículos por não conterem a camada muscular da parede intestinal normal. Os sintomas mais comuns são má absorção intestinal devido a hiperproliferação bacteriana, inflamação e perfuração, mas frequentemente são assintomáticos. Hemorragia gastrointestinal massiva por divertículo jejunal é uma condição extremamente rara, porém com alta mortalidade devido ao diagnóstico tardio. Relato do caso Paciente L.C., 65 anos, hipertenso, admitido no pronto socorro do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo com história de 7 dias de hematoquezia e tontura. Na admissão a pressão arterial era de 100/60 mmHg e a frequência cardíaca de 125bpm. O paciente estava com palidez cutâneo mucosa e sangue vinhoso ao toque retal. A hemoglobina era de 8,4 mg/dl e o restante dos exames laboratoriais normais. Realizado endoscopia digestiva alta sem alterações significativas. A colonoscopia não identificou doença diverticular colônica nem pontos de sangramento porém com presença de sangue no íleo distal. Tomografia de abdome total com contraste endovenoso não identificou ponto de sangramento nem alterações anatômicas. Realizado Arteriografia de vasos mesentericos porém sem sucesso na visualização do foco de sangramento. Devido a instabilidade hemodinâmica e necessidade de múltiplas transfusões de derivados de sangue foi indicado laparotomia exploradora. Durante a laparotomia foram visualizados três divertículos na borda mesentérica do jejuno, localizados a 90cm, 130cm e 170cm do ângulo de Treitz, visualizado sangue no delgado. Optado por enterectomia segmentar com anastomose primária. Paciente apresentou ótima evolução clínica com alta hospitalar no 5º pós operatório. Conclusão Divertículo jejunal é uma condição incomum e fonte rara de sangramento intestinal. Entretanto deve ser considerado como diagnóstico diferencial em pacientes com sangramento intestinal oculto, principalmente em idosos. Angiotomografia e arteriografia são armas diagnósticas importantes porém nem sempre suficientes. Ressecção intestinal do segmento acometido e anastomose primária é o tratamento de escolha.

PALAVRAS-CHAVES: hemorragia | divertículo | delgado

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2924

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Útero de Couvelaire pós cesariana em Departamento de Cirurgia na região Amazônica: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA (INSTITUTO VIGOR), VICTOR DALL AGLIO DE ORNELLAS (HOSPITAL DE BASE ARY PINHEIRO), ALBER PESSOA FIGUEIREDO (INSTITUTO VIGOR), THIAGO PATTA DA SILVA (INSTITUTO VIGOR)

RESUMO: Introdução O Útero de Couvelaire (UC) ainda tem etiologia desconhecida, todavia, tem sido associado a doenças como descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, coagulopatia, pré-eclâmpsia, rupturado útero e embolia de líquido amniótico. Acreditava-se que sua fisiopatologia se devia a uma toxina produzida pela placenta durante o descolamento, atualmente é aceito que o UC ocorre decorrente da invasão miometrial de sangue a partir de um quadro hemorrágico retroplacentário, que separa os feixes musculares e estende a hemorragia até a superfície da serosa, causando manchas equimóticas arroxeadas na superfície uterina com progressão para a cavidade peritoneal. A histerectomia com adição de uterotônicos ainda é o padrão ouro de tratamento quando a condição não é resolvida espontaneamente. No exame clínico achados comuns são a hipertonia uterina, hemorragia e bolsa das águas tensas, dor abdominal de intensidade variável, contrações e padrão cardíaco fetal não reativo. O quadro pode levar a complicações como insuficiência renal aguda, atonia uterina, coagulopatia, coagulação intravascular disseminada, infecção puerperal e choque. Relato de caso T.S.M, 21 anos, ex-tabagista, etilista e usuária de drogas, submetida a cesária de emergência há 6 dias em decorrência de doença hipertensiva específica da gravidez. Evoluiu após 1 dia de pós operatório com astenia, distensão abdominal, hematoma arroxeadado extenso em hipogastro, discrasia sanguínea (hemoglobina 5g%, hematócrito 15% e plaquetas 791.000mm³) e ausência de sangramento vaginal visível. A tomografia computadorizada de abdômen evidenciou útero e hematoma profundo de parede abdominal de grandes dimensões. Foi submetida a hemotransfusão e encaminhada ao centro cirúrgico para relaparotomia. Na exploração da cavidade abdominal foi visualizado grande quantidade de coágulos, útero amolecido, aumentado de tamanho (cerca de 12cm) e arrocheado confirmando o diagnóstico de UC. Após a retirada dos coágulos, massagem uterina e administração de 10U de ocitocina intramuscular sem respostas, prosseguiu-se com histerectomia. Permaneceu em UTI evoluindo com insuficiência cardíaca congestiva e após melhora recebeu alta hospitalar. Conclusão O diagnóstico precoce da UC foi essencial para o sucesso desse caso, visto que a paciente pode evoluir rapidamente com choque hipovolêmico, síndrome da angústia respiratória do adulto, insuficiência renal e de múltiplos órgãos e morte.

PALAVRAS-CHAVES: Útero de Couvelaire | Histerectomia | Doença hipertensiva específica da gravidez

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2935

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fasceíte necrotizante cérvico-torácica decorrente de angina de Ludwig: uma complicação pós procedimento odontológico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA SANTANA (FACULDADE DE MEDICINA DE SANTO AMARO), ORLANDO CONTRUCCI FILHO (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), DIEGO FERREIRA DE ANDRADE GARCIA (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO), FABIANA DAMIANI KORSAKOFF (UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO)

RESUMO: A fasceíte necrotizante da região cérvico-torácica (FNCT) é uma infecção rara, de origem predominantemente odontogênica, que evolui com extensa necrose e formação gasosa no tecido subcutâneo facial, cervical, e torácico subjacente, responsáveis por altos índices de mortalidade (40%). Sua disseminação para o mediastino pode cursar com uma mediastinite, que embora rara, pode originar-se após angina de Ludwig (infecção do espaço submandibular originada, em geral, da infecção do 2º ou 3º molar inferior), resultando em um quadro clínico grave descrito como mediastinite descendente necrosante (MDN); que mantém elevada mortalidade. Relatamos um caso de FNCT decorrente de angina de Ludwig pós extração dentária com posterior evolução para MDN. VL, masculino, 44 anos, com histórico de extração simultânea de 8 dentes, evolução para quadro infeccioso com febre e dificuldade para deglutir. Procurou o serviço do Hospital Regional Sul com queixa de disfagia há mais de 1 semana e dificuldade respiratória nas últimas 24 horas. Negava comorbidades, porém referia etilismo e tabagismo. Ao exame admissional, apresentava quadro séptico com taquicardia, taquipneia, descorado, desidratado e sudoreico, decorrentes de processo inflamatório com áreas de necrose que acometia toda a região cervical anterior e parte superior do tórax. Ao exame laboratorial, leucócitos $23 \times 10^3/\text{mm}^3$ com desvio à esquerda e PCR 380mg/dl. Realizada estabilização clínica com hidratação e antibióticoterapia, além de TC de cervical e de tórax que revelou presença de abscesso extenso da região retrofaríngea, cervical e do mediastino. Foi encaminhado para cirurgia de urgência, realizada traqueostomia e submetido a desbridamento inicial com retirada de material necrótico. Posteriormente, houve reabordagem com passagem de SNE; que ao inventário da cavidade cérvico-torácica, evidenciou-se presença de abscesso retrofaríngeo à direita e abscesso na região cervical posterior que seguia para região superior de mediastino à esquerda. Foram efetuados sucessivos desbridamentos com realização de curativos e enxertia de pele após 30 dias da abordagem inicial. O paciente encontra-se bem e em acompanhamento ambulatorial. Abordamos um caso raro e complicado de FNCT decorrente de angina de Ludwig com evolução para MDN pós procedimento cirúrgico odontológico, no qual foi determinante a precisão no diagnóstico e a agilidade na conduta cirúrgica para satisfatória resolução; com impacto direto na redução da mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Fasceíte necrotizante cérvico-torácica | Angina de Ludwig | Mediastinite descendente necrosante

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2974

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ISQUEMIA MESENTÉRICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA MARIA AFONSO FERREIRA MADEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA), DIÊGO JONH BEZERRA DO NASCIMENTO (HOSPITAL BARÃO DE LUCENA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Um número considerável de doenças e síndromes pode causar isquemia mesentérica aguda ou crônica. A trombose de veia mesentérica é uma causa rara de isquemia mesentérica mas é potencialmente fatal devido à demora em se fazer o diagnóstico precoce. Representa cerca de 10 a 15% das isquemias mesentéricas. Em 95% dos casos afeta a veia mesentérica superior. Sua apresentação costuma ser sutil e insidiosa, dificultando seu diagnóstico na fase inicial. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino 26 anos procura o serviço de emergência, com dor abdominal difusa de forte intensidade, referindo constipação há dois dias, febre há 24 horas, piora da dor ao se alimentar, negando vômitos e problemas de saúde anterior. Fez exames complementares, revelando: leve anemia e leucocitose, LDH 1145U/l, USG de abdome não conclusiva. Tomografia computadorizada (TC) abdominal sem contraste observava densificação dos planos gordurosos na raiz do mesentério. Indicada TC com contraste, observou-se falha no enchimento na veia mesentérica superior (VMS). Iniciado tratamento para Trombose de VMS, com anticoagulante. Feito TC de seguimento, observou-se diminuição do fluxo da artéria mesentérica superior, paciente apresentava dor abdominal refratária ao tratamento, foi indicado à laparotomia exploradora, na qual foi observado linfonodomegalia em região mesentérica difusamente que fazia constrição da veia e artéria mesentérica superior, levando a um quadro que simulava uma trombose, além de ascite moderada e edema de alças de delgado. Foi realizada biópsia linfonodal com histopatológico revelando linfadenite com histiocitose sinusal. Paciente teve alta sem sintomas no 4º dia pós operatório. Como principal hipótese diagnóstica temos a doença de Rosai-Dorfman (DRD), que acontece principalmente na primeira ou segunda década de vida, mais comum em negros do sexo masculino. A DRD é um mal proliferativo histiocítico, curso clínico benigno. Febre é o sintoma inicial mais presente, seguida de perda de peso e sudorese noturna. CONCLUSÃO: A Isquemia Mesentérica é em sua grande maioria tratada em fases bem avançadas, com alta mortalidade. Deve ser sempre imaginada nos quadros de abdome agudo, principalmente em idosos ou naqueles que tenham coagulopatias. Pode ter tratamento conservador, quando a trombose é da veia e não ocorram sinais de gravidade. Raras doenças do mesentério podem simular tal quadro e algumas delas têm curso benigno como foi ressaltado no presente caso.

PALAVRAS-CHAVES: Linfadenite Mesentérica|Histiocitose Sinusal|Isquemia Mesentérica

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2982

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DA CAUDA EQUINA CAUSADA POR COMPRESSÃO DE HÉRNIA DE DISCO LOMBAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMILLA RIBEIRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), LUIZ HENRIQUE TORRES COTA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), THAIANA MANSUR BOTELHO DE CARVALHO MENDONCA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), ROBERTO SALVADOR DE SOUZA GUIMARÃES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO)

RESUMO: ResumoA síndrome da cauda equina apresenta como sintomas dor lombar intensa frequentemente acompanhada de cialgias, anestesia em sela, disfunção esfinteriana e sexual e fraqueza de membros inferiores. A confirmação diagnóstica é feita através de exames complementares como tomografia computadorizada e ressonância magnética (padrão-ouro). Trata-se de urgência, sendo a descompressão cirúrgica, que se realizada antes de 48 horas do início dos sintomas, reduz consideravelmente os danos neurológicos e melhora o prognóstico do paciente. Objetivo Descrever o caso de um paciente submetido a laminectomia parcial para descompressão após 48h do início dos sintomas. Método MRB, 35 anos de idade, masculino. Há um ano iniciou com dor na região lombar, de forte intensidade, com irradiação para membro inferior esquerdo, piora diante médios esforços e discreta melhora após uso de analgésicos. A dor foi tornando-se incapacitante nos últimos meses, sem alívio após posições antálgicas ou analgésicos e associada a hipoestesia da região posterior do membro inferior esquerdo. Nos dois últimos dias, iniciou quadro de retenção urinária, constipação, anestesia em sela, cialgia contínua e anestesia plantar. Antecedentes patológicos: sem doenças prévias. Hábitos de vida: referia permanecer sentado com postura incorreta por muito tempo. Exame físico: REG, corado, hidratado, boa perfusão capilar, com fásclies álgica. ACV: BRNF em 2t sem s/e/c; AR: MVF s/ RA; AGI: RH+, com presença de bexigoma e dor a palpação superficial e profunda da região supra púbica. Exame neurológico: Lasegue+ (MIE), Kernig+ (MIE), anestesia em sela, hipoestesia da região posterior do MIE, anestesia plantar, hiporreflexia osteotendinosa patelar bilateral (+) e diminuição do reflexo Aquileu bilateral (++). RM da coluna lombossacral: abaulamentos discais difusos retificando a face ventral do saco dural, destacando-se componente extruso posteromediano/ paramediano esquerdo em L5-S1, compressão da raiz nervosa emergente de S1 à esquerda e contato com a de S1 à direita e emergente de S2 à esquerda. Paciente foi submetido a laminectomia parcial para descompressão. Resultado O prognóstico é determinado pelos sintomas na sua admissão, principalmente nos casos de evolução atípica. Paciente referiu melhora da cialgia e da retenção urinária, porém sem melhora da anestesia em sela. Permaneceu com hipoestesia em região posterior de MIE e discreta melhora da bexiga neurogênica seguindo orientações do serviço de fisioterapia.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome da cauda equina | Hérnia de disco | Laminectomia parcial

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2984

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: APÊNDICE COMO CONTEÚDO HERNIÁRIO EM HÉRNIA UMBILICAL ENCARCERADA: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), LUIS ALBERTO VALENTE LAUFER (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES)

RESUMO: Relatamos neste artigo o caso bem sucedido de uma paciente de 50 anos com quadro subagudo de dor abdominal em região umbilical, em que foi constatado hérnia umbilical encarcerada cujo conteúdo herniário era o apêndice. Sexo feminino, 50 anos, apresentava dor abdominal há 3 dias, de início em região umbilical, tornando-se difusa. Referia náuseas associadas a dor. Hipertensa e diabética. Ao exame físico estava afebril, abdome globoso, com presença de peristalse, doloroso à palpação superficial e profunda em região umbilical, onde se observou tumefação não redutível de cerca de três centímetros, com calor e rubor. Compatível com hérnia umbilical encarcerada. Apresentava 11.750 leucócitos, sem bastonetes. Paciente foi encaminhada ao centro cirurgico: feita incisão mediana transumbilical e dissecado anel herniário. Dissecado e aberto o saco herniário e observado a presença de ponta de apêndice com sinais de isquemia. Realizado, então, apendicectomia, com hemostasia e sutura do anel e saco herniários. Finalizado com sutura da parede e pele abdominal. O procedimento ocorreu sem intercorrências e a paciente recuperou-se satisfatoriamente, sendo liberada para casa no segundo pós-operatório sem intercorrências. Hérnias são a terceira causa mais comum de obstrução intestinal, contribuindo para 10% de todos os casos, e as encarceradas são as principais causas de complicações relacionadas à obstrução intestinal. O encarceramento do apêndice é um evento raro, mais frequente em hérnias femorais ou inguinais (denominadas hérnias de Garengot e Amyand, respectivamente), podendo aparecer também em hérnias umbilicais e incisionais. Há poucos relatos na literatura sobre o assunto e, portanto, esta condição representa um desafio diagnóstico pela baixa incidência, apresentação clínica indistinguível e imagens ambíguas quando utilizados exames de imagem. Sendo assim, a cirurgia é geralmente diagnóstica e terapêutica. A apendicectomia aparenta ser a conduta mais adequada para todo tipo de encarceramento de apêndice.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia umbilical encarcerada | Apendice | Obstrução intestinal

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 2992

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR APENDICITE AGUDA FASE IV: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ RIOS DE LIMA JÚNIOR (ITPAC), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (ITPAC), KAROLLYNE CHRISTER SILVA ROCHA (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO Apendicite aguda é a causa mais frequente de abdome agudo inflamatório não traumático. Apresenta prevalência 7% da população. A maior incidência é observada na segunda e terceira décadas de vida e esta condição é relativamente rara nas faixas etárias extremas. Contudo, a perfuração é mais comum na infância e nos idosos, períodos durante os quais as taxas de mortalidade são mais altas. A obstrução do lúmen apendicular é causada mais comumente por um fecalito. RELATO DE CASO M.S.N. 72 anos, iniciou com quadro de dor abdominal em cólica, há 8 dias em região mesogástrica irradiada para dorso e região hipogástrica, progressiva, com parada de eliminação de flatos e fezes, associada a vômitos. Nega febre. Nega comorbidades, nega cirurgias prévias, nega alergia a medicamentos, nega etilismo. Ao exame físico: Lúcido, orientado, desidratado (+1/+4), anictérico, acianótico, afebril, hipocorado (+1/+4). Aparelho cardiopulmonar normais. Abdome: Distendido, sem cicatriz cirúrgica, ruídos hidroaéreos negativo, timpânico em quadrantes superiores, maciço em fossa ilíaca direita, doloroso difusamente a palpação profunda, sem irritação peritoneal. Toque retal: ausência de fezes em ampola retal, sem tumoração, próstata dolorosa e aumentada, ausência de sangue em dedo de luva. Rotina radiológica de abdome agudo revelando distensão difusa de alças intestinais, níveis hidroaéreos difusos e sinal da moeda. ECG e exames laboratoriais normais (leucócitos: 8.600). Conduta: Indicada laparotomia exploradora, com incisão infra e supraumbilical, dissecação por planos até adentrar a cavidade abdominal. Exploração da cavidade e identificação de bloqueio em fossa ilíaca direita que foi desfeito, saindo grande quantidade de secreção purulenta fétida. Apendicite fase IV. Ligadura do mesoapêndice. Secção do apêndice e fechamento de coto, sutura em bolsa. Limpeza da cavidade com soro fisiológico aquecido. Drenagem da cavidade. Síntese por planos. Paciente com boa evolução clínica no primeiro DPO em uso de ceftriaxona e metronidazol. Terceiro DPO apresentou evisceração em região de sutura. Foi realizada nova intervenção cirúrgica, com boa evolução e alta no décimo quinto dia de internação. CONCLUSÃO Apendicite aguda em pacientes idosos é uma apresentação rara, portanto de grande importância a exposição do caso a sociedade médica para que quadros semelhantes não sejam negligenciados, possibilitando que diagnósticos sejam realizados precocemente, a fim de reduzir as taxas de mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: ABDOME AGUDO|APENDICITE|LAPAROTOMIA

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 3008

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Rotura espontânea de Baço: Relato de Caso e Revisão Bibliográfica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENAN GUIMARAES ASSUNÇÃO CAMPOS (SANTA CASA SAO SEBASTIAO DO PARAISO), TALITA SPOSITO DE OLIVEIRA (SANTA CASA SSP), VINICIUS VARGAS SANTOS (SANTA CASA SAO SEBASTIAO DO PARAISO), CARLOS HENRIQUE TOLEDO NETTO (SANTA CASA SAO SEBASTIAO DO PARAISO), DANIELA RODRIGUES SIQUEIRA (SANTA CASA SAO SEBASTIAO DO PARAISO)

RESUMO: A ruptura espontânea do baço descrita por Edward Atkinson, 1874, rara, difícil diagnóstico, mortalidade de 20%, devido ao retardo do diagnóstico. A REB por ser incomum é subdiagnosticada na ausência de trauma. Suas principais causas: infecciosa (30%); hematológica (27%), tumoral (11%); doenças digestivas (10%); reumatológica (4%) e demais. Fatores de risco: acima de 40 anos, sexo masculino, esplenomegalia, e etiológicos. O tratamento, em até 85% dos casos, é a esplenectomia. Revisão na literatura através Scielo, PubMed e UpToDate e laudo da anatomia patológica. **RELATO** Paciente masculino, 56 anos, etilista. Admitido no PS com dor epigástrica intensa há um dia, de início súbito, contínua, piora progressiva e ventilatório-dependente. Ao exame físico abdome volumoso, rígido à palpação. A avaliação laboratorial inicial: eas normal; hb 10,0, ht 29, leuco 11.156 sem desvios, plaquetas 156.000, amilase 48, lipase 28, PCR 1:32; TGO 230; TGP 280; GGT 120; FA 110. A avaliação inicial era incompatível com os resultados laboratoriais, o que incitou a realização de TC de abdome, ressaltando esplenomegalia, fígado contornos irregulares e ausência de líquidos livres. O paciente foi reavaliado, exibindo melhora da dor, mantido em observação. No quinto dia de internação. novo hemograma: hb: 7,4, ht: 25,0, sem sangramento evidente, o que determinou a indicação de laparoscopia. O procedimento foi realizado sem intercorrências, exame normal, com exceção de esplenomegalia moderada, sem sangramento intra-abdominal, mas agora com ascite volumosa, que não foi evidenciada na primeira TC abdome. O paciente evoluía bem no primeiro dia após a laparoscopia, sendo solicitado novo hemograma, que revelou: hemoglobina: 4,1 g/dL, hematócrito: 13,1%; INR 3,2. Foi realizada, então hemotransfusão e laparotomia exploradora, sendo visualizado volumoso hematoma esplênico; e restante da cavidade sem alterações. Realizada esplenectomia. O exame anatomopatológico: baço de 1300 g, cápsula lisa e vascularizada, cortes com extensas zonas de hemorragia e microscopicamente: hemorragia formando massa subcapsular. Acredita-se que a ruptura do baço seja causada pela infiltração esplênica, consumo de fatores de coagulação e severa trombocitopenia, que resultaram em hemorragias intraesplênicas e subcapsulares que acabaram evoluindo para ruptura do baço, dissecando a cápsula do baço. **CONCLUSÃO** SA REB, apesar de se tratar de entidade rara, não deve ser subestimada, pois seu diagnóstico tardio resulta em alta taxa de mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: rotura espontanea | rotura baço | esplenectomia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 3017

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hérnia Interna Pelo Ligamento Largo do Útero

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAIGO PAULO TEIXEIRA DOS SANTOS (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), MARIO LUIZ QUINTAS (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), ALEXANDRE AUGUSTO PINTO CARDOSO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), CONCEIÇÃO DE MARIA AQUIMO VIEIRA CLAIRET (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), FERNANDO HENRIQUE FURTADO COUTINHO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), MICHELLE LOUISE RODRIGUES BARBOSA DA SILVA (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), CAROLINA DE SOUZA RIBEIRO VITORASSO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), BRUNNA CAMEROTTE (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A hérnia interna é uma entidade rara que pode causar obstrução intestinal com uma incidência relatada de 0,6-5,8%. O tipo mais comum de hérnia interna é a hérnia paraduodenal, que corresponde a 53% dos casos. Tipos menos comuns de hérnia surgem devido a defeitos em partes do omento maior, forame de Winslow, região pericecal, mesentério do intestino delgado, mesentério do cólon ou região retro-anastomótica. As hérnias que ocorrem na cavidade da pelve são responsáveis por 7% de todas as hérnias internas. Com isso a hérnia através de um defeito do ligamento largo é considerada uma patologia rara. Os defeitos do ligamento largo são classificados como congênitos ou adquiridos. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 41 anos, com 2 cesarianas prévias, hipertensa, sem outras comorbidades, que deu entrada no pronto socorro com queixa de dor e distensão abdominal há 4 dias associado a vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes. No exame físico foi evidenciado um abdome distendido, hipertimpânico, ruídos hidroaéreos metálicos, com dor difusa apresentando descompressão brusca positiva. Identificado em Tomografia Computadorizada de abdome sinais de obstrução de alças de delgado na topografia pélvica. A paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora onde foi evidenciado sinais de sofrimento do intestino delgado, em aproximadamente 150 cm de sua extensão. Este segmento acometido encontrava-se herniado e estrangulado pelo ligamento largo, com sinais de inviabilidade. Durante a cirurgia foi realizado enterectomia do segmento e enteroanastomose primária. A paciente evoluiu bem e recebeu alta no quinto dia de pós-operatório. CONCLUSÃO: Este caso encontra-se entre os poucos já relatado até hoje, de hérnia interna pelo ligamento largo. Embora não tenha sido diagnosticado a etiologia da obstrução de delgado pela tomografia computadorizada, faz-se necessário termos como diagnóstico diferencial, esta patologia, em pacientes do sexo feminino que apresentam dor abdominal aguda, com sinais clínicos e de imagem de obstrução intestinal.

PALAVRAS-CHAVES: Abdome Agudo | Hérnia interna | Ligamento largo

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 3023

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hernia de Amyand: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA DO NASCIMENTO SANTOS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO), BRUNO DE LUCIA HERNANI (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), RAFAEL KRIEGER MARTINS (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), JOSE CESAR ASSEF (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), SERGIO ROLL (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: Hérnia de Amyand consiste na protrusão do apêndice vermiforme, inflamado ou não, no saco herniário inguinal. Essa condição é rara e apresenta uma prevalência entre 0,4% e 0,6% das hérnias inguinais e está associada a apendicite aguda em 0,1% dos casos. Incide mais no sexo masculino e apresenta distribuição bimodal em pacientes com mais de setenta anos. Descrição dos casos: São descritos dois casos, o primeiro paciente masculino, de 75 anos, hipertenso e asmático, com quadro agudo de inchaço na região da virilha direita com piora à evacuação, sem irradiação, sem febre e parada de eliminação de fezes, em bom estado geral, corado, hidratado, abdômen globoso, flácido, doloroso à palpação profunda de fossa ilíaca direita. Na região da fossa ilíaca direita apresentava um abaulamento não redutível, sem sinais flogísticos ou de isquemia, pouco doloroso. O segundo paciente 64 anos, homem, secretário, sem comorbidades. Em consulta ambulatorial queixava-se de dor intermitente em fossa ilíaca direita associado a abaulamento da região inguinal há 3 meses. Apresentava-se em bom estado geral, abdômen globoso, flácido, pouco doloroso à palpação profunda de fossa ilíaca direita. Apresentava abaulamento da região inguinal à manobra de Valsava, sem sinais flogísticos ou de isquemia. Discussão: A apresentação típica dos sintomas incluem, inchaço inguinal e sensibilidade nesta área, o que pode levar ao diagnóstico equivocado de hérnia encarcerada. O uso de exames de imagem pré-operatório é controverso, o ultrassom e tomografia seriam as opções de escolha. O tratamento inclui apendicectomia e reparo da hérnia. A apendicectomia deve ser realizada quando houver apendicite aguda. O uso de tela para o reparo da hérnia deve ser ponderado e a literatura a recomenda somente quando não há sinais de contaminação do sítio cirúrgico, pois isso propiciaria a contaminação da tela, da ferida operatória e recidiva da hérnia. Conclusão: Embora seja um quadro raro, a hérnia de Amyand deve estar entre os diagnósticos diferenciais de quadros que apresentem dor na região da fossa ilíaca, abaulamento na região inguinal e sinais de infecção. Seu manejo consistirá na hernioplastia, porém a associação com apendicite aguda predirá a realização da apendicectomia e o reparo herniário sem o uso de tela.

PALAVRAS-CHAVES: Hérnia de Amyand | Apêndice | Hérnia Inguinal

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 3024

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fístula mucosa-colônica após apendicectomia: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MATHEUS DE SOUSA CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), ALBERTO BARROS ARAÚJO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCÃO FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: INTRODUÇÃO A apendicite aguda é a doença inflamatória abdominal que acomete, principalmente, indivíduos jovens em fase produtiva da vida, possuindo um risco de apresenta-la durante a vida inteira de 7%. É de diagnóstico eminentemente clínico e geralmente não necessita de exames complementares. A maioria dos cirurgiões opta pelo tratamento cirúrgico imediato, mas a tendência atual de tratamento inicial conservador em casos selecionados é fato bem descrito na literatura com consistentes resultados. RELATO DE CASO Paciente M.B.C., 62 anos, feminina, relata dor abdominal difusa há aproximadamente 15 dias, apresentando-se afebril e já rebaixada clinicamente. A USG concluiu presença de coleção líquida localizada na goteira parieto-cólica direita e a TC ratificou os achados sugerindo abscesso. O leucograma inicial mostrou um aumento dos números de neutrófilos (94,4%) sugerindo um processo inflamatório agudo, encaminhando-a para cirurgia. Na laparotomia foi realizado hemicolecomia direita + iliotransverso anastomose + drenagem intravacitária, no qual foi observado que além do abscesso intracavitário, havia apendicite agudo perfurado. Realizou-se, também, coleta da secreção do abscesso abdominal para cultura, sendo a antibioticoterapia inicial com ceftriaxona + metronidazol, alterado para cefepime após resultado (1 dia da abordagem). Paciente evolui sem intercorrências até o 4º dia pós operatório que iniciou relato de dor progressiva em abdome com débito urinário purulento (aproximadamente 10 ml). No 8º dia pós operatório, mostra piora da leucocitose (95,3%) mesmo com antibióticos indicado pela CCIH, e nova TC contrastada demonstra coleção abdominal de 16cm necessitando nova intervenção cirúrgica devido à suspeita de descência anastomótica. No segundo procedimento cirúrgico realizou-se uma colectomia segmentar + enterectomia + confecção de fístula mucosa-colônica + ileotomia terminal de caráter protetor. Um dia após a segunda reabordagem o leucograma já mostra melhora (93,2%) de caráter crescente (3 dias após: 88,8%) com melhoras no quadro clínico. Atualmente o paciente está em seguimento e em aguardo para reconstrução do trânsito intestinal. CONCLUSÃO Apesar da apendicite aguda se tratar de doença com tratamento cirúrgico considerado simples, foi demonstrado um caso de complicação pós operatória muito relacionado ao tratamento cirúrgico tardio, no caso, já em estado de perfuração apendicular.

PALAVRAS-CHAVES: Apendicite Aguda | Complicação cirúrgica | Fístula mucosa-colônica

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 3037

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA INVASIVO DE INTESTINO GROSSO ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRESSA PECHE TOCHETTO (ULBRA), VICTOR SCHUMACHER FREIRE (ULBRA), GABRIEL CABEDA SPALDING ALVES (ULBRA), PATRÍCIA MACHADO VICENZI (ULBRA), JULIANA DE OLIVEIRA FIGUEIRÓ (ULBRA), RAFAELA CARLINI ANGONESE (ULBRA), ALANA DUSO (ULBRA), ROGERIO FETT SCHNEIDER (HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE CANOAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Globalmente, o adenocarcinoma de cólon é o terceiro câncer mais comumente diagnosticado em homens e o segundo em mulheres, com 1,4 milhões de novos casos e quase 694.000 óbitos estimados em 2012. A idade é um importante fator de risco, a incidência aumenta significativamente entre 40 e 50 anos de idade e as taxas de incidência específicas da idade aumentam em cada década sucessiva. A cirurgia é a única modalidade curativa para o câncer invasivo, no qual tem por objetivo a remoção completa do tumor, do pedículo vascular principal e da drenagem linfática do segmento colônico afetado. RELATO DO CASO: M. L. G. P., feminino, 67 anos, natural e procedente de Canoas ? RS, iniciou quadro de constipação, dor abdominal difusa, distensão abdominal e vômitos. Procurou o Hospital de Pronto Socorro de Canoas (HPSC) seis dias após o início do quadro. A paciente apresentava regular estado geral, mucosa desidratada, abdome distendido, depressível, indolor à palpação, com ruídos hidroaéreos aumentados, sem sinais de irritação peritoneal. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou acentuada distensão de alças colônicas e de segmentos de alças do delgado, com formação de níveis hidroaéreos, achados que sugerem quadro oclusivo/suboclusivo. A paciente foi encaminhada para laparotomia exploradora, na qual foi identificada massa tumoral, então foi realizada liberação do cólon sigmoide e do cólon descendente até o ângulo esplênico, ligadura do mesocólon com seda 2.0 suturapak e colostomia. A peça anatômica retirada, medindo 34,5cm de comprimento e 7,0cm de diâmetro, foi enviada ao anatomopatológico obtendo-se o diagnóstico de adenocarcinoma invasivo do intestino grosso, ulcero-infiltrante, com invasão do tecido adiposo circunjacente, presença de invasão linfática, limites livres, metástase de adenocarcinoma em três de quatorze linfonodos examinados. Estadiamento pT3 pN2. CONCLUSÃO: O câncer de cólon afeta 5% da população e 10% desses tumores envolverão estruturas adjacentes, principalmente aqueles situados no sigmóide e reto. Os pacientes com câncer colorretal (CCR) apresentam sinais e sintomas inespecíficos, o que dificulta a identificação da doença. O tratamento de escolha para o CCR em questão foi ressecção alargada com margens cirúrgicas livres. Neste caso, o fato de ter comprometimento linfonodal piora o prognóstico. Há alta taxa de mortalidade nesse tipo de câncer, logo, sua suspeita requer investigação adicional imediata.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA DIGESTIVA|OBSTRUÇÃO INTESTINAL|CÂNCER COLORRETAL

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 3040

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Isquemia Mesentérica Aguda Necrosante: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MATHEUS DE SOUSA CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCÃO FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA), ALBERTO BARROS ARAÚJO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - JOÃO PESSOA)

RESUMO: INTRODUÇÃO A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial, sendo a isquemia mesentérica, uma das consequências dessa doença, podendo ser crônica ou aguda. Na isquemia mesentérica crônica, há queixa de dor pós-prandial e emagrecimento. Já na aguda, pode ser causada por trombose, geralmente em pacientes mais idosos, ou por embolia, quando há relação com doença cardiovascular pré-existente. Clinicamente o achado principal da isquemia mesentérica aguda é a dor desproporcional ao exame físico, referindo dor abdominal e encontrando o abdômen flácido. O exame padrão ouro para isquemia mesentérica é a arteriografia. RELATO DE CASO ASN, 86 anos, masculino, tabagista, referindo dor abdominal e vômitos há 01 dia. Paciente deu entrada no pronto-socorro por quadro de dispneia e sonolência associado a constipação há 3 dias e náuseas. Evoluiu em estado geral ruim, mostrou-se hipocorado e hiporresponsivo no exame físico. No exame abdominal, observou-se abdome plano, rígido, doloroso à palpação superficial e profunda difusamente e principalmente em QID, RHA inaudíveis. Iniciou-se antibioticoterapia com cefepime e metronidazol. A TC revelou distensão de alças de intestino delgado e líquido livre na cavidade peritoneal, confirmando o quadro inicial de abdome agudo. Foi realizada uma laparotomia explorado, identificando-se moderada quantidade de líquido na cavidade peritoneal e necrose de íleo até íleo terminal, próximo a válvula íleo-cecal. Foi realizado uma enterectomia de íleo e hemicolonectomia direita permanecendo cerca de 1,5 metros de intestino delgado, além de uma anastomose jejuno-colônica. Paciente evoluiu hemodinamicamente estável, em nutrição parenteral. Atualmente (6 DIH), encontra-se internando e em observação respirando por ar ambiente, com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 13). CONCLUSÃO O diagnóstico de isquemia mesentérica não é fácil, devido a apresentação clínica diversa. Existe a necessidade de detecção precoce para evitar necrose intestinal. A melhor conduta é a prevenção, combatendo os fatores de risco da aterosclerose.

PALAVRAS-CHAVES: Isquemia Mesentérica | Necrose | Abdome agudo

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 3070

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Volvo Ileal em paciente Idoso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO ANTONIO VERONESE LEME (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL-RO), RAPHAEL AUGUSTO BRAGA NUNES (COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL/SESAU), MARCOS VINICIUS TAVARES ROLIM (COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE CACOAL/SESAU), JOSÉ EDSON PUERARI BENEVIDES (HEURO - HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGIONAL DE CACOAL), CAROLINE NISHIMURA (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL-RO), VALTER MAGALHÃES DE SOUZA FILHO (FACIMED-FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL-RO), NATHALIA TABALIPA DA SILVA (HRC - HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL)

RESUMO: INTRODUÇÃO Volvo de intestino delgado é uma condição rara¹, correspondendo menos de 5% de todas as obstruções intestinais. Ele pode ser classificado como primário ou secundário. O primário ocorre em uma cavidade abdominal normal, sem alterações anatômicas, e pode estar associado com hábitos especiais na dieta. O secundário se relaciona com fatores predisponentes congênitos ou adquiridos, como má-formação anatômica e má-rotação intestinais, aderências, entre outros². Os sintomas comuns são dor abdominal, náuseas ou vômitos, distensão e irritação peritoneal. O diagnóstico correto de volvo de intestino delgado é realizado com menos frequência do que o volvo de intestino grosso, pois este não apresenta um sinal patognomônico para distinguir uma obstrução simples de uma estrangulada, sendo que em alguns casos os exames de imagem podem vir sem alterações, diagnosticando-se apenas na laparotomia exploratória¹.RELATO DE CASOMF, 81 anos, feminino, procedente de espigão do oeste ? RO, com quadro de 72 horas de evolução com parada de eliminação de flatos e fezes, dor abdominal difusa do tipo cólica e vômitos. Admitido no pronto socorro com abdômen globoso, com ruído hidroaéreo diminuído, timpânico, doloroso a palpação profunda e superficial em flanco direito e esquerdo. PA: 110/60 mmhg FC: 94 bpm, FR: 15, Sat O2: 96%, Leucócitos séricos: 11.470, Plaquetas: 187.000, Sódio: 139 mmol/L Potássio: 4 mmol/L, PCR: Reagente (1:16). Na TC de abdômen se constatou imagem heterogênea de deformação ileocecal com dilatação das alças intestinais. Foi encaminhado para abordagem cirúrgica, laparotomia exploratória, que observou torção do íleo terminal e aderência entre apêndice e cólon sigmoide com grande presença de líquido ascítico na cavidade abdominal.CONCLUSÃO Volvo é uma das causas de abdome agudo obstrutivo, sendo rara a sua ocorrência no intestino delgado. A associação entre aderências e volvo de intestino delgado uma condição rara, sendo provável a existência prévia da brida propiciando o volvo em intestino delgado, e se manifestando tão tardiamente. Infere-se a raridade do caso, quando são levantados dados na literatura e não se encontram com facilidade trabalhos científicos sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVES: Volvo Ileal |Aderência |Paciente Idoso

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 3078

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Má Rotação Intestinal Como Causa de Abdome Agudo Obstrutivo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIO LUIZ QUINTAS (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), CAROLINA DE SOUZA RIBEIRO VITORASSO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), ALEXANDRE AUGUSTO PINTO CARDOSO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), JIN HWAN YOO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), THAIGO PAULO TEIXEIRA DOS SANTOS (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), FERNANDO HENRIQUE FURTADO COUTINHO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), MICHELLE LOUISE RODRIGUES BARBOSA DA SILVA (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), CARLOS HENRIQUE MAIA FEITOSA (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A má rotação intestinal é uma anomalia que tipicamente apresenta sintomas nos primeiros meses de vida. Logo, quando manifestada após a infância, torna-se importante desafio diagnóstico e terapêutico. Esta condição precisa ser conhecida e considerada no diagnóstico diferencial de Abdome Agudo Obstrutivo para esta faixa etária. RELATO DO CASO: Paciente feminina, de 16 anos, foi trazida ao pronto socorro com dor abdominal difusa, inapetência e náuseas progressivas em três dias; parada de eliminação de flatos e fezes há um dia. Negava febre, sintomas respiratórios ou urinários. Antecedentes pessoais: história de rubéola congênita e discreto atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Relatava episódios recorrentes de dor abdominal e náuseas, com piora pós prandial. Negava comorbidades, medicações de uso crônico ou cirurgias prévias. Exame físico: paciente em regular estado geral, descorada 2/4+, desidratada 2/4+, eupneica, alerta e vigil. Bulhas cardíacas rítmicas e sem sopros, frequência cardíaca 100 bpm, murmúrios vesiculares presentes e simétricos, sem ruídos adventícios pulmonares. Saturação O2: 98%, frequência respiratória 20 ipm. Abdome distendido, com ruídos hidroaéreos abolidos; difusamente doloroso à palpação, pior em epigástrio, sem massas ou visceromegalias, sem sinais de irritação peritoneal. À tomografia, evidenciava-se imagem sugestiva de volvo de todo o intestino. Foi então, indicada Laparotomia Exploradora com os seguintes achados: não coalescência do colon e não fixação da raiz do mesentério. Após resolvida a rotação intestinal, avaliou-se a viabilidade total das alças. Realizou-se plicatura dos colons junto às goteiras parieto-colicas e fechamento da cavidade abdominal por planos. A paciente evoluiu satisfatoriamente. CONCLUSÃO: A Má Rotação Intestinal pode apresentar-se com obstrução intestinal aguda, que exige reconhecimento e tratamento urgentes. No entanto, esta condição é pouco lembrada no diagnóstico diferencial de abdome agudo obstrutivo após a infância. É imperativo ao cirurgião geral, o conhecimento deste quadro e das técnicas cirúrgicas empregadas para o tratamento destes casos. Ademais, sabe-se que a rubéola congênita pode estar associada a diversas alterações do desenvolvimento embrionário. Portanto, hipotetizou-se que a má rotação intestinal, que pode ter diversas etiologias, também possa ser uma manifestação rara da rubéola congênita. Todavia, a avaliação de mais casos é necessária para confirmação desta associação.

PALAVRAS-CHAVES: Abdome agudo obstrutivo | Má rotação | Rubéola

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 3121

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL DAS APENDICECTOMIAS REALIZADAS EM UM HOSPITAL DE ENSINO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELLA GONÇALVES PIOVESAN (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), EDUARDO JUNKHERR SALGUEIRO (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), TAÍS TEREZINHA TOMCZAK FERREIRA (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), GUILHERME REGHELIN GOULART (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), ANTÔNIO FREDERICO DE SOUZA DO CARMO (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), RAFAEL LUIZ DONCATTO (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL), RAFAEL ANTONIAZZI ABAID (UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL)

RESUMO: Introdução: A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo em criança, adolescente e adulto jovem. O trabalho tem por objetivo avaliar atendimentos de pacientes submetidos à apendicectomia num serviço de Residência Médica em Cirurgia Geral que existe há cerca de 7 anos no interior do Rio Grande do Sul. Métodos: Estudo prospectivo observacional dos casos consecutivos de apendicectomia atendidos no período de Maio a Novembro de 2016 pelo serviço de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Santa Cruz. Resultados: No total, 38 pacientes foram operados no período do estudo. As cirurgias foram realizadas por 6 médicos residentes, acompanhados por 8 cirurgiões preceptores. Metade dos pacientes era do sexo masculino (50%). A média de idade foi de 34 [15-70] anos. A maioria (61%) foi classificada como ASA I e os demais, ASA II (39%). A maioria (71%) foi operada em até 72 horas a partir do início dos sintomas e 10% (n=4) com mais de 7 dias de evolução. Dezesesseis pacientes (42%) realizaram raio-X de abdome e 25 (66%) realizou ultrassonografia (US), das quais 13% (n=5) não identificou sinais, 34% (n=13) apresentou sinais sugestivos e 18% (n=7) foi conclusivo de apendicite aguda. Nenhum paciente realizou tomografia computadorizada (TC). Do total, 30 (79%) foram realizadas por incisão de McBurney ou Rockey-Davis, 6 (16%) por videolaparoscopia e 2 (5%) por laparotomia mediana. 22 casos (58%) foram classificados como apendicite aguda não complicada. Em 29% havia abscesso em fossa ilíaca direita e 8% apresentava peritonite difusa. O apêndice cecal apresentava aspecto normal em 2 casos (5%). Um paciente apresentou seroma em ferida operatória e outro evoluiu com abscesso em rim direito no pós-operatório. Os pacientes ficaram internados em média 3,8 dias (DP:1,7). Discussão: O perfil epidemiológico da amostra era comparável à literatura. A maioria recebeu o diagnóstico de apendicite aguda em até 72 horas de evolução. Embora cerca de um terço tenha recebido diagnóstico tardio, a incidência de complicações foi de 5%. A média de tempo de internação ficou em quase 4 dias. Todos os casos em que a US não identificou sinais de apendicite eram mulheres. Conclusão: O diagnóstico e tratamento precoce de apendicite aguda têm potencial de reduzir o tempo de internação hospitalar. O emprego da TC, substituindo a US e o Raio-X, poderia oferecer melhor especificidade e sensibilidade para o diagnóstico da apendicite aguda, especialmente para pacientes do sexo feminino.

PALAVRAS-CHAVES: apendicite aguda | apendicectomia | diagnóstico precoce

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 3127

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE FOURNIER EM IDOSO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (DISCENTE DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE/PB), FRANCISCO DE ASSIS SILVA SEGUNDO (DISCENTE DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE/PB), ARTUR PUZISKI FERREIRA DE MELO (DISCENTE DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE/PB), DAVI LIMA MEDEIROS (DISCENTE DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE/PB), ANNA LUIZA PORTELA TARGINO (DISCENTE DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE/PB), LUCAS VILLAR DE MELO (DISCENTE DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ), ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO (MÉDICO RESIDENTE EM CIRURGIA PELA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA (FAMENE)), GILDO ROMERO PEREIRA DE MELO (MÉDICO CIRURGIÃO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB))

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Síndrome ou Gangrena de Fournier (GF) é uma condição rara, caracterizada por um início agudo e rápida progressão para sepse fulminante, com elevada morbimortalidade. Pode ser classificada em primária, quando não há causa identificada, e secundária, quando se descobrem fatores causadores. Não é exclusiva em homens, apesar de ter uma alta prevalência para esse sexo (10:1). Alguns fatores de risco podem ser citados, como trauma local, infecção geniturinária, imunossupressão e, principalmente, a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). É composta por uma infecção polimicrobiana, com causa identificada em 95% dos casos, originada nas regiões genital e perineal. O diagnóstico é baseado em achados clínicos e do exame físico. Testes laboratoriais são inespecíficos, mostrando geralmente anemia, leucocitose, trombocitopenia, hiperglicemia, hiponatremia, hipocalemia, azotemia e hipoalbuminemia. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 71 anos, portador de DM2, é admitido em Hospital Público de João Pessoa (PB) com história de dor e edema em bolsa escrotal há 4 dias, apresentando Estado Geral Regular (EGR) e sem grandes alterações. Ao exame físico, é observado tecido necrótico e sinais flogísticos em região escrotal. Hemograma constata leucocitose de 20.000, com desvio à esquerda. Diagnosticada a GF, foi feito o desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia com Ciprofloxacino e Metronidazol. Após o procedimento cirúrgico, o paciente evoluía bem e sem queixas, mas ao 7º. Dia Pós Operatório (DPO), referiu alucinações auditivas, sendo suspensa a administração do Diazepam, usado para tratar a insônia; evoluiu bem, sem outras complicações. No 20º. DPO, a Ferida Operatória (FO) apresentava-se com fibrina e tecido de granulação; realizada reconstrução plástica da bolsa escrotal com enxerto de pele originado da coxa, tendo boa aceitação do enxerto. CONCLUSÃO: Diante do caso, mostra-se evidente a importância de uma intervenção correta e rápida em pacientes acometidos pela GF, devido ao grande risco da infecção polimicrobiana disseminar sistematicamente, justificando a grande mortalidade. Realizado desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia de amplo espectro, com posterior reconstrução plástica por enxertia e boa evolução.

PALAVRAS-CHAVES: Gangrena|Fournier|Enxerto

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 499

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RUPTURA DA PELVE RENAL POR CÁLCULO RENAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VERENA LIMA DA SILVA NASCIMENTO (MARIO PALMERIO HOSPITAL UNIVERSITARIO), FABRÍCIO GONZAGA E SILVA (MARIO PALMERIO HOSPITAL UNIVERSITARIO), BRUNO CÉSAR DORNELA (MARIO PALMERIO HOSPITAL UNIVERSITARIO), DIEGO SILVA FONSECA (MARIO PALMERIO HOSPITAL UNIVERSITARIO), SERGIO ANACLETO SILVA (MARIO PALMERIO HOSPITAL UNIVERSITARIO)

RESUMO: Paciente do sexo masculino, 43 anos, foi atendido no serviço de pronto atendimento do Hospital Universitário Mário Palmério de Uberaba- MG com relato de dor intensa no hipocôndrio direito com irradiação para região dorsal, tipo cólica, associada á náuseas iniciada há 3 dias. Negava hematúria, redução da diurese e demais alterações urinárias. Sem história prévia de nefrolitíase e sem antecedentes de intervenções cirúrgicas. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, eupneico, afebril, com fâscies de dor. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Apresentava discreta distensão abdominal e dor á palpação superficial e profunda no hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal e com sensibilidade aumentada á punho-percussão direita. Ao estudo tomográfico contrastado, evidenciou sinais de ruptura na pelve renal direita com extravasamento de contraste e urina para o retroperitônio, perirrenal com extensão até a cavidade pélvica, identificado também cálculo no sistema coletor á direita e nefrolitíase esquerda. Foi avaliado pelo serviço de urologia e tratado com colocação de cateter duplo J com pielografia intraopertória confirmando o diagnóstico de ruptura da pelve renal direita.

PALAVRAS-CHAVES: CÁLCULO RENAL | RUPTURA DA PELVE RENAL | PIELOGRAFIA

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 519

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise epidemiológica da mortalidade por câncer de próstata em João Pessoa, Paraíba, no período de 2006 a 2016.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HOMERO MEDEIROS DE OLIVEIRA JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA), MARLA MIKAELY DANTAS DE MEDEIROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA)

RESUMO: Objetivos: compreender a evolução da mortalidade por câncer de próstata, nos últimos 10 anos, no município de João Pessoa, Paraíba. Método: realizou-se estudo transversal retrospectivo sobre a frequência de mortalidade por câncer de próstata, de 2006 a 2016, estratificando os dados por faixas etárias e raça/cor; através do banco de dados TABNET-PB, do Sistema de Informação de Mortalidade, da secretaria municipal de saúde deste município, que possui atualização semanal. Resultados: em 2006, o número absoluto de mortes por câncer de próstata foi de 37 pacientes (5 óbitos por 100mil habitantes) e de 64 usuários em 2016 (8 óbitos por 100mil habitantes); apresentando tendência crescente nos últimos 10 anos. Houve maior frequência entre brancos e pardos; de 509 mortes analisadas, 214 (42%) ocorreram entre brancos, 61 (12%) negros e 234 (46%) entre declarados pardos. A mortalidade entre 60-69 anos, ao longo dos anos, correspondeu a 20,2% do total de mortes; 30% ocorreram entre 70-79 e 43,8% entre maiores de 80 anos. Conclusões: Apesar da frequência crescente em 10 anos, percebe-se que o número de óbitos por câncer de próstata, neste estudo, esteve abaixo da média brasileira que é de 14 óbitos por 100mil habitantes, sendo o segundo mais frequente, entre os óbitos por neoplasias, na população do país. Em relação as faixas etárias, a situação epidemiológica de João Pessoa se aproxima dos índices nacionais, uma vez que, no Brasil, cerca de 90% dos óbitos ocorre em maiores de 65 anos. Sabe-se que há elevada prevalência e morbimortalidade da doença em pacientes negros, mesmo assim, este estudo concluiu que os óbitos entre usuários declarados pardos ou brancos compreenderam 88% do total. Bibliografia: INCA- NORMA TÉCNICA CONJUNTA n 001/2015. Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do novembro azul. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9e6e07004a50eca8968bd6504e7bf539/Nota+T%C3%A9cnica+CAP+finalizada.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9e6e07004a50eca8968bd6504e7bf539>. Acessado em 06/02/2017. DATASUS. Sistema de Informações sobre mortalidade. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def . Acessado em 06/02/2017. MOYER, VA. Screening for prostate cancer: US Preventive Service Task Force Recommendation Statement. Anals of Internal Medicine. 2012; v 157; n 2.

PALAVRAS-CHAVES: Mortalidade|Câncer de próstata|Epidemiologia

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 531

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAPHAEL CASTIGLIONI NASCIMENTO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), LOREN ROSETTI REBELLO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), JANE SANGLARD DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE VILA VELHA), JACKSON OLIVEIRA CRUZ JUNIOR (UNIVERSIDADE VILA VELHA), RODRIGO ALVES TRISTÃO (HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA), WALERIA GRAMILICH BARATELLA (UNIVERSIDADE VILA VELHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO. A Pielonefrite Xantogranulomatosa (PNX) é uma apresentação rara de infecção do trato urinário alta, com forte associação a litíase renal e hidronefrose obstrutiva, acometendo principalmente mulheres de meia idade com sintomas crônicos de dor lombar, febre, massa palpável e Giordano positivo. O resultado da urocultura pode ser negativo em 30-39% dos casos e o exame de imagem diagnóstico ideal é a Tomografia Computadorizada (TC), podendo ser apenas confirmado através de análise anatomopatológica com células com inclusões lipídicas (células espumosas). As informações deste trabalho foram obtidas por revisão de prontuário e da literatura, com objetivo de relatar caso de nefrectomia devido PNX em paciente jovem. RELATO DE CASO. Mulher, 22 anos, admitida no HEJSN com lombalgia intensa à direita, irradiando para hipogástrio, tendo piora ao urinar e a mudança de decúbito. Solicitado exames laboratoriais que evidenciaram leucocitose com desvio à esquerda, piúria e anemia ferropriva. À TC observou-se rim de tamanho aumentado, litíase e hidronefrose severa sugerindo o diagnóstico de PNX. Optou-se por tratamento cirúrgico (nefrectomia) com manutenção da antibioticoterapia devido a não resolução do quadro, evoluindo com melhora clínica. O diagnóstico foi confirmado pelo anatomopatológico. CONCLUSÕES. O tratamento da PNX é sempre cirúrgico. Pode-se realizar nefrectomia parcial ou total a depender do estágio da doença. Atenta-se para a diferenciação com neoplasia renal e comprometimento de alças intestinais, estruturas retroperitoneais e grandes vasos. Observou-se a importância do diagnóstico precoce a fim de evitar complicações durante o ato cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: Pielonefrite Xantogranulomatosa|hidronefrose obstrutiva|litíase renal

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 539

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pielonefrite enfisematosa: uma gangrena oculta e letal.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GABRIELA HORBE WACHHOLZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GUSTAVO WINTER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), MATHIAS BURIN GROHE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), RAFAEL GERMANOS MENNA BARRETO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), NEHEMIAS LEMOS FILHO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), DANIEL D` OLIVEIRA SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Pielonefrite enfisematosa (EFP) caracteriza-se por uma infecção aguda grave do parênquima renal, pelve e gordura peri-renal causada por bactérias produtoras de gás, como E.coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas. Esta é uma emergência clínica e urológica de evolução rápida e desfecho desfavorável quando não reconhecida e manejada agressivamente. RELATO DO CASO: Mulher de 58 anos, sem comorbidades, obesa mórbida (IMC 57,8) e tabagista, apresentou-se na emergência do Hospital São Lucas da PUC/RS com dor em região do flanco direito, febre, diarreia e vômitos. Sinais vitais estáveis da admissão, afebril, lúcida, orientada, com boa perfusão periférica, dor a palpação em flanco direito, sinal de Giordano positivo. Laboratoriais com 13800 leucócitos e 6% de bastões. Creatinina de 1,29, ureia 34. EQU: proteína +/IV, Hb +++/IV, nitrito negativo, leucócitos >50/campo. Ecografia abdominal: acentuada pieloectasia renal à direita. TC abdome: rim direito com dilatação pielocalicinal e parênquima entremeado por formações gasosas, sem identificação de fator obstrutivo. Iniciou-se manejo conservador com antibioticoterapia (ATB) ? ceftriaxone, devido a estabilidade clínica. Nas 72h seguintes houve aumento da dor lombar e abdominal, confusão mental, oligúria e piora da função renal (creatinina 2,35). Logo, optou-se por associação de cefepime e metronidazol, manejo de terapia intensiva e realização de cintilografia com DMSA, que mostrou função absoluta à direita de 0,18% e esquerda de 3,17%. Opta-se então por intervenção cirúrgica, através de exploração aberta via incisão subcostal direita. Havia evidência de secreção purulenta intra-abdominal, comprometimento da vascularização de ceco e cólon ascendente e destruição parenquimatosa renal. Realizou-se nefrectomia radical com drenagem ampla da loja renal. Evolução: a paciente apresentou necessidade de altas doses vasopressoras em pós-operatório (PO), hemodiálise no 3º dia PO e ventilação mecânica desde o momento cirúrgico. Mesmo sem evidência de complicação operatória, ocorre desfecho desfavorável e a paciente evolui ao óbito no 13º dia PO. CONCLUSÃO: Frente à gravidade e alta morbimortalidade ocasionada pela EFP, para o sucesso no tratamento do quadro, recomenda-se ATB de amplo espectro, ressuscitação volêmica agressiva e controle de índices glicêmicos de forma imediata. Deterioração clínica ou não melhora do paciente indicam que a melhor alternativa é a nefrectomia.

PALAVRAS-CHAVES: Pielonefrite enfisematosa | Nefrectomia | Bacteremia

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 542

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adenocarcinoma de úraco: uma rara neoplasia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA HORBE WACHHOLZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GUSTAVO WINTER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), MATHIAS BURIN GROHE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), ALEXANDRE LANGE AGRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), LETÍCIA MENDES LEÃES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), JORGE ANTÔNIO PASTRO NORONHA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O úraco é um resquício embrionário fibroso, remanescente do alantoide. Sua permanência pode ocasionar uma rara neoplasia primária, correspondendo a 0,01% de todos os cânceres malignos e a 0,4 a 0,7% dos tumores malignos de bexiga. A conduta preferencial para o adenocarcinoma de úraco é a cistectomia parcial.**RELATO DO CASO:** Paciente masculino de 50 anos, não tabagista e sem comorbidades. História de hematúria macroscópica há seis meses antes da internação. Realizou ecografia e tomografia externas de bexiga contendo lesão vegetante na parede anterior. A cistoscopia demonstrou presença de lesão tumoral de aproximadamente 3cm em parede anterior da bexiga. Realizada ressecção transuretral (RTU) de bexiga, a qual o resultado anátomo-patológico foi adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Enviado material para estudo imunohistoquímico, onde o perfil foi compatível com adenocarcinoma com sítio primário em úraco ou bexiga (CEA e CD15 positivos). Complementou-se investigação com colonoscopia e endoscopia digestiva alta para descartar origem extra-vesical de adenocarcinoma. Estes exames foram normais. O estadiamento com tomografia de tórax, abdome e pelve foi negativo para metástases. Optou-se por realizar cistectomia parcial com retirada do domo vesical e cicatriz umbilical, além de ampla margem peritoneal e linfadenectomia pélvica estendida bilateral. O diagnóstico definitivo citopatológico foi de adenocarcinoma de úraco moderadamente diferenciado com invasão da lâmina própria. As margens cirúrgicas de ressecção apresentaram-se livres de neoplasia e também não houve presença de neoplasia em pele, tecidos moles ou linfonodos. Paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências e recebeu alta no 8º dia. Segue acompanhamento, apresentando cistoscopia sem novas lesões, além de exames de imagem e laboratoriais sem evidência de progressão ou recidiva de doença.**CONCLUSÃO:** Devido à raridade do adenocarcinoma de úraco, é importante ter conhecimento das formas de apresentação clínica e o tratamento. É um tumor que tipicamente se manifesta no domo vesical. A maioria dos paciente se apresenta com hematúria macroscópica ou microscópica. O estadiamento é fundamental para decisão terapêutica. Visto que tais lesões envolvem, geralmente, apenas o domo vesical, cistectomia parcial demonstrou ser suficiente para eficácia oncológica. Radioterapia e quimioterapia são ineficazes.

PALAVRAS-CHAVES: adenocarcinoma de úraco | cistectomia parcial | neoplasia primária

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 543

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Melanoma de pênis: ocorrência rara e manejo agressivo.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIULLIA GARIBALDI BERTONCELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GABRIELA HORBE WACHHOLZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GUSTAVO WINTER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), LETÍCIA MENDES LEÃES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), RAFAEL GERMANOS MENNA BARRETO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), ALEXANDRE LANGE AGRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), GUSTAVO FRANCO CARVALHAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O melanoma de pênis constitui menos de 1% das neoplasias malignas do aparelho reprodutor masculino e há poucos casos descritos na literatura. Geralmente apresenta prognóstico ruim e seu diagnóstico é tardio. A cirurgia precoce e agressiva é o tratamento mais eficaz. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 81 anos e sem comorbidades. Ingressa para consulta no setor de urologia do Hospital São Lucas (HSL) da PUCRS com história de lesão peniana há dois anos. Foi realizada biópsia que revelou neoplasia maligna de células epitelióides com alto índice mitótico, acometendo a derme, sugestivo de melanoma metastático. O estudo imunohistóquímico confirmou melanoma. A tomografia computadorizada (TC) de tórax, abdome e pelve mostraram opacidade nodular densa no terço médio do pulmão direito, linfonodomegalias inguinais e ilíacas externas à direita. Optou-se por penectomia parcial com 2 cm de coto. Após procedimento, paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no quarto dia pós-operatório (PO). O anátomo-patológico da peça cirúrgica foi de melanoma de glândula, em fase de crescimento vertical, Breslow 9mm, com focos de invasão vascular, satelitose, 10 mitoses/mm², sem comprometimento uretral e com limites cirúrgicos livres. Paciente segue acompanhamento nos setores de oncologia e urologia do HSL após 12 meses do procedimento. Recusou-se a realizar tratamento complementar com quimioterapia. Os exames recentes mostram progressão de doença pulmonar e em cadeias linfáticas. Paciente está evoluindo com queda progressiva do estado geral. No momento encontra-se com manejo paliativo e totalmente dependente de cuidados. CONCLUSÃO: O melanoma de pênis consiste em uma neoplasia extremamente rara, uma vez que, presumivelmente, a pele do órgão é protegida da exposição solar. Metastiza precocemente, estando 40% dos pacientes metastizados ao diagnóstico. A cirurgia precoce e agressiva é o principal modo de tratamento, não devendo ser postergada ao momento do diagnóstico. Radioterapia e quimioterapia são apenas paliativas. O prognóstico depende do estágio do tumor primário e da presença ou ausência de metástases inguinais. No entanto, a apresentação tardia e as particularidades anatômicas locais tornam difícil o objetivo da cura.

PALAVRAS-CHAVES: Melanoma | Penectomia | Metástase

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 643

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor urogenital triplo - relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NICOLAS ALMEIDA LEAL DA SILVA (SERVIÇO AVANÇADO DE UROLOGIA - SAU), CLAUDIO MIGUEL PINTO MORALES (SERVIÇO AVANÇADO DE UROLOGIA - SAU), MARCELO PIMENTEL (SERVIÇO AVANÇADO DE UROLOGIA - SAU), GABRIEL WEISS (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), AMANDA VARNIER PARISOTTO (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), FELIPE ABATTI SPADINI (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS), AMANDA CAROLINE DAMAS TABORDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS), SUELLEN CRISTINA MONTAGNA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS)

RESUMO: Introdução: A presença de cânceres sincrônicos em diversos órgãos é um assunto raro da literatura, sendo estimada a sua ocorrência entre 0,73-11,7% da população diagnosticada com câncer. O presente relato visa descrever a ocorrência de câncer sincrônico de bexiga, próstata e rim. Relato de Caso: Masculino, 70 anos, branco, ex-etilista e tabagista, apresentando hematúria macroscópica total e massa tumoral em rim direito a ultrassonografia. Na tomografia computadorizada de abdome demonstrou presença de massa heterogênea e infiltrativa no rim direito medindo 13,9x11,3cm, bexiga com espessamento focal de aspecto nodular na parede póstero-lateral direita, de 5,1x2,5 cm e próstata com volume aumentado e calcificações periuretrais. Paciente foi submetido a nefrectomia radical a direita. O laudo anatomopatológico evidenciou Carcinoma renal de células claras grau 2. Persistiu com hematúria macroscópica e no sétimo pós operatório foi submetido a ressecção transuretral de bexiga, a qual evidenciou-se lesão tumoral vegetante, franjeada, séssil, e estenose da uretra bulbomembranoso, realizado biópsias. O estudo anatomopatológico confirmou que a lesão da bexiga tratava-se de Carcinoma urotelial papilífero invasivo de alto grau, e, da uretra, Adenocarcinoma acinar usual de próstata, Gleason 6 (3+3). Frente aos achados do anatomopatológico foi realizado cistoprostatectomia radical, linfadenectomia ilíaca, retroperitoneal e pélvica bilateral associada a ureterostomia cutânea. O estudo anatomopatológico evidenciou Carcinoma vesical urotelial papilífero invasivo de alto grau, medindo 4x3cm, estendendo-se até a camada muscular interna da bexiga, com presença de invasão angiolinfática e perineural, com moderado infiltrado linfocitário intra e peritumoral, e, da uretra, Adenocarcinoma acinar usual de próstata, Gleason 6 (3+3), comprometendo o lobo esquerdo da próstata, medindo 0,4cm, ausência de infiltração perineural e extensão extraprostática. Ausência de metástases. Conclusão: Apesar dos cânceres sincrônicos serem raros na literatura e na prática médica, o paciente em questão apresentou neoplasias renal, vesical e prostática. Devemos sempre considerar a hipótese de neoplasias sincrônicas para proporcionar o melhor tratamento aos pacientes. Referências: Shoshtar, M., Hossein, S., & Moslemi, K. Metachronous occurrence of triple malignancies of kidneys, prostate, and breast. A case report and review of the literature. Case Reports in Urology. Hindawi Publishing Corporation. 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma renal de células claras|Adenocarcinoma acinar usual de próstata|Carcinoma urotelial papilífero

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 678

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Condiloma acuminado gigante ? Tumor de Buschke-Löwenstein: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NICOLAS ALMEIDA LEAL DA SILVA (SERVIÇO AVANÇADO DE UROLOGIA), AMANDA CAROLINE DAMAS TABORDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS), FELIPE ABATTI SPADINI (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS), AMANDA VARNIER PARISOTTO (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), GABRIEL WEISS (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), CLAUDIO MIGUEL PINTO MORALES (SERVIÇO AVANÇADO DE UROLOGIA), MARCELO PIMENTEL (SERVIÇO AVANÇADO DE UROLOGIA), SUELLEN CRISTINA MONTAGNA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O condiloma acuminado gigante é conhecido como tumor de Buschke Löwenstein(TBL). Primeiramente descrita por Buschke em 1896 e em 1925 foi definida clinicamente por Löwenstein. A lesão é descrita como vegetante, verrugosa e com aspecto exofítico. Embora histopatologicamente benigna, clinicamente exibe propriedades malignas ao infiltrar tecido adjacentes (carcinoma de células escamosas). Apresenta uma elevada taxa de recorrência (até 70%). A sua incidência é de 1,7% na população geral e de 11-62% entre os pacientes HIV positivo.RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 27 anos, natural de Passo Fundo - RS, sem vacina para HPV. Apresentou lesões vegetantes de pequeno tamanho na região inguinal e bolsa escrotal. Realizou terapia tópica com Cetoconazol e Betametasona. A lesão apresentou crescimento progressivo e o paciente foi encaminhado ao ambulatório de urologia. No exame físico, foi identificada lesão vegetante, com aspecto verrucoso, com cerca de 20cm de comprimento em região inguinal, predominante à esquerda, e bolsa escrotal. Na investigação diagnóstica do paciente, foi realizado sorologias para hepatite C e B, HIV e sífilis, todos negativos. Realizado tratamento cirúrgico, com ressecção ampla das lesões associada à eletrocauterização. Na revisão cirúrgica, após 15 dias, apresentava aspecto clínico satisfatório. O estudo histopatológico confirmou os achados clínicos da lesão.CONCLUSÃO: O TBL é uma variante do condiloma acuminado e está relacionado ao papilomavírus humano, principalmente os subtipos 6 e 11. Os sintomas são uma ou múltiplas massas, com tamanhos variados. Deve ser identificado precocemente, já que possui uma progressão e crescimento acelerado e pode transformar-se em carcinoma de células escamosas em até 70% dos casos. Entre as opções de tratamento incluem medicações tópicas, quimioterapia, laser, eletrocoagulação e ressecção cirúrgica, sendo esta a que apresenta os melhores resultados. Paciente foi submetido à ressecção cirúrgica associado à eletrocauterização das lesões menores e fechamento primário. Até o momento não apresentou recidiva das lesões.REFERÊNCIAS:Tas S, Arik MK, Ozkul F, Cikman O, Akgun Y. Surgical Management of Perianal Giant Condyloma Acuminatum (Buschke-Löwenstein Tumor). Case Rep Surg. 2012; 2012: 507374.Uribe N, Rueda C, López M, Balciscueta Z, Martín MC, Terrádez JJ, Flores J. Management of giant anal condyloma by wide local excision and anoplasty. Colorectal Dis. 2012 Nov;2014(11):1394-7.

PALAVRAS-CHAVES: Condiloma acuminado|Tumor de Buschke Löwenstein|Papilomavírus humano

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 693

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INFECÇÕES REPETITIVAS GRAVES DO TRATO URINÁRIO COM PIELONEFRITE ENFISEMATOSA E PIONEFROSE COMPLICADAS POR NEUROINFECÇÃO EM UM PACIENTE COM RIM EM FERRADURA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE HAUPENTHAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)), GABRIELLA YAMASHITA FELBER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)), ANNA KATARZYNA CZECH (JAGIELLONIAN UNIVERSITY MEDICAL COLLEGE)

RESUMO: Introdução: Rim em ferradura é a anomalia mais comum de fusão renal, frequentemente assintomática e diagnosticada incidentalmente em exames de imagem. Relatamos um caso de um paciente do sexo masculino de 39 anos de idade, com rim em ferradura e diabetes mellitus tipo 1, que apresentou insuficiência renal e complicações infecciosas graves recorrentes que culminaram com a remoção do rim em ferradura. Relato do Caso: Um paciente do sexo masculino de 39 anos de idade apresentou-se no hospital com dor lombar aguda, oligúria e febre. Ele tinha histórico de diabetes mellitus tipo 1 mal controlada associada a complicações crônicas. O paciente foi empiricamente tratado com antibióticos de largo espectro e iniciou a diálise. A ultrassonografia abdominal revelou áreas hipocogênicas no pólo superior do rim direito e levantou a suspeita de abscessos no rim esquerdo. Tomografia Computadorizada (TC) abdominopélvica revelou rim em ferradura, hidronefrose e presença de bolhas de ar bilateralmente nas unidades renais. Nefrostomia percutânea direita e cateterismo ureteral esquerdo foram realizados, resultando em drenagem bilateral do ar e pus. Poucos dias depois, nefrostomia percutânea esquerda foi realizada e o cateter ureteral foi removido. Três meses após a apresentação inicial, ele foi internado no serviço de nefrologia com sintomas de dor lombar bilateral e mal-estar geral. A urocultura foi positiva para *Klebsiella pneumoniae* ESBL+, e antibioticoterapia foi iniciada. Um dia após a admissão, o estado do doente deteriorou repentinamente com convulsões transitórias e rigidez cervical. A TC de crânio não revelou anormalidades, enquanto que a TC abdominopélvica apresentou coleções de fluidos bilateralmente em unidades renais. Drenagem percutânea foi realizada e o doente foi programado para a remoção cirúrgica do rim em ferradura, a qual foi realizada após a resolução dos sintomas neurológicos. O paciente melhorou e recebeu alta hospitalar no sexto dia pós-operatório. Conclusão: A maioria dos casos de rim em ferradura ocorrem em homens e normalmente não apresentam implicações clínicas, mas as anormalidades anatômicas relacionadas a essa condição podem resultar em complicações como hidronefrose, obstrução da junção ureteropélvica, urolitíase e infecções. A combinação dessas alterações anatômicas com o diabetes mellitus predispõe o paciente à pionefrose e infecções recorrentes do trato urinário, complicadas por formação de abscessos.

PALAVRAS-CHAVES: Rim em Ferradura | Infecção do trato urinário | Pielonefrite enfisematosa

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 714

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA E A OCORRÊNCIA DE METÁSTASE PERITONEAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE HAUPENTHAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)), ANNA KATARZYNA CZECH (JAGIELLONIAN UNIVERSITY MEDICAL COLLEGE)

RESUMO: Introdução: O câncer de próstata é a segunda causa de morte por câncer em homens. A disseminação peritoneal do câncer de próstata é extremamente rara e infreqüentemente relatada na literatura. Este artigo apresenta um caso raro de metástase peritoneal após prostatectomia radical laparoscópica. Relato do caso: Um homem de 64 anos apresentou-se à nossa clínica de urologia com um aumento do nível do antígeno prostático específico (PSA) (17,75 ng/mL). Biópsia transretal da próstata foi realizada e revelou adenocarcinoma de próstata Gleason 8 (4 + 4). O tecido ósseo estava livre de metástases na cintilografia e a tomografia computadorizada abdominal não mostrou lesões adicionais. O paciente foi submetido a prostatectomia radical laparoscópica com dissecação estendida de linfonodos, em que o exame histológico revelou câncer de próstata Gleason 7 (4 + 3) pT2cN0M0LV1. Três meses após a cirurgia, o nível de PSA detectado foi de 0,01 ng/ml e o paciente não recebeu tratamento adjuvante. No entanto, treze meses após a cirurgia, o PSA havia subido para o nível de 2,34 ng / mL. Ressonância magnética revelou uma lesão posterior localizada em cólon descendente, medindo 19 mm na sua maior dimensão e Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons (PET-CT) documentou atividade hipermetabólica e confirmou lesão peritoneal medindo 14 x 8 x 10 mm, localizada próxima ao osso pélvico. A exploração laparoscópica da cavidade peritoneal foi realizada e a lesão foi completamente excisada. Resultados histopatológicos foram consistentes com adenocarcinoma peritoneal metastático. Conclusão: Apesar de ser comum a ocorrência de carcinomatose peritoneal relacionada com câncer colorretal, gástrico, pancreático e câncer ginecológico, essa apresentação é rara na neoplasia de próstata. Câncer da próstata é metastático em 35% dos casos, com uma predileção marcada para propagação óssea. A disseminação peritoneal parece envolver o comportamento do tumor e fatores relacionados à laparoscopia como causas principais. A metástase peritoneal do adenocarcinoma de próstata após prostatectomia radical é extremamente rara. O local incomum de recorrência neste caso mais provavelmente envolve características do tumor ??e pode estar relacionado a fatores perioperatórios. Certas precauções cirúrgicas são de extrema importância para evitar a disseminação de células cancerosas para a cavidade peritoneal.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de próstata | Metástase peritoneal | Prostatectomia radical laparoscópica

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 754

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARCINOMA NEUROENDÓCRINO (CARCINOMA DAS CÉLULAS DE MERKEL) DO RETROPERITÔNIO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JÉSSICA MONTENEGRO PONTES (FAMENE), ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOSANN FREDERICO RIBEIRO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GABRIELLA SANCHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ANTONIO MATEUS ANDRADE DE SOUSA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Introdução: Carcinoma neuroendócrino é uma neoplasia maligna e agressiva, originária do sistema neuroendócrino e tem nas células de Merkel seu substrato anatomopatológico. A doença é bastante rara e apenas um número relativamente pequeno de casos não apresenta lesão primária aparente. A finalidade deste trabalho é relatar um caso raro de tumor neuroendócrino (tumor das células de Merkel) da região retroperitoneal observado e tratado no Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB. Relato de caso: PQS, 70 anos, branco, masculino, com queixas de dor lombar de forte intensidade, com 06 meses de evolução. Tomografia computadorizada de abdome revelou formação expansiva na região retroperitoneal direita anteriormente ao rim homolateral, medindo aproximadamente 4cm de diâmetro, sem outros achados. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações. CEA, alfafetoproteína e CA 19-9 estavam dentro do limite da normalidade. Antígeno prostático específico (PSA) estava aumentado, mas o toque retal era normal e a biópsia prostática não revelou malignidade. O paciente foi submetido à ressecção de massa retroperitoneal com margens de segurança por lombotomia direita, evoluindo sem intercorrências no pós-operatório. O perfil imunohistoquímico da peça operatória revelou positividade da cromogranina e negatividade para 35BH11 e 34BE12, confirmando o diagnóstico de carcinoma neuroendócrino pouco diferenciado. Um mês após o procedimento cirúrgico, foi detectada, por ressonância nuclear magnética, a presença de doença metastática na coluna vertebral, promovendo dor lancinante e dificuldade de deambulação, quadro que foi tratado com quimioterapia com Etoposide e Ifosfamida e radioterapia locorregional, evoluindo com melhora significativa. No momento encontra-se assintomático, sem evidência clínica e radiológica em atividade. Conclusão: O carcinoma neuroendócrino é uma entidade rara, principalmente em retroperitônio. Nesta localização, o tamanho determina a sintomatologia e o diagnóstico tardio, favorecendo a recorrência e metástase. O tratamento quimioterápico é controverso e a extensa excisão local do tumor primário, com margens amplas, é o tratamento cirúrgico de escolha para doença localizada. Propomos que sejam necessários mais estudos para elucidar a verdadeira eficácia da quimioterapia em pacientes convencionais e não convencionais com carcinoma neuroendócrino.

PALAVRAS-CHAVES: Carcinoma Neuroendócrino | Neoplasias Retroperitoneais | Carcinoma de Célula de Merkel

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 854

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INFARTO TESTICULAR SEGMENTAR SECUNDÁRIO A ORQUIEPIDIDIMITE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS GUIDINI LIMA (UFJF), ANTONIO CARLOS TONELLI DE TOLEDO (UFJF), ANA CAROLINA WERNECK FURTADO (HMTJ), BRUNA CAMPOS CARDOSO VILELA (UFJF), MARCOS TIAGO DE OLIVEIRA (UFJF), MARIANA FONSECA BITTENCOURT (UFJF), MATHIAS PAULO LOREDO E SILVA (UFJF)

RESUMO: Introdução: A epididimite e a orquiepididimite são diagnósticos comuns em homens que apresentam dor testicular unilateral. O tratamento geralmente é conservador, com antibioticoterapia. Apesar de raras, podem ocorrer complicações, como abscesso e infarto testicular. O infarto testicular pode ser causado tanto pela compressão da vasculatura testicular, em decorrência da inflamação e edema do tecido epididimal ou do cordão espermático, assim como pela trombose vascular local secundária às toxinas bacterianas. A ultrassonografia da bolsa escrotal com doppler pode demonstrar ausência de vascularização, evidenciando a necessidade de intervenção cirúrgica para o tratamento definitivo do órgão acometido. Apresentamos um relato de caso de orquiepididimite de repetição com evolução para infarto testicular segmentar. Relato do caso: Homem de 26 anos previamente hígido, queixando-se de edema e dor em região escrotal esquerda, com início há 15 horas, de intensidade progressiva, e culminando com quadro de dor acentuada e incapacitante. Ao atendimento negou uso de medicações analgésicas, trauma local, sintomas urinários ou outros sintomas sistêmicos. Referiu a presença de massa dolorosa à palpação testicular. Nos últimos dois anos apresentou três episódios de orquiepididimite à esquerda com duração de dois a quatro dias e intervalo médio de seis meses. Nesses intervalos, afirmou que manteve massa palpável no testículo esquerdo, porém indolor. Nega fatores desencadeantes. Há sete meses, fez uso de Ciprofloxacino por 14 dias. Ao exame físico o paciente apresentava edema escrotal importante, dor à palpação testicular e presença de massa endurecida, sugerindo edema de epidídimo à esquerda. Nos exames complementares, foi evidenciado testículo esquerdo hipoecóico e sem vascularização, inferindo torção testicular, além de leve hidrocele à esquerda. Paciente submetido à exploração cirúrgica, onde constatou-se ausência de torção testicular. Havia hiperemia e edema em epidídimo esquerdo, bem como infarto acometendo 50% do testículo esquerdo. Optou-se por realizar orquiectomia parcial preservando a porção viável do órgão. Conclusão: O caso relatado demonstra o infarto testicular como uma complicação de orquiepididimite de repetição, evolução que pode gerar consequências drásticas, como a sepsis e a infertilidade. Dessa forma, o conhecimento acerca de complicações do escroto agudo e a suspeição clínica são de grande importância, pois exigem reconhecimento e intervenção precoce.

PALAVRAS-CHAVES: Escroto Agudo | Infarto testicular segmentar | Orquiepididimite

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1038

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LINFOMA TESTICULAR PRIMÁRIO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), THALES MENDES MIRANDA (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), ELAISY CRISTINA DE SARRO SOARES (HEJSN - HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES), THIAGO CARVALHO GAUDIO (HOSPITAL MERIDIONAL), RAPHAEL CASTIGLIONI NASCIMENTO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), LOREN ROSETTI REBELLO (UNIVERSIDADE VILA VELHA), RODRIGO ALVES TRISTÃO (HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO. Linfoma testicular primário (LTP) é uma forma rara de linfoma não hodgkin (LNH) que representa 1-9% de todos os tumores testiculares e apenas 1% dos casos de LNH. É o tumor testicular mais comum em pacientes com idade superior a 60 anos, apresentando-se como uma massa firme e indolor, tipicamente bilateral. O diagnóstico é histológico, sendo 80-90% do tipo LNH-B difuso de células grandes, e o tratamento é a orquiectomia radical associado à quimioterapia e/ou radioterapia de acordo com o estágio da doença. Foi realizado estudo descritivo tipo relato de caso de neoplasia testicular rara com diagnóstico precoce. RELATO DE CASO. Homem de 71 anos, com quadro de aumento do volume em testículo direito há cerca de 60 dias, dor há uma semana e antibioticoterapia por 21 dias sem melhora. Ultrassonografia de escroto evidenciou testículo direito com dimensões aumentadas, textura heterogênea medindo 78,6 cm³. Foi submetido a orquiectomia radical direita, confirmando a doença pelo histopatológico. Segue em tratamento com quimioterapia adjuvante. CONCLUSÃO. O linfoma testicular primário tem evolução agressiva, elevada taxa de recidivas e extrema dificuldade em diferenciá-lo dos demais tumores testiculares. Devido poucos relatos deste subtipo de LNH se faz necessário estudos prospectivos incluindo um grande número de pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR DE TESTÍCULO | LINFOMA TESTICULAR PRIMÁRIO | LINFOMA NÃO HODGKIN

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1110

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Orquiepididimite causada por paracoccidioidomicose: relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NICOLAS ALMEIDA LEAL DA SILVA (SERVIÇO AVANÇADO DE UROLOGIA - SAU), GABRIEL WEISS (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), AMANDA CAROLINE DAMAS TABORDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS), AMANDA VARNIER PARISOTTO (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), FELIPE ABATTI SPADINI (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS), CLAUDIO MIGUEL PINTO MORALES (SERVIÇO AVANÇADO DE UROLOGIA - SAU), MARCELO PIMENTEL (SERVIÇO AVANÇADO DE UROLOGIA - SAU), SUELLEN CRISTINA MONTAGNA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Paracoccidioidomicose (PCM), conhecida como Blastomicose Sul-Americana ou Doença de Lutz-Splendore-Almeida, é uma das micoses endêmicas mais prevalentes na América Latina. No Brasil, sua incidência é de 1-3 casos/100.000 habitantes e em regiões endêmicas é de 16,2 casos/100.000 habitantes. É uma micose granulomatosa sistêmica, causada pelo Paracoccidioides brasiliensis. A infecção ocorre pela inalação dos conídios, sendo a via respiratória o primeiro local acometido. As manifestações mais comuns são nos pulmões, linfonodos, adrenais, ossos, tubo digestivo e sistema nervoso, sendo as geniturinárias menos frequentes na sua forma crônica. Relataremos o caso de um paciente tratado no Hospital da Cidade de Passo Fundo ? RS, com orquiepididimite causada pelo Paracoccidioides brasiliensis. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 47 anos, natural de David Canabarro, em tratamento para Doença de Addison com prednisona e fludrocortisona desde 2016. Encaminhado ao serviço de urologia apresentando quadro de orquiepididimite refratária ao tratamento com antibioticoterapia. Fez uso de Ciprofloxacino e Vibramicina por 14 dias, sem resolução dos sintomas. A ultrassonografia realizada demonstrou processo inflamatório nos epidídimos e hidrocele septada bilateral. Então, paciente foi submetido à exploração cirúrgica da bolsa escrotal. No transoperatório foi encontrado sinais de doença granulomatosa em ambos epidídimos, cujas cultura e biópsia foram positivas para infecção por Paracoccidioides brasiliensis. Portanto, foi realizada ressecção parcial da bolsa escrotal, epididimectomia bilateral, drenagem de abscesso e tratamento com Itraconazol. CONCLUSÃO: A PCM é uma doença que atinge principalmente homens (80%) e a idade média dos pacientes acometidos é de 30 a 75 anos. As principais manifestações da orquiepididimite por PCM são um aumento unilateral, doloroso e endurecido do testículo. O diagnóstico é feito pelo isolamento dos fungos histopatologicamente, citopatologicamente ou através da análise micológica da cultura ou biópsia. Já o tratamento é feito com drogas antifúngicas, suporte nutricional, prevenção de doenças oportunistas e cirúrgica. REFERÊNCIAS Nucci M, Colombo AL. Clinical manifestations and diagnosis of acute/subacute paracoccidioidomycosis. UpToDate. 2013. Disponível em: . Acesso em: 10/02/2017

PALAVRAS-CHAVES: Orquiepididimite | Paracoccidioidomicose | Doença de Lutz-Splendore-Almeida

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1156

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GANGRENA DE FOURNIER E ABSCESSO PRÉ-SACRAL: RELATO DE CASO E ABORDAGEM MULTIESPECIALISTA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARINEZ KIMURA PERES SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), RAFAEL AGOSTINHO MAIOLI (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), EDUARDO PINHEIRO GÓIS FENIMAN (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), FERNANDO LEÃO COSTA (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), GUILHERME IRIA FUJITA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), CAROLINA FERREIRA BALDECERRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), HELIO APARECIDO BATISTELA JUNIOR (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA), CÉSAR DANIEL MACEDO (HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Gangrena de Fournier corresponde à infecção necrotizante em região perineal, perianal ou genital, rapidamente progressiva, sobretudo em pacientes predispostos. Na presença de solução de continuidade em região pelvico-perineal e comorbidade predisponente, a microbiota urogenital ou anorretal torna-se patogênica. Há uma taxa de mortalidade significativa de 20-40%, alcançando 88%. Neste relato, o objetivo é expor um caso de fasciíte necrotizante e diversas complicações, mas devido ao tratamento precoce e insistente obteve-se resultado curativo. RELATO DE CASO Paciente masculino, 64 anos, admitido no Hospital Evangélico de Londrina com gangrena de Fournier e evolução para sepse grave. Iniciou-se antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento precoce e extenso de fasciíte necrotizante, cistostomia, laparotomia exploradora e colostomia. Necessitou de desbridamentos seriados com orquidopexia extra-anatômica bilateral. Evoluiu ainda com deiscência da ferida operatória abdominal. Após longo tratamento intensivo, houve tentativa de reconstrução do pênis e sua parede. Porém novo desbridamento desta região foi exigido e, apesar da reabordagem da cirurgia plástica, os pontos foram retirados para melhor drenagem. Houve melhora do aspecto das feridas operatórias, abdominal e genital. Após controle séptico, indicou-se oxigenoterapia hiperbárica. Entretanto, evoluiu com distensão abdominal e parada de eliminação de fezes em colostomia, mesmo pérvia, com resultado parcial às medidas para suboclusão intestinal. Após investigação com RNM e TC, detectou-se coleção pré-sacral, suspeita de abscesso pélvico, com processo inflamatório de região pélvica e períneo. Tentou-se a drenagem do abscesso guiada por ecocolonoscopia, sem sucesso. Realizada, então, a abordagem cirúrgica por via posterior com ressecção sacrococcígea, 5° vértebra sacral e cóccix, para acesso ao espaço retroperitoneal no assoalho pélvico e drenagem do abscesso. Necessitou ainda de transversostomia. Paciente obteve boa recuperação e alta hospitalar após 92 dias de internação. Em acompanhamento ambulatorial há 3 meses com transversostomia funcionante e micção espontânea. Aguarda cirurgia plástica para reconstrução de bolsa escrotal. CONCLUSÃO Apesar da agressividade e alta mortalidade desta síndrome, o tratamento precoce e incisivo com abordagens cirúrgica e clínica devem ser instituídos precocemente em todos os casos. Neste caso, houve surpreendente melhora e cura, ratificando esta conduta.

PALAVRAS-CHAVES: GANGRENA DE FOURNIER | ORQUIDOPEXIA | REGIÃO SACROCOCCÍGEA

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1175

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL NO ESTADO DO PIAUÍ DE 2011 A 2015

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), ÁLISSON DUARTE MARTINS (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), WALBER EMANUEL DA CRUZ FONTES (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), MAURO ANDRÉ GONÇALVES CARVALHO E SILVA (HOSPITAL SANTA MARIA), GERMANO DE SOUSA LEÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), FRANCISCO ROGÉRIO DE ARAÚJO MELO FILHO (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL)

RESUMO: Introdução: a transição demográfica das últimas décadas contribuiu para o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida, desencadeando mudanças no perfil de morbimortalidade e aumento da prevalência das doenças crônicas, entre elas a doença renal crônica (DRC), cujo estágio final necessita de uma terapia renal substitutiva, sendo o transplante de rim a mais completa alternativa de substituição da função deste órgão. Objetivos: determinar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a transplante renal no estado do Piauí de 2011 a 2015 e precisar o tipo de doador de rim (vivo/falecido) mais prevalente no estado do Piauí neste período. Metodologia: o presente trabalho trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, documental e longitudinal, retrospectivo de abordagem quantitativa, tendo como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos ao transplante renal no estado do Piauí de 2011 a 2015. Dados epidemiológicos, como idade, gênero, raça, procedência, tipo sanguíneo e tipo de doador, foram coletados através da análise de prontuários e fichas eletrônicas. Resultados: observou-se que, nesse período, foram realizados 186 transplantes de rins, dos quais 57,5% foram de doadores falecidos e 42,5% de doadores vivos. Em relação aos receptores, verificou-se que 4,8% tinham entre 0 e 19 anos, 62,9% entre 20 e 44 anos, 31,2% tinham entre 45 e 64 anos e apenas 1,1% mais de 64 anos de idade. No que tange ao gênero dos receptores, 60,8% eram do gênero masculino e 39,2% do feminino. No que diz respeito à raça, 1,6% dos receptores eram da raça branca, 3,2% da negra e a grande maioria, 94,6%, eram pardos. Conclusão: dessa forma, podemos inferir que o estado do Piauí realizou um número de transplantes renais inferior ao nível nacional, mesmo quando comparado com estados da mesma região, como Ceará, que no mesmo período transplantaram número superior ao estado do Piauí. Contudo o estado Piauí transplantou um número relativamente maior de enxertos renais provenientes de doadores vivos em relação ao Brasil.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante renal | Perfil epidemiológico | Piauí

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1180

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA PARA CÁLCULO PIÉLICO EM RIM ECTÓPICO PÉLVICO GUIADO POR VIDEOLAPAROSCOPIA: RELATO DE UM CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), YANDRA MENDES MOURA FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), JOSÉ AIRTON ANDRADE JÚNIOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), SAMUEL OLIVEIRA CUNHA MARQUES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), MANOEL ÍTALO PINHEIRO NÉRI (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), DAVID WESLEY RIBEIRO MUNIZ (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), ÁLISSON DUARTE MARTINS (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), LUIS CARLOS FEITOSA TAJRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI)

RESUMO: Introdução: A nefrolitotripsia percutânea é uma das principais alternativas de tratamento para cálculos renais de tamanhos maiores que 20 mm. No entanto, a abordagem por esse método em rins ectópicos pode levar à perfuração de alças intestinais ou vasos abdominais, tornando-se complicada a resolução desses casos para os Urologistas. Objetivo: relatar um caso de nefrolitotripsia percutânea em rim ectópico pélvico esquerdo, auxiliado por videolaparoscopia. Relato do caso: Homem, 32 anos, procurou o serviço de urologia apresentando dor em abdômen inferior e hematúria, sendo solicitado urografia excretora que identificou calcificação de aproximadamente 15 mm, em pelve renal de rim ectópico esquerdo. Tratando-se de uma anomalia de posição, não foi recomendado a litotripsia extracorpórea ou a nefrolitotripsia percutânea convencional. Durante o primeiro tempo cirúrgico, foi posicionado a sonda ureteral por via cistoscópica, a seguir foi introduzido o primeiro trocater de 10 mm a nível periumbilical, com posicionamento da ótica, seguido da colocação do segundo trocater em fossa ilíaca esquerda, e com auxílio de pinça de preensão foram afastadas e dissecadas as alças intestinais para exposição do rim. Sob visão da câmera, foi visualizado o trajeto feito pela agulha de Chiba, pelo mesmo orifício, até a punção do parênquima renal através do cálice inferior, auxiliada por fluoroscopia que confirmou o bom posicionamento do fio-guia dentro da pelve renal. Posteriormente, foram colocados os dilatadores seguidos do Amplax®, feito o posicionamento do nefroscópio e do litotriptor, realizando-se a quebra do cálculo e sua retirada. Concluindo-se com a retirada do Amplax® e posicionamento da nefrostomia, encerrando o procedimento cirúrgico, que transcorreu sem intercorrências. Conclusão: A associação da técnica de nefrolitotripsia percutânea assistida por videolaparoscopia, em casos complexos, como nos casos de anomalias anatômicas renais de posição, permite realizar o procedimento de forma segura, sem comprometer o resultado.

PALAVRAS-CHAVES: nefrolitotripsia percutânea | rim ectópico pélvico | cálculo piélico

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1183

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Gangrena de Fournier

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMILA IZABEL CERUTTI (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO), SANIR ALMEIDA GISBERT (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO), ANNA CLAUDIA CERUTTI (HOSPITAL REGIONAL DE VILHENA), JOSE CARLOS OURIQUE DE OURIQUE (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO), MAURICIO DE VARGAS SOARES (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO), PAULO GERSON LOPES PEIXOTO (HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO), ISADORA FROIS OURIQUE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), SANIELE ALMEIDA GISBERT (UPAL)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A gangrena de Fournier é uma infecção polimicrobiana causada por bactérias aeróbias e anaeróbias que, atuam de maneira sinérgica, levando a uma fascíte necrotizante e acometendo principalmente as regiões genital, perianal e perineal. Relatada pela primeira vez em 1764 por Baurienne e referida na literatura com uma rica sinonímia recebeu o nome de gangrena de Fournier em homenagem ao urologista francês Jean Alfred Fournier que a relatou com detalhes em trabalhos publicados em 1863 e 1864. Nesta enfermidade ocorre endarterite obliterante causando trombose vascular subcutânea e necrose de tecidos. Esta última secundária a isquemia local e efeito sinérgico das bactérias. A gangrena de Fournier pode ser idiopática ou estar associada a fatores predisponentes, como diabetes mellitus, alcoolismo, imunossuprimidos, entre outras. A mortalidade é elevada de 30% a 50%, aumentando para até 80% em diabéticos e idosos.**OBJETIVO :** Apresentar um caso de Gangrena de Fournier em paciente jovem**RELATO DO CASO :** J.F.L.F., 35 anos, 86 kg, sexo feminino, parda, tabagista, etilista, quadro de dor perianal, apresentando abaulamento com hiperemia e edema. No momento da internação apresentava-se hemodinamicamente estável. Ao exame físico notamos área de tecido necrótico, com secreção purulenta, edema e eritema já atingindo vagina, região perianal e perineal. Realizado desbridamento cirúrgico extenso do tecido necrótico e limpeza da região glútea e sacral, observando fístulas reto-vaginal, enviado material para cultura. Paciente com septicemia por gangrena de Fournier, internada em unidade intensiva (CTI) realizado procedimento de traqueostomia. Realizou-se colostomia em alça para desvio de trânsito intestinal no quinto dia de internação, foi utilizado esquema de Antibioticoterapia de amplo espectro durante 33 dias, sendo interrompido por melhora clínica e laboratorial. A cultura, mostrou crescimento de Pseudomonas Aeruginosa. Concomitantemente feito desbridamento quando necessário. Recebeu alta da CTI sendo transferida para enfermaria após alta hospitalar. Após realizado fechamento de Colostomia e desmame de traqueostomia, esta em acompanhamento ambulatorial.**DISCUSSÃO:** Em nosso caso, notamos que o reconhecimento precoce, com tratamento agressivo e imediato com o desbridamento de toda área afetada associada à Antibioticoterapia de amplo espectro com medidas de suporte clínico intensivo são essenciais para o prognóstico da paciente. A colostomia mostrou-se favorável.

PALAVRAS-CHAVES: Fournier | Necrose | Desbridamento

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1204

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PRIAPISMO REFRACTÁRIO ASSOCIADO AO USO DE TRAZODONA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), MATHEUS FACÓ JESUÍNO SIMÕES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), JOSÉ EVERARDO SILVEIRA NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), DIEGO FREITAS FÉLIX (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), GIOVANNI TROIANI NETO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA), FRANCISCO JULIMAR C. DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA)

RESUMO: Objetivo: O priapismo é uma condição clínica de urgência com incidência de 1,5/100 mil habitantes por ano, podendo ser classificado em idiopático ou secundário e de baixo-fluxo ou alto-fluxo. O priapismo de baixo fluxo é o mais comum, estando associado a diminuição do retorno venoso e estase vascular, culminando em hipóxia, acidose e até morte tecidual, o que leva a, após cerca de 6 horas de ereção mantida, ocasionar fibrose do tecido erétil. Entre as causas de priapismo de baixo fluxo encontra-se o uso de drogas psicotrópicas como a trazodona (inibidor da MAO), utilizada no tratamento da ejaculação precoce, tendo esse efeito colateral prevalência de 1:10.000. A seguir relataremos o caso de um paciente que apresentou priapismo secundário ao uso de trazodona e sua refratariedade ao tratamento cirúrgico. Relato do Caso: Homem de 34 anos, usuário de trazodona há 5 meses para tratamento de ejaculação precoce, deu entrada em serviço de emergência com quadro de priapismo há 12 horas. Realizada punção de corpo cavernoso houve persistência da ereção, sendo realizada derivação espongiocavernosa distal, ainda sem resolução completa do quadro. Apenas após 48 horas e realização de derivação com anastomose cirúrgica (cirurgia de Al-Ghorab) houve melhora completa do quadro do paciente, sendo o paciente encaminhado para ambulatório de urologia para acompanhamento de possíveis implicações ocasionadas. Conclusão: As medidas usadas no tratamento têm como objetivo diminuir o influxo sanguíneo arterial e aumentar o efluxo venoso. Conservadoramente pode ser feita aspiração do corpo cavernoso e injeção intracavernosa de α -agonista. Em caso de não resolução, a descompressão cirúrgica por derivação espongiocavernosa é indicada para minimizar a fibrose e prevenir sequelas, tendo como algumas das principais opções as técnicas de Winter, de Ebbehøj e a cirurgia de Al-Ghorab, realizada no caso em questão. A escolha do tratamento do priapismo depende principalmente da causa e do tempo de ereção, sendo importante o conhecimento de fatores de risco relacionados ao seu desencadeamento. Dependendo da resposta terapêutica pode-se lançar mão de métodos mais invasivos, onde devem ser medidos riscos e benefícios na abordagem, prevenindo iatrogenias, porém sem retardo terapêutico.

PALAVRAS-CHAVES: Priapismo | Trazodona | Al-Ghorab

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1218

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PIELONEFRITE XANTUGRANULOMATOSA COMPLICADA COM ABSCESSO DE PSOAS: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA (IJF), PEDRO BARBOSA CORDEIRO NETO (IJF), VITOR TEIXEIRA HOLANDA (IJF), ALYSSON AMARAL BARRETO (IJF), HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO (IJF), JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA (IJF)

RESUMO: Introdução: A pielonefrite xantogranulomatosa (PXG) é um subgrupo histológico raro de pielonefrite caracterizada por uma inflamação granulomatosa crônica destrutiva do parênquima renal. Embora raro, a PXG pode ter complicações graves, incluindo abscesso de psoas, fístula nefro-cutânea e fístula reno-cólica. Relatamos um caso de extensa PXG com erosão e formação de abscesso do músculo psoas à direita. Relato do caso: paciente do sexo feminino, 41 anos, deu entrada na Emergência do Instituto Dr. José Frota apresentando dor abdominal de moderada intensidade, localizada em flanco direito, com irradiação para hipogástrio, associada a hiporexia, adinamia e febre. O quadro teve início 3 dias antes da admissão hospitalar. Portadora de diabetes mellitus tipo 2 e infecções urinárias de repetição. Ao exame físico, paciente se mostrava com estado geral regular, hipocorada, eupnéica, taquicárdica e com fácies de dor. À palpação abdominal, foi descoberta massa palpável, dolorosa, de consistência endurecida e aderida a planos profundos. Diante do achado, foram realizados exames laboratoriais que mostraram leucocitose discreta e ultrassom abdominal com achado de lesão sólido-cística em topografia do rim direito. Tomografia computadorizada de abdome com contraste mostrou lesão expansiva em íntimo contato com rim e músculo psoas à direita, de contornos lobulados e densidade sólido-cística, apresentando septações e captação periférica do contraste, medindo 8,7x7,1 cm. Diante dos resultados, foi indicada abordagem cirúrgica, sendo encontrada massa tumoral volumosa de consistência sólida, sem plano de clivagem com o rim direito. Durante dissecação, foi rompida cápsula, com extravasamento de abundante secreção purulenta e após retirada da peça, evidenciada erosão extensa do músculo psoas. Histopatológico da peça confirmou pielonefrite xantogranulomatosa. Conclusão: A pielonefrite é uma complicação comum das infecções do trato urinário recorrentes ou inadequadamente tratadas, no entanto a pielonefrite xantogranulomatosa (PXG) é um subgrupo histológico raro, que responde por apenas 0,6% dos casos histologicamente documentados de pielonefrite crônica. A raridade da PXG, juntamente com os sintomas obscuros de apresentação de suas complicações associadas, representam um grande desafio diagnóstico para os médicos, levando a um tratamento tardio e a um aumento nas taxas de morbidade e mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: PIELONEFRITE XANTUGRANULOMATOSA|ABSCESSO DE PSOAS|NEFRECTOMIA

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1338

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cistite eosinofílica: um relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PATRÍCIA DUTRA HAMILTON (UFFS), LAIS RAMALHO CHAVES ISOBE (UFFS), CLEISI PEZZINI SANDRI (PASSO FUNDO), FABIANA MARTINO SEHN (UFFS), FELIPE BALDUS (UFFS), ANDRE LUIZ LOUREIRO DE MATTOS FILHO (UFFS), RODRIGO MAZOCO BORGES (UFFS), GABRIELA BOHN SPIES (FURG)

RESUMO: Introdução: A cistite eosinofílica é uma patologia inflamatória extremamente rara da parede vesical cuja fisiopatologia permanece obscura. O diagnóstico é essencialmente histopatológico e se caracteriza pela presença de células inflamatórias com numerosos eosinófilos em todas as camadas da parede vesical, fibrose da mucosa e muscular e necrose da muscular. Relato de caso: D.E., sexo feminino, 30 anos, havia realizado cesariana há 75 dias e procurou pronto-atendimento com queixa de febre (38,5°C), disúria, hematúria, polaciúria e urgência miccional, sendo realizado antibioticoterapia sem melhora. Após um dia de tratamento, a paciente procurou atendimento urológico, foi solicitado tomografia computadorizada de abdome que evidenciou espessamento da parede da bexiga e RNM de abdome que também evidenciou espessamento uniforme de toda a parede da bexiga, medindo até 6 mm que se estendia até a uretra. A hipótese diagnóstica de cistite intersticial foi levantada, sendo, então, realizada cistoscopia que demonstrou presença de inflamação de aproximadamente 70% da parede vesical e pequena quantidade de secreção purulenta aderida. O anatomopatológico veio como resultado de cistite eosinofílica. Iniciou-se o tratamento com cortico-esteróides, anti-histamínicos e antibioticoterapia empírica com Ampicilina. Após 14 dias sem sucesso terapêutico, foi suspenso Ampicilina e iniciado Azatioprina com boa resposta clínica. A paciente ficou internada por 18 dias com analgesia escalonada. A melhora do quadro foi monitorada pela diminuição da necessidade de analgesia e por nova cistoscopia com melhora macroscópica do aspecto da parede vesical. Conclusões: A cistite eosinofílica é uma patologia singular que entra no quadro de diagnósticos diferenciais de neoplasia de bexiga. Os sintomas clássicos são polaciúria, disúria, hematúria e dor supra-púbica à micção. Sua apresentação clínica é similar a patologias comuns do trato urinário (como infecção do trato urinário), porém, o diagnóstico diferencial só é possível através do exame histológico. O tratamento é embasado em anti-inflamatórios e cortico-esteróides, podendo eventualmente ser necessário a associação de anti-histamínicos e imunossupressor (Azatioprina). Em caso de falha do tratamento clínico, recorrer ao tratamento cirúrgico pode ser necessário. As possibilidades cirúrgicas envolvem a ressecção endoscópica com eletrocoagulação, cistectomia parcial e nos quadros mais graves, cistectomia total.

PALAVRAS-CHAVES: Cistite eosinofílica | Neoplasia de bexiga | Cistoscopia

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1400

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFURAÇÃO DE ALÇA INTESTINAL COMO COMPLICAÇÃO DE NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA: RELATO DE UM CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), ÁLISSON DUARTE MARTINS (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), SAMUEL OLIVEIRA CUNHA MARQUES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), JOSÉ AIRTON ANDRADE JÚNIOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), YANDRA MENDES MOURA FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), DAVID WESLEY RIBEIRO MUNIZ (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), MANOEL ÍTALO PINHEIRO NÉRI (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), LUIS CARLOS FEITOSA TAJRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI)

RESUMO: Introdução: A nefrolitotripsia percutânea é considerada uma cirurgia minimamente invasiva, de baixo risco, com pouca morbidade e rara mortalidade, indicada em pacientes com cálculos renais volumosos maiores que 20 mm e cálculos complexos, bem como nos casos de falha de tratamento por litotripsia extracorpórea. Apresentamos um caso de nefrolitotripsia transnefrososcópica que evoluiu com perfuração de alça intestinal como complicação. Relato de caso: Paciente, sexo masculino, 39 anos, apresentando cálculo renal pélvico em rim esquerdo com 21 mm de diâmetro, foi submetido a nefrolitotripsia percutânea, na qual foi feita colocação de sonda ureteral via cistoscópica em primeiro tempo, e punção posterior com dilatação e posicionamento de Amplatz®, e, em seguida, a nefroscopia com nefrolitotripsia transnefrososcópica. No segundo dia de pós-operatório, com a retirada da nefrostomia, observou-se a saída de conteúdo fecal pela ferida operatória da cirurgia. Em tomografia computadorizada, após colocação de dreno, observou-se lesão em alça de cólon posicionado posteriormente ao rim esquerdo, evoluindo com fístula intestinal. Paciente foi então submetido a laparotomia exploradora, com identificação da lesão na alça de cólon e colocação de colostomia. Evoluiu sem intercorrências por 60 dias, e então foi feita correção da colostomia e fechamento da parede abdominal. Conclusão: A nefrolitotripsia percutânea, apesar de minimamente invasiva, não está isenta de complicações, por vezes graves, que pode até impor risco de óbito ao paciente. O cirurgião sempre deve ter em mente a possibilidade de variações anatômica e de que é de extrema importância o acompanhamento pós-operatório para a identificação de possíveis complicações, para que sua correção seja executada a tempo e de maneira eficiente.

PALAVRAS-CHAVES: NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA | PERFURAÇÃO DE ALÇA INTESTINAL | cálculo renal

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1423

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA APÓS NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA: RELATO DE DOIS CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), JOSÉ AIRTON ANDRADE JÚNIOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), SAMUEL OLIVEIRA CUNHA MARQUES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), YANDRA MENDES MOURA FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), MANOEL ÍTALO PINHEIRO NÉRI (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), DAVID WESLEY RIBEIRO MUNIZ (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), ÁLISSON DUARTE MARTINS (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), LUIS CARLOS FEITOSA TAJRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A fistula arteriovenosa é uma complicação rara após a nefrolitotripsia percutânea, acarretando severa hematúria e pondo em risco a vida do paciente. O tratamento convencional consiste em controlar o sangramento através de uma nefrectomia total ou parcial. Objetivo: O presente relato tem como objetivo apresentar dois casos de fístulas arteriovenosas como complicações decorrente de nefrolitotripsia percutânea e sua resolução através de técnica endovascular por embolização. RELATO DO CASO: Dois pacientes, 30 e 40 anos, sexo masculino, com queixa de dor em flanco esquerdo. Foi realizado urografia excretora evidenciando cálculo coraliforme incompleto em rim esquerdo medindo 30mm e cálculo piélico em rim esquerdo medindo 25mm respectivamente. Foi realizado nefrolitotripsia percutânea para retirada dos cálculos. Os procedimentos iniciaram-se com a colocação de sonda ureteral via cistoscópica em cada paciente, e punção posterior com dilatação e posicionamento de Amplax®. Em seguida introduziu-se o nefroscópio e o litotriptor para fragmentação e sucção dos cálculos. Os pacientes apresentaram evolução favorável intraoperatória e durante hospitalização. Após 48 horas, receberam alta hospitalar. Passados 4 e 7 dias respectivamente, ambos retornam ao serviço de urgência urológica com queixa de hematúria maciça, sendo conduzidos ao centro cirúrgico para lavagem de bexiga por cistoscopia para aspiração de coágulos, além de hemotransfusão, com boa evolução. Entretanto, o primeiro paciente recorreu após 2 dias e o segundo paciente após 5 dias com nova hematúria, que motivou o serviço a realizar uma arteriografia, confirmando diagnóstico de fístula arteriovenosa, sendo tratada através de embolização. O controle da arteriografia mostrou ausência da fístula evidenciada anteriormente em ambos os casos. CONCLUSÃO: A embolização é um procedimento eficiente para tratamento de fístulas arteriovenosas em pacientes submetidos a nefrolitotripsia transnefroscópica.

PALAVRAS-CHAVES: NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA | FÍSTULA ARTERIOVENOSA | EMBOLIZACAO

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1454

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Paracoccidiodomicose prostática sintomática simulando hiperplasia prostática benigna

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO VICTOR LAZARETTI MENECHINI (HOSPITAL SANTA RITA - MARINGÁ - PR), MAURICIO FIGUEIREDO LIMA E MARCHESI (HOSPITAL SANTA RITA), VICTOR HUGO DA COSTA BENALIA (HOSPITAL SANTA RITA)

RESUMO: Introdução Micose sistêmica endêmica de grande interesse para os países da América Latina, a paracoccidiodomicose (PCM) é causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. No adulto, a forma clínica predominante é a crônica. PCM geniturinária é rara, com incidência clínica de 1,6 a 2% dos indivíduos com PCM crônica. *Candida albicans*, *Aspergillus sp.*, *Cryptococcus neoformans* e *Blastomyces dermatitidis*, são os agentes mais comuns, sobretudo em pacientes imunossuprimidos. Caso Clínico Paciente masculino, 55 anos, tratorista agrícola, com queixas de sintomas do trato urinário inferior obstrutivos e irritativos. Tabagista, etilista, sem comorbidades. Ao exame físico, genitália sem anormalidades; toque retal com próstata de 5 polpas, sem nódulos. Exame de parcial de urina com leucocitúria, hemácias normais, nitrito negativo; urocultura negativa. PSA 1,02. Ultrassom de próstata transabdominal indicava glândula de 60g. Receitado antibiótico empírico e alfabloqueador, sem melhora. Estudo urodinâmico evidenciou capacidade e complacência vesicais reduzidas, hiperatividade detrusora e obstrução infra-vesical. Submetido a ressecção transuretral (RTU) da próstata e biópsia mostrou ausência de malignidade, prostatite crônica granulomatosa com focos de agudização, a pesquisa de BAAR pela coloração especial de Ziehl Neelsen resultou: negativa, a pesquisa de fungos pela coloração especial de Grocott resultou: positiva, favorecendo paracoccidiodomicose. Paciente foi medicado com sulfametoxazol 800mg e trimetoprim 160 vo 12/12hs por 24 meses. Encontra-se em regime de vigilância ativa, assintomático. Considerações Finais: É de suma importância que as etiologias fúngicas estejam presentes dentro da lista de diagnóstico diferencial quando tratando-se patologias crônicas. O grande fator de risco para aquisição da infecção são as profissões ou atividades relacionadas ao manejo do solo contaminado com o fungo, como por exemplo, atividades agrícolas. O meio em que o paciente está inserido é de suma importância para guiar nossas hipóteses diagnósticas quando em vigência de casos que passam a ter apresentações incomuns. Referências: Arruda et al.: Prostatic paracoccidiodomycosis with a fatal outcome: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2013 7:126. Marques SA, Tangoda LK, Camargo RMP, Stolf HO, Marques MEA. Paracoccidiodomycosis of external genitalia: report of six new cases and review of the literature. *An Bras Dermatol.* 2012;87(2):235-40.

PALAVRAS-CHAVES: paracoccidiodomicose | prostatite | hiperplasia prostática benigna

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1473

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA DE ÚRACO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SERGIO HENRIQUE BASTOS DAMOUS (HC-FMUSP), ANDERSON BRUNO PELLANDA (HC-FMUSP), CAIO NASSER MANCINI (HC-FMUSP), MAURICIO MUNIZ MAGALHAES (HC-FMUSP), JOCIELLE SANTOS DE MIRANDA (HC-FMUSP), JULIO BISSOLI (HC-FMUSP), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HC-FMUSP)

RESUMO: ADENOCARCINOMA DE ÚRACO: RELATO DE CASO
Introdução: O adenocarcinoma primário da bexiga representa menos de 1% de todas as malignidades da bexiga. Destes, 20-40% tem origem no úraco, sendo o adenocarcinoma o tipo mais comum (89,7%). Trazemos um caso ilustrativo desta patologia rara, atendido no serviço de Cirurgia Geral da III Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 60 anos, assintomática, apresentou como achado incidental em ultrassonografia de abdome total imagem cística supra vesical em parede abdominal. Marcadores CA 125, CEA e CA 19.9 e exames laboratoriais sem alterações. A Tomografia Computadorizada evidenciou formação cística supraumbilical com ligação com a cúpula da bexiga. A cistoscopia identificou lesão tumoral em cúpula vesical de aspecto infiltrativo, hiperemiada e necrótica. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma de padrão mucinoso moderadamente diferenciado, infiltrando a mucosa vesical. Paciente foi submetida à cistectomia parcial (parede vesical anterossuperior) e ressecção em bloco do úraco, incluindo umbigo, fáscia posterior do músculo reto abdominal, peritônio adjacente, gordura perivesical e porção do grande omento, com margens livres à congelação. O estadiamento patológico foi pT3a, pNX e Classificação de Sheldon: IIIa Henly/Mayo II. Paciente recebeu alta no 3º dia de pós-operatório evoluindo sem intercorrências. Encontra-se há 4 meses em seguimento, sem sinais de recidiva. Conclusão: O adenocarcinoma de úraco é uma patologia rara e complexa. Relatamos um caso de diagnosticado incidental em exame USG, confirmado com cistoscopia e biópsia. A paciente foi tratada por meio de cistectomia parcial e ressecção em bloco do úraco, com margens livres no intra-operatório. Um seguimento de longo prazo será necessário para avaliar o comportamento tumoral e a sobrevida livre de doença. Referências: 1. Molina JR, Quevedo JF, Furth AF, et al. Predictors of survival from urachal cancer: a Mayo Clinic study of 49 cases. Cancer. 2007;110:2434-2440. 2. Szarvas T, Módos O, Niedworok C, Reis H, Szendrői A, Szász MA, Nyirády P. Clinical, prognostic, and therapeutic aspects of urachal carcinoma ? A comprehensive review with meta-analysis of 1,010 cases. Urol Oncol. 2016 Sep;34(9):388-98.

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma de úraco | Neoplasia urotelial | Úraco

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1584

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LINFOCELE INFECTADA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL POR ROBÓTICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO DA SILVA JUNIOR (FAMEMA), WANDERSON WILLIAN DOS SANTOS DIAS (HOSPITAL CRISTO REDENTO), HELUZA MONTEIRO DE OLIVEIRAF (UNIFAP), ANA CAROLINA VENDRAMINI VILELA (UNIMAR), ROBERTO TUSSI JUNIOR (UNIMAR), LEONARDO RUIZ CASEMIRO (FAMEMA), TAMIRES IEMES VICHIAOFF (UNIMAR), JOÃO GABRIEL BRANDÃO DA SILVA (FINCA)

RESUMO: LINFOCELE INFECTADA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL POR ROBÓTICA
Introdução: Linfocele é definida como uma coleção de fluidos linfáticos resultante da transecção de vasos linfáticos, sua apresentação pode ser muito diversa e a taxa de assintomáticos pode chegar a 50%, os sintomáticos podem apresentar sintomas inespecíficos como íleo, algia, febre. O tratamento depende do tamanho da coleção e vai desde tratamento clínico em linfoceles pequenas até marsupialização em grandes coleções recidivadas, por via aberta ou laparoscópica. Este relato mostra um caso de pós operatório tardio de prostatectomia radical por robótica com linfocele infectada sintomática.
Relato de Caso: A.I.P., 56 anos, refere há três dias dor abdominal em fossa ilíaca direita irradiada para região inguinal direita com piora há um dia, associado a febre e hiporexia. O exame físico geral encontrava-se sem alterações e o abdominal com dor importante à p a l p a ç ã o d e fossa ilíaca e região inguinal direitas, exames laboratoriais de entrada com leucocitose de $14100 /m m^3$ com segmentados em 83%), PCR 296,3 mg/L, GGT 117U/L, FA 185 U/L; Hb, Ht, eletrólitos, amilase e urina I normais. Tomografia computadorizada de abdome evidenciando coleção em região de ilíacas que se estende até próximo ao canal femoral com dimensões de 5,0 cm X 6,6 cm X 4,2 cm = 72 mL, coleção conhecida previamente pelo paciente por se tratar de linfocele decorrente de prostatectomia radical via robótica realizada em outro serviço há mais de seis meses, com dimensões próximas das atuais. Iniciado tratamento clínico com Ciprofloxacino, Metronidazol e sintomáticos sendo que dois dias seguintes, evoluiu com melhora expressiva dos sintomas e exames laboratoriais (leucocitose de $12900/mm^3$, sendo 76% de segmentados, PCR 216 mg/. No terceiro, voltou a apresentar febre, náuseas e vômito, sudorese, taquicardia, hipertensão arterial e dor precordial
Conclusão: Indicada laparotomia exploratória em virtude da piora clínica do paciente, observado linfocele infectada da mesma mais apendicectomia, apesar de o apêndice vermiforme não apresentar sinais inflamatórios e modificada a antibioticoterapia para Gentamicina, Ampicilina e Metronidazol. Na cultura do líquido coletado no procedimento cirúrgico houve crescimento de Streptococcus agalactiae sensível aos antibióticos instituídos. O paciente apresentou melhora total do quadro, tendo alta hospitalar no terceiro pós operatório com prescrição de Amoxicilina + Clavulanato por 14 dias.

PALAVRAS-CHAVES: Linfocele | Prostatectomia | Robótica

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1684

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Hérnia Isquiática com encarceramento de segmento ureteral.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURÍCIO SUÁREZ PINTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), MARCIO RIGO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), ROBERTO LEMOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), CRISTIANO ANTONIAZZI ABAID (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), JÚLIO CÉSAR BATISTELLA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), ISADORA FROIS OURIQUE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), JOSÉ ANTONIO NUNES RAZIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA)

RESUMO: Introdução Existem três tipos de hérnias que acometem o assoalho pélvico - obturadora, perineal e isquiática-dentre essas, a hérnia isquiática é bem menos frequente. A incidência da hérnia isquiática é igual em ambos os sexos e é predominantemente incidente em pessoas de idade avançada. Qualquer víscera abdominal ou pélvica pode se alojar no saco herniário, como bexiga, ureteres, ovários, intestino delgado (víscera mais frequentemente alojada no saco herniário). A sintomatologia, além de escassa, é muito variada, tornando o diagnóstico pré operatório extremamente difícil. O tratamento preferido para esse quadro é o cirúrgico. Relato de Caso Paciente M.L.O.G., feminina, 72 anos, interna no dia 07/01/2013 com quadro de cólica nefrética à direita com início há 6 horas. Não possuía sintomas urinários ou febre, apenas forte dor na região lombar D. Na avaliação laboratorial apresentou microhematúria (16-20 hem/c no EQU). Foi realizada uma tomografia de abdome que evidenciou o rim D globoso com lâminas líquidas nas adjacências e apresentando importante dilatação da pelve renal e do ureter D até a topografia pélvica. Na parede pélvica lateral D evidenciou-se uma herniação de segmento ureteral para dentro do forame isquiático maior. A paciente foi submetida a procedimento endoscópico com desencarceramento do ureter através de tração medial leve com ureteroscópio sob controle radiológico transoperatório. Após a redução da herniação foi implantado um cateter duplo J que permaneceu por 40 dias. A paciente permaneceu assintomática por 11 meses quando apresentou novo quadro de dor e encarceramento do segmento ureteral D. Logo após a reapresentação sintomatológica da paciente, ela foi submetida a correção da hérnia isquiática via abdominal, com incisão de Gibson à D e abordagem extraperitoneal. Para a correção da abertura do forame isquiático maior foi usada uma tela de polipropileno. A paciente teve boa evolução e está assintomática há dois anos. Conclusão No caso em questão foi feita uma abordagem endoscópica inicial por se tratar de um procedimento menos e com melhor recuperação, porém a longo prazo o tratamento endoscópico não se mostrou efetivo, sendo necessária a correção da hérnia. O tratamento cirúrgico é o mais indicado devido ao risco de estrangulamento visceral. A cirurgia pode ser feita por uma abordagem transglútea, técnica na qual existe uma dificuldade maior de fazer a ligadura alta do saco heniário, ou também pode ser abordada via abdominal que é a preferida.

PALAVRAS-CHAVES: Hénia Isquiática | Cirurgia | Cólica Nefrética

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1818

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE FOURNIER COM ACOMETIMENTO RETROPERITONEAL ? UMA MANIFESTAÇÃO ATÍPICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO ANDRADE LIMA (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), JESSICA CAROLINE VAZ DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA), CAIO FELIPE CAMILO IBIAPINO (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), THAYANE VIDON ROCHA PEREIRA (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), 5GABRIEL CAMPOS NUNES FREIRE (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), CARLOS FELIPE GONÇALVES RODRIGUES (DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA ? CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL), PEDRO HENRIQUE DE MEDEIROS DUTRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS ? UNISL ? DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE MEDICINA / CIRURGIA GERAL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Fournier é uma fascíte necrotizante que acomete os tecidos moles da região genitoperineal e pode chegar até o retroperitônio. Constitui uma emergência urológica que, mesmo com tratamento precoce e agressivo, pode resultar em diferentes graus de deformidades e levar à morte.RELATO DO CASO: R. C. B. L., masculino, deu entrada em serviço de emergência referindo queda da própria altura há 14 dias. Relatou a presença de hematoma escrotal, que evoluiu, em 7 dias, para tumoração com sinais flogísticos em região perineal direita. Apresentava bom estado geral, afebril, eunéico, abdome indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Proteína C reativa de 40,6 mg/L e leucocitose de 31.900/mm³ (10% bastões).O paciente foi aditado e submetido a um desbridamento cirúrgico amplo que retirou a área necrótica e grande quantidade de secreção purulenta, deixando o testículo direito completamente exposto. Após solicitada a hemocultura e a cultura da secreção, iniciou-se antibioticoterapia empírica com ceftriaxona e metronidazol. No 9º dia de internação a, o resultado da hemocultura foi negativo e cultura da secreção revelou infecção por Streptococcus mitis/oralis. Adicionou-se penicilina ao esquema terapêutico e foi realizado novo desbridamento, com ampliação das bordas da ferida operatória.No 17º dia, constatou-se saída de grande quantidade de secreção purulenta pela ferida operatória. Foi solicitada uma tomografia de abdômen e pelve, que evidenciou presença de coleção, com debris e gás, em região retroperitoneal, principalmente à esquerda. O paciente foi encaminhado para uma laparotomia exploradora, com drenagem da região retroperitoneal e colocação de dois drenos, em goteira parietocólica esquerda e pelve. A cultura da secreção retroperitoneal identificou a presença de Acinetobacter baumannii e a antibioticoterapia foi modificada para vancomicina e imipenem.Após 32 dias de internação, e controle da infecção, procedeu-se com a alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial quinzenal.CONCLUSÃO: O tratamento adequado, agressivo e oportuno frente ao diagnóstico de Síndrome de Fournier é fundamental, já que a escolha correta do momento e da extensão do desbridamento, associada à revisão periódica da antibioticoterapia, baseada em cultura e antibiograma, assegura a diminuição dos níveis de mortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Fasceíte|Síndrome de Fournier|Fasceíte necrotizante

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1883

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PROSTATITE BACTERIANA AGUDA (TIPO I) COM FORMAÇÃO DE ABSCESSO PROSTÁTICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WILDSON SANTOS CRAVEIRO ROSA (FACID), LEVY DE AGUIAR PONTES (UNINOVAFAPI), MARCELO FERNANDES DOS SANTOS (UNINOVAFAPI), CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA (UNINOVAFAPI), MAURO ANDRÉ GONÇALVES CARVALHO E SILVA (HOSPITAL SANTA MARIA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A prostatite é uma condição comum que engloba quadros clínicos variáveis e tem importante morbidade. Esta tem prevalência de 5 a 10% e representa um quarto das consultas urológicas. De acordo com o National Institute of Health (NIH), há quatro subtipos bem definidos, dentre eles a Prostatite Bacteriana Aguda- PBA (Tipo I). Esta é a forma menos comum, incidindo em 2 a cada 10.000 consultas, das quais 0,5% a 2,5% evoluirão para abscesso prostático. A sintomatologia assemelha-se a uma infecção urinária aguda ou sistêmica. Quando há refratariedade ao tratamento com antibióticos, deve-se suspeitar da formação de abscesso prostático. Descrevemos um caso de PBA que evoluiu para abscesso prostático. **RELATO DO CASO:** Paciente F.B.V.V., 46 anos, sexo masculino, sem comorbidades prévias, iniciou um quadro súbito de disúria, febre alta e tenesmo há 6 meses. Na ocasião, procurou atendimento médico e foi recomendado uso de ciprofloxacino por 7 dias, evoluindo com melhora do estado geral. Poucos dias depois, os sintomas retornaram em uma intensidade maior, havendo necessidade de internação hospitalar. O quadro piorou sobremaneira, apresentando-se com disúria, dor intensa na região pélvica, tenesmo, dor ao evacuar, febre alta, esforço miccional, jato fraco, esvaziamento incompleto da bexiga e urgência urinária. Diante disso, suspeitou-se de prostatite tipo I e iniciou-se tratamento clínico, com uso de opióides, ceftriaxona por quatro dias e cefepime por 7 dias, sem resposta esperada. Após isso, realizou-se uma ultrassonografia transretal, na qual se evidenciou abscessos prostáticos. Foi realizada uma ressecção transuretral da próstata com drenagem de grande quantidade de material purulento. Após realização do procedimento, o paciente apresentou melhora significativa do quadro, encontrando-se atualmente assintomático. **CONCLUSÃO:** A prostatite bacteriana aguda é o tipo mais raro dentre todos os tipos dessa morbidade. Pode ser bastante grave, com o paciente apresentando-se toxemiado. O tratamento empírico preconizado faz-se com fluoroquinolonas durante quatro semanas. Quando não há resposta à antibioticoterapia, deve-se suspeitar de abscesso prostático. Estes devem ser drenados para a melhora do quadro.

PALAVRAS-CHAVES: PROSTATITE|BACETÉRIA|AGUDA

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1890

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANGIOMIOLIPOMA RENAL COM ROTURA ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: KAREN CRISTINE PEREIRA RIBEIRO (HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS), THIAGO ADRIANO SILVA GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS), VALTER GARCIA MORATO JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS), JULIO CESAR SANTOS DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS), JOÃO PAULO DE OLIVEIRA GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS), FABRÍCIO GONZAGA E SILVA (MARIO PALMERIO HOSPITAL UNIVERSITARIO)

RESUMO: O ANGIOMIOLIPOMA RENAL É UMA NEOPLASIA BENIGNA CONSTITUÍDA POR VASOS SANGUÍNEOS, ADIPÓCITOS E FIBRAS MUSCULARES LISAS, CORRESPONDE A 1% A 3% DE TODOS OS TUMORES RENAI, SENDO ASSINTOMÁTICO EM SUA MAIORIA. PACIENTE DO SEXO FEMININO, 53 ANOS, ADMITIDA DEVIDO A DOR ABDOMINAL HÁ 01 DIA, APÓS ESFORÇO FÍSICO, ASSOCIADO A CHOQUE HIPOVOLÊMICO. REALIZADO TOMOGRAFIA DE ABDOME COM HEMATOMA RETROPERITONEAL, COM DIAGNÓSTICO SUSPEITO DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL A DIREITA, COM ROTURA ESPONTÂNEA E HEMORRAGIA. PACIENTE FOI LEVADA PARA LAPAROTOMIA DE URGÊNCIA, COM ACHADO DE LESÃO RENAL A DIREITA COM HEMATOMA ENCAPSULADO, ADERIDA A VEIA CAVA, DUODENO E POLO INFERIOR HEPÁTICO, SENDO RESSECADA INTEIRAMENTE, SEM COMPROMETIMENTO DE OUTRAS ESTRUTURAS, REALIZADA NEFRECTOMIA A DIREITA À MONTANTE. PACIENTE ENCAMINHADA AO CTI, NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO, NECESSITANDO DE HEMOTRANSFUSÃO E USO DE AMINAS VASOATIVAS, RECEBENDO ALTA DA UNIDADE INTENSIVA NO 3º DIA PÓS-OPERATÓRIO (DPO). ENCAMINHADA A ENFERMARIA, ONDE RECEBEU CUIDADOS, EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE, COM ALTA HOSPITALAR NO 10º DPO. RETORNA NO 30º DPO, COM HISTÓRIA DE DISPNÉIA EM REPOUSO, FEITO RX SIMPLES DE TÓRAX, COM DIAGNÓSTICO DE DERRAME PLEURAL, REALIZADA TORACOCENTESE, DE ASPECTO SANGUINOLENTO, COM MELHORA DA DISPNÉIA, SEM OUTRAS INTERVENÇÕES. SOLICITADO D DIMERO, COM AUMENTO SIGNIFICATIVO E FEITO DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR A DIREITA. INICIADA ANTICOAGULAÇÃO E RECEBEU ALTA APÓS 7 DIAS DE INTERNAÇÃO. RETORNA EM AMBULATÓRIO, COM ANATOMOPATOLÓGICO, COM ACHADO DE PARENQUIMA RENAL SUBSTITUÍDOS POR NEOPLASIA PELA FORMAÇÃO DE TECIDO ADIPOSEO UNILOCULAR, TECIDO MUSCULAR ALEM DE PROLIFERAÇÃO VASCULAR AS VEZES COM ALTERAÇÕES MODERADAS DE ALGUNS DE SEUS COMPONENTES, COM DIAGNÓSTICO DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL. AS RUPTURAS ESPONTÂNEAS DO PARÊNQUIMA RENAL ESTÃO ASSOCIADAS A TUMORES EM APROXIMADAMENTE 50% DOS CASOS, ALÉM DA RICA VASCULARIZAÇÃO, EXISTEM ALTERAÇÕES ESTRUTURAIAS NAS PAREDES DOS VASOS QUE OS PREDISPÕEM À RUPTURA, COMO A PRESENÇA DE UMA PAREDE VASCULAR POBRE EM TECIDO ELÁSTICO NORMAL; BEM COMO TUMORES GRANDES, COM ANEURISMAS SÃO MAIS PREDISPOSTOS À RUPTURA. A ABORDAGEM CIRÚRGICA PODE ENGLOBAL EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL SUPERSELETIVA, ENUCLEAÇÃO DO TUMOR E, EM ALGUNS CASOS, NEFRECTOMIA. NESTE CASO, O DIAGNÓSTICO CONFIRMADO FOI FEITO APÓS RESSECÇÃO CIRURGICA DO TUMOR E NEFRECTOMIA, EVIDENCIANDO A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO DESTA LESÃO EM CASOS DE HEMATOMA RETROPERITONEAL, VISTOS EM IMAGENS RADIOLÓGICAS.

PALAVRAS-CHAVES: angiomiolipoma renal|rotura|hematoma retroperitoneal

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1912

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso : ?Cake Kidney?, uma anomalia congênita do trato urinário superior

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO BONADIMAN MONGENOT (HOSPITAL MUNICIPAL PROF DR ALIPIO CORREA NETO), DÉBORA ICELDA RAMOS MACEDO (HOSPITAL MUNICIPAL PROF DR ALIPIO CORREA NETO), JOSE MAURICIO DE BRITO ARAUJO (HOSPITAL MUNICIPAL PROF DR ALIPIO CORREA NETO)

RESUMO: Introdução: O rim em panqueca (?cake kidney?) é uma rara anormalidade congênita do trato geniturinário com pouco mais de 20 casos descritos na literatura até o momento. O termo rim em panqueca ou fusão renal pélvica foi definido por Gleen, em 1958, como uma anormalidade na qual todas as substâncias do sistema renal são fusionadas em uma única massa, localizada na parte inferior da pelve, da qual dois ureteres drenam separadamente e em orifícios ortópicos do trígono vesical. Objetivo: Expor e discutir essa rara anomalia congênita do trato urinário superior. Método: Análise de prontuário, entrevista de paciente, acesso a exames de imagem e laboratoriais, além de literatura médica pertinente. Resultados: J.V.S, 15 anos de idade, natural e procedente de São Paulo - SP, procurou o serviço de emergência do Hospital Municipal Prof. Doutor Alípio Corrêa Neto por queixa de lombalgia e disúria havia 3 dias. Referia episódios anteriores de infecção do trato urinário, tratados sem intercorrências. Exame de Urina 1 mostrava leucocitúria maior que 1 milhão/mL, hematúria de 20000/mL, e bacterioscopia (+). A ultrassonografia de rins e vias urinárias evidenciava uma massa abdominal única, não sendo descrito seus rins, e para melhor investigação foi feita uma tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste via oral e endovenoso, com achado de massa única compatível com ?rim em panqueca?. Conclusão: O presente relato demonstra um caso raro de rim em panqueca. Bibliografia: 1. Silva R; Pancake kidney with cysts and a single ureter 2. Maranhão C; Congenital upper urinary tract abnormalities: new images of the same diseases. 3. Calado A; Cake Kidney Drained by Single Ureter.

PALAVRAS-CHAVES: Cake Kidney | Urogenital | rim panqueca

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1933

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso raro: mesotelioma multicístico benigno em peritônio de homem adulto sem histórico de afecção peritoneal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEANDRO CORRÊA LEAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO), ISAAC WALKER DE ABREU (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), FELIPE DE SOUZA CABRAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO), JULIANA CARLOS MEDEIROS (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA), LUANA ZANONI SCHAUFFER (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA)

RESUMO: Introdução: o mesotelioma multicístico benigno é um raro tumor peritoneal primário caracterizado pela formação de massa cística multilocular intra-abdominal cuja relação com lesões inflamatórias peritoneais crônicas foi observada. Sua epidemiologia conta com menos de 150 casos descritos na literatura mundial, sendo 85% deles observados em mulheres na idade fértil. Pela raridade do caso, em especial nos pacientes do sexo masculino, este relato visa a contribuir para a diminuição da lacuna literária sobre o assunto. Relato de caso: V.B.M., 50 anos, masculino, branco, policial militar, casado e sem histórico de afecções inflamatórias pélvicas. Procurou atendimento com queixa de cisto em vesícula seminal descoberto há 5 anos. Assintomático no momento da consulta, relatou história de dor em cólica constante e com surtos de forte intensidade no andar inferior do abdome. O ultrassom pélvico revelou massa de 12 x 06 x 10 cm em fossa ilíaca direita. A ressonância nuclear magnética confirmou a presença da massa, que ocupava toda a pelve e mantinha o plano de clivagem com a bexiga e o reto. A colonoscopia revelou mucosa íntegra e ausência de compressão extrínseca. Foi realizada laparoscopia e, após a insuflação peritoneal, observou-se lesão ocupando todo o assoalho pélvico e com aderência de grande omento. Procedeu-se laparotomia com incisão infra-umbilical e ressecção em bloco da massa com o grande omento e o retossigmoide, além de linfadenectomia obturatória e ilíaca interna bilateral. A reconstrução intestinal foi feita com auxílio de stapler circular com bom resultado ao término. Macroscopicamente, o tumor era de coloração branco-acinzentada e de consistência sólida. Aos cortes, apresentava-se esponjoso, acinzentado e com áreas de hiperemia. Microscopicamente, foram identificadas estruturas organoides que formavam fendas revestidas por células alongadas e com reação estromal discreta. A peça foi encaminhada para estudo imuno-histoquímico que confirmou o diagnóstico de mesotelioma multicístico benigno. Conclusão: baseado nas observações expostas e nos dados da literatura, conclui-se que o caso de mesotelioma multicístico benigno é raro, especialmente por se tratar de um paciente do sexo masculino com ausência de lesões inflamatórias peritoneais. Ademais, com relação ao pós-operatório, observou ser importante o acompanhamento do paciente para a detecção precoce de recidivas, muito comuns nesse tipo de tumoração.

PALAVRAS-CHAVES: Mesotelioma peritoneal | Mesotelioma multicístico benigno | Tumor raro

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1963

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Angiomiofibroblastoma de Vulva: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCELO PAULO TISSIANI (UFPB), MARINA DANTAS HENRIQUE (FAMENE), CAMILLA DE ALMEIDA FRANCA FALCÃO (FAMENE), KARINE ABREU TAVARES (FAMENE), WANUZIA KEYLA SILVA MIRANDA (FAMENE), JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO (FAMENE)

RESUMO: Introdução: O angiomiofibroblastoma (AMFB) é tumor raro, benigno e de origem mesenquimal, que ocorre prevalentemente no trato genital feminino e masculino em proporção de 10:1. A região mais acometida é a vulva e a população mais envolvida são mulheres em idade reprodutiva. Relato do caso: Mulher, C.S.T., 40 anos, casada, GIIPIII, com queixa isolada de massa em região vulvar em lábio maior direito, de crescimento lento aproximadamente há dois anos. Ao exame da vulva, evidenciou-se tumoração volumosa, de bordos bem delimitados, consistência fibroelástica, móvel e indolor. Ao toque vaginal bimanual, útero e anexos sem massas palpáveis e linfonodos pélvicos ausentes à palpação. Na ultrassonografia de partes moles de vulva foi identificado processo sólido de 10 x 5,5 x 3,0 cm, sem vascularização interna ao Doppler, mantendo nítido plano de clivagem com estruturas adjacentes. Posteriormente, realizou-se ressonância nuclear magnética cujo laudo demonstrou formação expansiva no tecido subcutâneo do grande lábio direito. A cirurgia de exérese do tumor foi realizada sem intercorrências sendo possível a retirada completa da tumoração. À macroscopia, a massa era única e sólida, media 13 x 10 x 4 cm, com bordos bem delimitados, ausência de líquido e de necrose em seu permeio. À microscopia, os cortes histológicos apresentavam-se com lesão constituída por estroma edematoso, cercado por capilares delgados e zonas alteradas de celularidade compostas por células com núcleos ovóides à fusiformes, concentrados próximos ao vaso, o que definiu o diagnóstico de AMFB. No pós-operatório, a paciente evoluiu com boa recuperação e cicatrização. Conclusão: A queixa inicial das pacientes com AMFB é uma massa indolor de crescimento lento. Por serem pouco frequentes, os tumores mesenquimais são confundidos clínica e até ultrassonograficamente com outras massas mais comuns, o que torna impressindível a abordagem com EcoDoppler para tal diferenciação. A histopatologia do angiomiofibroblastoma descreve alterações bem circunscritas e caracterizadas pela alternância de áreas hipo e hipercelulares com vasos sanguíneos abundantes de paredes finas e células com núcleos fusiformes ou ovóides, que tendem a concentrar-se em torno dos vasos ou em pequenas aglomerações ? como encontrado no presente estudo. O tratamento curativo de escolha para AMFB é a excisão total, pois, quase não há recorrências após a retirada completa da lesão, o que reafirma a natureza benigna dessa patologia.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias vulvares | Angiomiofibroblastoma | Tumores mesenquimais

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2058

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO : CISTO DE ÚRACO EM PACIENTE ADULTO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE CUNHA MEZZOMO (UFPEL), MARCOS DANIEL DA SILVA (UCPEL), CAROLINA REINBRECHT BERNINI (UCPEL), MARIANA SILVEIRA SUÑE (UCPEL), FELIX A. INSAURRIAGA DOS SANTOS (UFPEL), PABLO MIGUEL SILVEIRA GOMES (UCPEL), MAURÍCIO WALTRICK SILVA (UFPEL), JADIAEL PAIVA (UFPEL), LUIZA BRUM BORGES (UFPEL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O úraco é uma estrutura tubular na linha média que se estende a partir da porção anterossuperior da bexiga até o umbigo, que após o nascimento se oblitera. A permanência do trajeto do úraco é incomum e pode resultar em algumas anomalias, sendo a mais frequente o cisto de úraco. Este estudo propôs relatar uma apresentação incomum das patologias relacionadas a permanência do trajeto do úraco. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 43 anos, hipertenso e em tratamento para Hepatite C, queixava-se de febre e dor em região umbilical. Ao exame físico notava-se pequeno nódulo doloroso na região umbilical com piora da dor à palpação. Após a ultrassonografia (USG) ter resultado inconclusivo foi solicitada a ressonância magnética para melhor investigação. A RNM evidenciou persistência do úraco e lesão expansiva com realce homogêneo, sugestivo de cisto desta estrutura. Paciente foi submetido à excisão videolaparoscópica de úraco remanescente. CONCLUSÃO: O cisto de úraco corresponde a 30% das patologias relacionadas a permanência do trajeto, geralmente é assintomático e diagnosticado ao acaso ou na presença de complicações, sendo a principal a infecção do cisto e formação de abscesso. Exames de imagem são essenciais para o diagnóstico, sendo USG o método mais utilizado, auxiliando também no diagnóstico diferencial com outras patologias da parede abdominal, especialmente a hérnia umbilical. O tratamento de escolha é a excisão videolaparoscópica do úraco remanescente, podendo o procedimento ser realizado em segundo tempo à antibioticoterapia e drenagem do abscesso na vigência de infecção. Assim, as afecções do úraco são incomuns em pacientes adultos e requerem alto índice de suspeição e conhecimento anatômico do médico assistente para seu correto diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVES: ÚRACO | cisto | HÉRNIA

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2100

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PARACOCCIDIOIDOMICOSE TESTICULAR DE ACOMETIMENTO ATÍPICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HEITOR SOARES MORAIS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPIRITO SANTO), EVERTON RAPOSO COGO (UNIMED NOROESTE CAPIXABA), LAIS VAGO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPIRITO SANTO), RAQUELI PERTEL (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPIRITO SANTO), RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPIRITO SANTO), RODRIGO FREITAS BATISTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPIRITO SANTO)

RESUMO: Introdução: A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica, tendo o caráter endêmico entre as populações da zona rural, acometendo os indivíduos do sexo masculino, na faixa etária produtiva da vida e está relacionada às atividades agrícolas. A forma crônica do adulto mais frequente é de disseminação multifocal, com envolvimento dos pulmões e linfonodos. A doença compromete outros sítios, extrapulmonares, tais como a pele, a mucosa oral, mucosas da faring, da laringe e o ápice dos dentes. Outros locais envolvidos pela paracoccidioidomicose são as suprarrenais, o sistema nervoso central, os linfonodos cervicais e submandibulares, os intestinos, o sistema osteoarticular, o epidídimo, o fígado e o baço. O agente etiológico é um fungo termodimórfico (*Paracoccidioides brasiliensis*). Relato de caso: A.A., masculino, 54 anos, procurou atendimento devido a uma massa sólida palpável em ambos os testículos, com evolução em uma semana, aproximadamente. Foi solicitado perfil hormonal (alfa-fetoproteína, beta-HCG e DHL), radiografia de tórax e ultrassonografia de bolsa escrotal. Retorna ao serviço, após 01 mês, com resultado dos exames anteriormente solicitados; perfil hormonal e radiografia de tórax, sem alterações. À ultrassonografia de bolsa testicular evidenciou massa em testículo bilateral associado à hidrocele e hipoplasia de testículo direito. Realizado inguinotomia bilateral com retirada de fragmento de ambos os testículos, sendo que o esquerdo apresentou extravasamento de secreção necrótica purulenta próximo a nódulo em epidídimo, e o direito aspecto tumoral sólido com secreção necrótica em permeio a área cística. Os fragmentos foram enviados à congelação, na qual se encontrou grande área de fibrose e tecido inflamatório com possíveis locais de neoplasia, sendo indicada a realização de orquiectomia radical bilateral. Na biópsia foi verificado a presença de processo inflamatório crônico granulomatoso fúngico testicular (paracoccidioidomicose testicular), mas sem evidências de malignidade. Realizado tratamento sistêmico para a paracoccidioidomicose. Permanecendo desde então assintomático e em reposição hormonal. Conclusão: Em pacientes com massa sólida testicular, além da hipótese diagnóstica de neoplasia maligna, a criptococose é um importante diagnóstico diferencial, apesar de muito raro. Não foram encontrados, pela revisão bibliográfica realizada, casos semelhantes descritos, por isso a grande importância de discutirmos sobre essa patologia em meio científico.

PALAVRAS-CHAVES: Paracoccidioidomicose testicular | Massa testicular | Acometimento atípico

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2371

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fístula Colovesical por Diverticulite Aguda Complicada.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARIELE SOUZA MELO (UNIG CAMPUS V), QUINTINO NASCIMENTO CAVICHINI (UNIG CAMPUS V), CAMILA VILELA NUNES (UNIG CAMPUS V), LORENNNA VAZ DE OLIVEIRA (UNIG CAMPUS V), SAMIRA SOARES KHAYAT (UNIG CAMPUS V), LUANA GAIO VOGAS (UNIG CAMPUS V), LETHICIA SIQUEIRA LEITE (UNIG CAMPUS V), LARISSA CORDEIRO MOSTACEDO LASCANO (UNIG CAMPUS V)

RESUMO: Introdução: A diverticulose cólica refere-se à presença de divertículos no cólon. A diverticulite significa a presença de inflamação e de infecção associadas aos divertículos, mais frequentemente localizados no cólon sigmoide, motivada por diferentes mecanismos, como obstrução diverticular, estase cólica, alterações da flora cólica, isquemia local e micro ou macro perfuração. Pode-se apresentar como diverticulite não complicada, representada por peridiverticulite ou flegmão, e diverticulite complicada, que resulta em obstrução intestinal, formação de abscesso, peritonite ou fístula, sendo a mais frequente a fístula colovesical, com incidência variante entre 23 a 65%.Relato de caso: I. M., masculino, 67 anos, natural e residente de Itaperuna ? RJ, procurou atendimento médico apresentando queixa de urina escura e com odor fétido. Refere que há aproximadamente 90 dias iniciou quadro de dor periumbilical associada à febre, astenia e queda do estado geral. Submeteu-se a internação onde foram realizados exames complementares apresentando leucocitose com desvio à esquerda, com diagnóstico de diverticulite. Evoluiu com melhora do quadro clínico, dando início a sintomas urinários como pneumatúria e fecalúria com infecção do trato urinário de repetição. Foram realizadas Tomografia Computadorizada de Abdome Total e Ressonância Magnética da Pelve que evidenciaram fístula vésico-entérica. Logo após foi proposto tratamento cirúrgico eletivo, sendo realizada sigmoidectomia aberta, exérese em bloco da parede do abscesso e debris e cateterismo vesical que permaneceu por 18 dias, evoluindo satisfatoriamente.Conclusão: A fístula colovesical apresenta-se clinicamente por pneumatúria (75%), fecalúria (50%) e cistite (90%) e tem o mecanismo baseado em duas hipóteses: ruptura de divertículo com extensão vesical secundária ou erosão secundária por abscesso diverticular, afetando em maior proporção o sexo masculino (2:1) por considerações anatômicas.Referências: Fazio VW et al. Diverticulitis and Fistula. Current Therapy in Colon and Rectal Surgery. Second Edition, 2005.Hwa-Yeon Yang et al. A Case of Colovesical Fistula Induced by Sigmoid Diverticulitis. Journal of the Korean Society of Coloproctology, 2011.La Mura et al. Colovesical fistulae in the sigmoid diverticulitis. Novembre-Dicembre 2009: Vol.30, nº 11/12.

PALAVRAS-CHAVES: Diverticulite | Fístula Colovesical | Pneumatúria

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2377

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NEFRECTOMIA E HEPATECTOMIA: HIDATIDOSE POLICÍSTICA HUMANA SIMULANDO NEOPLASIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIELA SCAGLION TEIXEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), ALICE SOARES DE SOUZA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), BRUNO COLLINS MATHEUS DE MELO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), LUCAS ARAÚJO ALMEIDA (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA), JESSICA JOSÉ LEITE DE MELO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), ISABELA DE ARAÚJO TORRES NOGUEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), MARIANE DE SANTANA LIMA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), AECIO NAYRON AREA LEAO DE ANDRADE (HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS - UNIDADE PORTO VELHO)

RESUMO: Introdução: O relato visa sistematizar a assistência ao paciente portador da hidatidose policística humana (HPH). Possui evolução lenta e é causada por nematelminto da espécie *Echinococcus vogeli* ou *Echinococcus oligarthrus*, espécies produtoras de cistos hidáticos (CH) nos humanos contaminados ao ingerir alimentos com ovos de vermes adultos de animais silvestres. A HPH é rara e se destaca pela formação de CH em sistemas secundários à infecção primária; pela presença de cistos em Tomografia Computadorizada (TC), apresentando imagens mimetizando neoplasias. E sua sintomatologia inespecífica dificultou a conclusão diagnóstica e tratamento corretos, levando o paciente a manejo cirúrgico. Relato de caso: A.S.C., 34 anos, masculino, pardo, procedente de Cacoal/RO, relata ter morado em sítio. Paciente referiu dor lombar à direita desde fevereiro de 2016, em queimação, esporádica. Não etilista, refere ingestão de carne de caça na juventude. Solicitada TC de abdome total, exibiu alterações no lado direito: lesão policística renal, aglomerado cístico em lobo hepático direito e extravasamento de conteúdo para o espaço de Morrison, medindo até 20 x 16 x 11 cm, sugestivo de CH rompido para retroperitônio. O rim direito afetou-se pelas formações de CH, mas eliminou o meio de contraste venoso. Com possível diagnóstico de HPH renal, neoplasia renal ou metástase hepática, seguiu uma conduta cirúrgica, que mostrou lesões císticas comprometendo o rim e segmentos do lobo hepático direitos. Realizou-se nefrectomia direita com hepatectomia não regrada (segmentos VI e VII) com peritôniectomia da fossa parietocólica direita, por dissecação do diafragma, abertura com ressecção segmentar, realização de Valsalva e síntese com Vicryl 0. Após procedimento, iniciou albendazol 400mg por 2 meses. Enviada biópsia ao exame anatomopatológico, sugerindo *Echinococcus* sp., mas inconclusiva espécie parasitária. Conclusão: A relevância do caso reside no árduo diagnóstico da doença diante da vaga sintomatologia descrita. A valorização das queixas afasta o diagnóstico de neoplasia, para realizar a devida conduta cirúrgica e sintomatológica. Bibliografia: Da Cunha, Fernanda B. de A., Hidatidose policística no norte do Brasil: abordagem parasitológica e histopatológica de pacas e casos humanos. Tese de doutorado UERJ. Rio de Janeiro, 2012. Da Silva, Renato R., HIDATIDOSE HEPÁTICA E PERITONEAL POR ECHINOCOCCUS VOGELI: SÉRIE DE CASOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. Tese de mestrado UNB. Brasília, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: HIDATIDOSE POLICISTICA HUMANA | HIDATIDOSE | HIDATIDOSE POLICISTICA

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2404

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CIRURGIA REPARADORA, CURATIVO À VÁCUO E OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE FOURNIER ? UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO VICTOR LAZARETTI MENECHINI (HOSPITAL SANTA RITA - MARINGÁ - PR), LUCAS EDUARDO SAVÓIA DE OLIVEIRA (HOSPITAL MARINGÁ), MARCELO GONZALES FAVORETO (HOSPITAL MARINGÁ), ROSA VIRGINE TAJRA BATISTA (HOSPITAL MARINGÁ), ANTONIO MARCOS DOS ANJOS (HOSPITAL MARINGÁ), ADANS WESLEY TRAUTWEIN (HOSPITAL MARINGÁ), JULIANA PATRICIA SANTOS DE OLIVEIRA (HOSPITAL SANTA RITA), NICKSON DELLA GIUSTINA (HOSPITAL SANTA RITA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Descrita pela primeira vez em 1883 por Jean Alfred Fournier, a síndrome ou gangrena de Fournier é uma fasciíte necrotizante grave, que afeta o trato genital, regiões perineal e perianal. É de origem polimicrobiana e tem caráter progressivo, e com alta morbi-mortalidade, se não tratada precocemente. Doença rara, que afeta homens em sua maioria e na média com 50 anos de idade. Os fatores de risco são diabetes, hipertensão, obesidade, tabagismo, imunossupressão e etc. O tratamento se baseia em desbridamento cirúrgico, antibioticoterapia de largo espectro e cuidados suportivos. Além, a oxigenioterapia hiperbárica tem se mostrado como adjuvante no tratamento da síndrome de Fournier. RELATO DE CASO Paciente masculino, 68 anos de idade, deu entrada em pronto socorro de um hospital da cidade de Maringá, Paraná com história de ingestão de corpo estranho (osso de frango), que impactou em reto baixo. Após tentativa de remoção manual, paciente evoluiu ao longo dos dias com formação de abscesso perianal. À admissão, encontrava-se séptico, em insuficiência renal aguda, instabilidade hemodinâmica e coagulação intravascular disseminada. Ao exame físico, presença de abscesso perianal extenso, que acometia região perianal e escrotal, sendo diagnosticado como gangrena de Fournier. Após estabilização hemodinâmica inicial, paciente é submetido a desbridamento cirúrgico de urgência. Devido à gravidade e instabilidade clínica, optou-se por realização de curativos a vácuo durante os vinte e cinco primeiros dias de internação. Após melhora da condição clínica, realizou-se retalho cirúrgico e, após, oxigenioterapia hiperbárica. Paciente evoluiu de forma favorável, recebendo alta no quadragésimo dia de pós-operatório. CONSIDERAÇÕES FINAIS Devido a grande morbimortalidade apresentada pela síndrome de Fournier é importante que história clínica e um exame físico pormenorizado sejam realizados na admissão. Assim, a instituição do tratamento é mandatória assim que diagnosticado, pelo caráter progressivo da doença. Importante também ressaltar que terapia cirúrgica e cuidados intensivos devem estar aliados durante o manejo clínico, podendo-se lançar mão da oxigenioterapia hiperbárica, como tratamento adjuvante. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS Yilmazlar T, Gulcu B, Isik O, Ozturk E, Microbiological Aspects of Fournier's Gangrene, International Journal of Surgery (2017). Marchesi, A., Marcelli, S., Parodi, P.C. et al. Aesth Plast Surg (2017). doi:10.1007/s00266-016-0754-2

PALAVRAS-CHAVES: FOURNIER|OXIGENOTERAPIA|GANGRENA

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2441

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso: Tumor de Wilms com Metástase Pulmonar

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO CESAR DA SILVA AZIZI (UNIFOA), PAULO CESAR ALVES AZIZI (UNIFOA), NICOLE BRAZ CAMPOS (UNIFOA), JANAINA APARECIDA SILVA BRAGA AZIZI (UFRJ)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O tumor de Wilms, também denominado nefroblastoma, é uma neoplasia embrionária maligna oriunda do blastema metanéfrico, sendo este, o tumor renal mais comum durante a infância. Afeta crianças entre 3 e 4 anos de idade e tem sido relacionado com a ocorrência de determinadas malformações, sendo as mais comuns as ligadas ao trato urogenital ou a anirídia (ausência da íris). As manifestações clínicas englobam dor abdominal, febre, náuseas e vômitos. Em aproximadamente 20% dos casos, pode haver a presença de hematúria. Esta neoplasia pode metastatizar-se para outras partes do corpo, especialmente para os pulmões, causando tosse e outros sintomas respiratórios. O diagnóstico pode ser feito com ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Em certos casos, a avaliação da medula óssea deve ser considerada. O tratamento para tumores unilaterais é a ressecção do rim em questão, mesmo que esteja presente metástase pulmonar. No momento da cirurgia, outros órgãos, como fígado e linfonodos, devem ser analisados. Após o procedimento cirúrgico, realiza-se o tratamento complementar, por meio da quimioterapia e radioterapia. A realização da quimioterapia antes da cirurgia só é recomendada quando o tumor renal for bilateral, visando salvar pelo menos um dos rins. **RELATO DE CASO:** L. V. S., feminino, 16 anos, com história de tumor de Wilms (nefroblastoma) há 12 anos, que foi retirado cirurgicamente, além da realização de radioterapia devido à metástase pulmonar. Atualmente queixa-se de atrofia da glândula mamária, desejando a colocação de prótese de silicone. Ao exame: Cicatriz em região hipogástrica de 25 cms de extensão (devido a cirurgia para retirada do nefroblastoma) e mamas apresentando atrofia considerável, sendo indicada a colocação de prótese mamária de silicone de volume condizente com 200ml. Ultrassonografia de mama evidenciou nódulo mamário elipsóide hipocogênico pouco desenvolvido no quadrante inferior externo da mama esquerda, medindo 1,3cm x 0,6cm, de aspecto inespecífico. **CONCLUSÃO:** O tumor de Wilms foi tratado corretamente e não apresenta atualmente nenhuma implicação significativa na vida da paciente. A metástase pulmonar regrediu com a radioterapia e está indicada a colocação de prótese mamária de silicone com volume de 200ml para esta paciente, visando sanar a queixa atual de atrofia mamária. Em relação ao nódulo mamário, a paciente foi orientada a continuar investigação diagnóstica.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor de Wilms | Metástase Pulmonar | Prótese de Mama

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2464

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE WÜNDERLICH: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMILLY SCHWANZ WANDERMUREM (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), NAILTON GALDINO DE OLIVEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), RAPHAEL FERNANDO FONSECA GENEVCUS (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Introdução: a Síndrome de Wunderlich (SW) é definida como o sangramento renal espontâneo (SRE) no espaço subcapsular ou perinefrético. A clínica pode variar e, classicamente, apresenta a Tríade de Lenk: dor aguda em flanco e região lombar, massa abdominal palpável e sinais de sangramento interno ativo. A causa mais comum de SW são as neoplasias renais benignas como o angiomiolipoma (AML). A patogenia ainda é incerta, são hamartomas, pobres em elastina, tornando-os mais propensos a rupturas, principalmente quando maiores que 4cm. São mais comuns no rim direito, em mulheres brancas, na proporção mulheres/homens de 4:1, e idade média entre 40 e 50 anos. O diagnóstico necessita suspeição clínica. A tomografia computadorizada (TC) com contraste endovenoso é o método de escolha. A conduta depende do estado clínico e estabilidade hemodinâmica. A abordagem pode ser conservadora, com seguimento clínico ou terapias minimamente invasivas, ou cirurgia de urgência, com evacuação do hematoma e nefrectomia, nos casos com risco eminente de morte. Relato de Caso: paciente gênero feminino, 47 anos, branca, sem comorbidades, admitida no serviço de urgência com queixa de dor súbita de forte intensidade há 12h em hipocôndrio e região lombar esquerda. Negava febre, queixas urinárias, ginecológicas ou trauma. Ao exame, hemodinamicamente estável, com abdome flácido, doloroso a palpação de flanco esquerdo, descompressão brusca negativa e Giordano positivo à esquerda. Os exames laboratoriais revelaram hemoglobinemia (Hb) de 12,9 g/dL e leucócitos= 33.600/mm³, 11% bastões, plaquetas= 213.000/mm³, Urina 1 sem alterações. A TC de abdome com contraste endovenoso evidenciou volumosa coleção hiperdensa no espaço perirrenal esquerdo, associada a solução de continuidade do parênquima renal e fragmentos adiposos compatível com angiomiolipoma roto. Optado por tratamento conservador. Após 48 horas, a paciente apresentou anemia sintomática com Hb=7,6 g/dL, quando recebeu hemotransfusão e foi indicada a laparotomia exploradora, a qual confirmou os achados tomográficos. Realizada drenagem do hematoma e nefrectomia parcial, com ressecção do tumor (7 x 5 x 2,3 cm). O estudo anatomopatológico evidenciou AML renal. A paciente recebeu alta hospitalar no 10° PO sem queixas. Após 6 meses, segue em acompanhamento ambulatorial sem intercorrências. Conclusão: a SW é um diagnóstico que deve ser cogitado nos pacientes com dor lombar, principalmente associado a sintomas de choque hipovolêmico.

PALAVRAS-CHAVES: Angiomiolipoma | Dor lombar | Nefrectomia

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2489

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANGIOMIOLIPOMA BILATERAL E ESCLEROSE TUBEROSA DIAGNOSTICADOS APÓS HEMORRAGIA RETROPERITONIAL SEM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FABIO LUIZ DE SOUZA (MASTER CLÍNICA (CASCAVEL ? PR); FACULDADES ASSIS GURGACZ (CASCAVEL ? PR)), JUAN MATHEUS SANTANA MENDES (MASTER CLÍNICA (CASCAVEL ? PR); UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (LONDRINA ? PR)), JOSE BARBOSA MENDES JUNIOR (MASTER CLÍNICA (CASCAVEL ? PR); FACULDADES ASSIS GURGACZ (CASCAVEL ? PR)), MILTON TATSUO TANAKA (MASTER CLÍNICA (CASCAVEL ? PR); FACULDADES ASSIS GURGACZ (CASCAVEL ? PR)), FABRISIO BARBOSA (MASTER CLÍNICA (CASCAVEL ? PR); FACULDADES ASSIS GURGACZ (CASCAVEL ? PR)), GILBERTO DOBLER (MASTER CLÍNICA (CASCAVEL ? PR); FACULDADES ASSIS GURGACZ (CASCAVEL ? PR)), MALCOM J K BRIGO (MASTER CLÍNICA (CASCAVEL ? PR); FACULDADES ASSIS GURGACZ (CASCAVEL ? PR))

RESUMO: INTRODUÇÃO: O angiomiolipoma (AML) é um tumor benigno, constituído de gordura, vasos sanguíneos e tecido muscular liso. Apresenta-se habitualmente como incidentaloma em exames de imagem, com prevalência de 0,4% na população. O diagnóstico confirma-se pela tomografia computadorizada (TC), com achados bastante característicos. A ocorrência de AML múltiplo e bilateral está fortemente ligada à esclerose tuberosa (ET), uma doença genética rara e que afeta vários órgãos. A ET pode ocasionar nódulos nos rins, cérebro e pele. Os portadores apresentam defeitos em dois genes (TSC1 e TSC2), que codificam as proteínas hamartina e tuberina. OBJETIVOS: Relatar um caso de AML bilateral e ET, diagnosticados após hemorragia retroperitoneal sem repercussão hemodinâmica. MÉTODOS: Análise retrospectiva do prontuário médico, exames complementares e revisão da literatura. RESULTADOS: Paciente do sexo feminino, 43 anos, com lombalgia à direita há 5 dias e febre não-aférida. Não havia antecedentes patológicos importantes, trauma ou história familiar relevante. Apresentava-se levemente descorada, hemodinamicamente normal e com punhopercussão dolorosa à direita. Os exames laboratoriais mostraram 90 hemácias/campo na urina e hemoglobina 10,3 ng/dL. Submetida à TC que mostrou múltiplos AML no rim esquerdo de até 15 mm, além de acentuada distorção arquitetural do rim direito, com múltiplas lesões coalescentes e hematoma perirrenal. Devido ao quadro de hemorragia retroperitoneal foi indicada cirurgia exploradora, onde verificou-se extenso dano renal ocasionado pelo tumor e pela hemorragia, optando-se pela nefrectomia total direita. A análise patológica confirmou múltiplos AMLs até 12 cm e acometimento de 80% do parênquima. A evolução foi favorável, com alta hospitalar após 2 dias, sem necessidade de hemotransfusões. Investigação complementar posterior confirmou o diagnóstico de esclerose tuberosa. Foram realizadas TC de tórax e crânio, que evidenciaram múltiplos cistos pulmonares até 14 mm, além de pequenas formações nodulares subependimárias e calcificadas na periferia dos ventrículos cerebrais. CONCLUSÕES: Apesar da rotura de AMLs renais apresentar-se na maioria dos casos com sinais de perda volêmica, ela pode ocorrer de forma oligossintomática. A investigação de ET nos casos de AML bilaterais é importante devido à forte associação entre as duas doenças.

PALAVRAS-CHAVES: Angiomiolipoma|Esclerose tuberosa|Angiomiolipoma bilateral

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2498

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ORQUIECTOMIA POR TORÇÃO TESTICULAR INTRA-UTERINA NA URGÊNCIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MIRNA KARINE DE BRITO MELO ESCÓRCIO (UNINOVAFAPI), RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO (FACID DEVRY), MARIA CLARA CHAVES MONTEIRO (UNINOVAFAPI), DÉBORA SARA NEVES LIMA (UNINOVAFAPI), LEONARDO FORTES GOMES (FACID DEVRY), ALESSANDRA MARIA CERQUEIRA DE SOUSA (UESPI), ISADORA MARIA MATIAS BATISTA (FACID DEVRY), DAVI BRAGA DE CARVALHO (FACID DEVRY), RAISSA TECIA BRAGA DE CARVALHO (FACID DEVRY), JOÃO ESTEVAM DA ROCHA FONSECA NETO (FACID DEVRY), PAULO AFONSO DE OLIVEIRA RIBEIRO (UESPI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A torção testicular corresponde à torção das estruturas do cordão espermático em torno de sua base, que apresenta fixação incompleta ou anômala e resulta em oclusão da suplementação sanguínea, que, se não aliviada, causa necrose testicular. Torção testicular extravaginal é a forma de apresentação característica do período perinatal, sendo uma forma de apresentação rara, presente em 5% dos casos. O diagnóstico diferencial no recém-nascido deve ser feito com hérnia encarcerada, hidrocele tensa e tumor testicular. O presente caso tem como objetivo relatar a ocorrência rara de torção intravaginal em neonato. RELATO DE CASO: Recém-nascido com dois dias de vida, sexo masculino, natural de Teresina - PI. Mãe realizou cinco consultas de pré-natal, parto vaginal sem intercorrência. Peso de nascimento 3550g. Em aleitamento materno exclusivo, com boa pega e sucção. Deu entrada no serviço de urgência pediátrico de referência com história de febre e testículo endurecido. Ao exame: estado geral bom, eupneico, febril, corado, acianótico e hidratado. Testículo aumentado, indolor, de consistência firme, horizontalizado e coloração azul equimótica. Foi realizado ultrassom de bolsa escrotal que evidenciou hidrocele de moderado volume bilateral, testículo e epidídimo esquerdo dismórficos, com dimensões aumentadas, ecotextura heterogênea e sem fluxo ao estudo Doppler, evidenciando torção testicular à esquerda. Sendo realizado orquiectomia esquerda por necrose total do testículo e fixação do testículo contralateral. Histopatológico evidenciou infarto hemorrágico do testículo esquerdo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A torção testicular intra-uterina é considerada urgência médica. Sendo mandatória a exploração cirúrgica e fixação do testículo contralateral prevenindo futura torção e infertilidade.

PALAVRAS-CHAVES: torção | cordão espermático | necrose testicular

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2501

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTITE ENFISEMATOSA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCIO JOSE CARDOSO AMARAL (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), MAURO HENRIQUE DE SA ADAMI MILMAN (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ANTONIO SCROCCO DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), FABIO SOUZA GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA), JOSE ROBERTO MELCHIORI BUCCO (HOSPITAL REGIONAL DE COTIA)

RESUMO: Introdução: a cistite enfisematosa é uma entidade rara caracterizada pela alta letalidade e pelo acúmulo de gás na parede vesical, resultante da infecção por bactérias produtoras de gás, principalmente a E. coli e a Klebsiella sp. Fatores de risco incluem mulheres com idade avançada, imunossuprimidos e diabéticos descompensados. Na maioria dos casos é oligossintomática, mas apresenta sepse grave. Alguns pacientes podem apresentar dor abdominal, hematúria e febre. O diagnóstico diferencial para a cistite simples é feito pelos exames de imagem. O tratamento baseia-se na antibioticoterapia de amplo espectro e, em casos selecionados, na cirurgia. Relato de Caso: gênero masculino, 54 anos, branco, admitido no pronto socorro com dor intensa em QID abdominal há 24 h, associada a náuseas, vômitos e diarreia. Referiu disúria, hematúria e urina fétida. Negava febre. Paciente portador de diabetes mellitus, hipertensão, obesidade e antecedente de amputação de hálux direito há 20 dias. No exame físico, apresentava-se em bom estado geral, hemodinamicamente normal, apenas com dor à palpação de fossa ilíaca direita. A glicemia capilar era de 340 mg/dL. Apresentava piúria maciça. Realizada hipótese diagnóstica de infecção de trato urinário complicada. Os exames laboratoriais evidenciaram Hb 10,9g%; leucograma: 16.800 leucócitos/mm³, 9% bastões e 79% de segmentados; plaquetas 366.000/mm³; uréia 92 e creatinina 1,84; Na⁺130; urina 1:piúria >1.000.000; urocultura: K. pneumoniae ESBL. Na TC de abdome com contraste EV, identificou-se cistite enfisematosa + dilatação ureteropélvica com focos gasosos no trajeto ureteral bilateral + focos gasosos na cavidade pélvica, uretra e região inguinal direita + espessamento retal. Iniciado tratamento antibiótico de largo espectro, além de suporte clínico. Paciente apresentou melhora do quadro clínico, persistindo os achados tomográficos. No 62º dia de internação, quando apresentou quadro de sepse grave, foi realizada nova TC de pelve que demonstrou abscesso retrosacral e pélvico, necessitando drenagem cirúrgica de urgência. Iniciado uso de fluconazol, realizada drenagem cirúrgica e mantido sob cuidados intensivos. No 68º dia, foi realizada traqueostomia de proteção, sigmoidostomia em alça, cistostomia e redrenagem da coleção pélvica. Manteve-se instável com choque refratário e faleceu no 74º dia de internação. Conclusão: a cistite enfisematosa é uma doença dramática de alta morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVES: Cistite | Sepse | Urologia

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2692

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FRATURA DE PÊNIS (FP) ASSOCIADO À LESÃO URETRAL ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINE FERREIRA ARAUJO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), FELLIPE DEBONA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), LAÍS PRAETZEL SOEIRO DE SOUZA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), ANDRÉ ROMBALDI (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS), FERNANDA HACK GOMES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS)

RESUMO: Introdução - FP é definida como um trauma peniano fechado, com ruptura da túnica albugínea. É uma condição clínica relativamente rara, que geralmente causa medo e constrangimento ao paciente e resulta em busca tardia de assistência médica. Dentre as etiologias mais comuns estão às relações vaginais vigorosas, geralmente com as mulheres na posição superior em atividade (posição ?mulher em cima?), seguido de masturbações. A lesão ocorre, na maioria das vezes, na região da base do pênis e permite a saída do volume sanguíneo acumulado no pênis ereto. Há perda imediata do estado de ereção, com grande hematoma e deformação. O diagnóstico da FP é eminentemente clínico. Pode-se lançar mão da utilização de exames complementares como a ultrassonografia (US) para avaliar localização mais precisa da lesão e uretrorristografia retrógrada (UR) para avaliar presença de lesão uretral associada. O diagnóstico imediato seguido da correção cirúrgica precoce é de grande importância para evitar complicações como disfunção erétil e curvatura peniana anormal, típicas do tratamento conservador. Relato de Caso - GCF, 49 anos, divorciado, natural e procedente de Pelotas-RS, tabagista, procura atendimento no PS de Pelotas no dia 21/01/17 referindo dor peniana acompanhado de edema local após relação sexual. Relatou que após o trauma apresentou-se anúrico. Ao exame, apresentava edema e hematoma importante em base do pênis acompanhado de sangue em meato uretral. Foi submetida à cistostomia no mesmo dia. No dia 22/01 foi realizado US de pênis e UR os quais evidenciaram fratura de pênis e lesão de uretra escroto-peniana. Em seguida a confirmação diagnóstica, foi submetido à cirurgia para correção, passado sonda Nelaton nº 12 para orientação de uretra, realizado rafia de uretra e de corpos cavernosos. Mantido cistostomia e sonda Nelaton no pós-operatório. Teve boa evolução, com alta após 7 dias do procedimento. Manteve sondagens durante 21 dias, mantendo diurese via cistostomia. Conclusão ? Em relação ao caso relatado e revisão bibliográfica prestada evidencia-se a importância do diagnóstico precoce, sendo que o tratamento cirúrgico se mostrou superior em comparação ao tratamento conservador na taxa de complicações pós-operatórias.

PALAVRAS-CHAVES: Fratura de pênis|Trauma de uretra|Uretrorragia

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2741

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA NO HOSPITAL OPHIR LOYOLA NO MUNICÍPIO DE BELÉM ? PA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (OPHIR LOYOLA), HIGOR LUCIANO SERIQUE GATO LEITE (OPHIR LOYOLA), LARA BEATRIX SNIJDERS RIZZI ROGERIO (OPHIR LOYOLA), FABIO ALVES MORIKAWA CALDEIRA (OPHIR LOYOLA), NATALIE ALMEIDA SILVA (OPHIR LOYOLA), LEANDRO DE SOUSA COELHO (OPHIR LOYOLA), VICTOR DE FREITAS FERREIRA (OPHIR LOYOLA), ERIKA SILVA SPESSIRITS (OPHIR LOYOLA), ALLAN HERBERT FELIZ FONSECA (OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O câncer de próstata (CAp) é o segundo câncer em incidência entre os homens no mundo e a quinta causa de mortalidade por tumores malignos, à exceção do câncer de pele não melanoma, e por isso torna-se um tema intensa relevância. OBJETIVO: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de próstata no hospital Ophir Loyola do período de janeiro de 2010 a novembro de 2014 no município de Belém-PA. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo, onde a unidade de estudo foi um grupo de indivíduos (pacientes portadores de câncer de próstata atendidos no serviço urologia do Hospital Ophir Loyola) e que estiveram de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, onde foi realizado o levantamento de dados dos prontuários dos pacientes atendidos entre o período de Janeiro de 2010 a Novembro de 2014. RESULTADOS: Dos 150 prontuários de pacientes analisados, a maioria (75,33%) encontrava-se entre 55 a 75 anos de idade, 70% eram casados, 75,3% tinham escolaridade inferior a 8 anos de estudo, 54% dos pacientes eram da raça negra, quanto à história familiar 18% dos pacientes possuíam parentes de 1º grau com diagnóstico do câncer de próstata. No que diz respeito ao grau do escore de Gleason, o valor: 3+3= 6, foi o mais observado no presente estudo com 76%. CONCLUSÃO: Conclui-se que o perfil dos pacientes portadores de câncer de próstata é de homens negros, casados, entre 55 e 75 anos de idade, com escolaridade inferior a 8 anos de estudo e com score de Gleason na admissão, valor: 3+3=6.

PALAVRAS-CHAVES: Próstata | Epidemiologia | Oncologia

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2944

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CIRURGIAS GENITURINÁRIAS REALIZADAS NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEXIDADE DA PARAÍBA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AUTHA MARIA MENDES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), IURI DE BRITO NÓBREGA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LUÍVIA FRAGOSO DE BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), IRLA ANDRADE DANTAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), ANNE KAROLLINE MENDES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA), LUIZ GUSTAVO DELGADO DUARTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE), RENATA LIMA MEDEIROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GUSTAVO HENRIQUE MENDES DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)

RESUMO: Objetivo Analisar o perfil dos procedimentos cirúrgicos relacionados ao aparelho geniturinário (AGU) no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) entre os anos de 2012 a 2015. Método Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com análise quantitativa, em que são apresentadas informações e análises sobre cirurgias do AGU, ocorridas no HSVP, em João Pessoa, Paraíba durante o período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2015, segundo os conteúdos existentes na base de dados Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar do Ministério da Saúde. Resultados Foram realizados 2.275 procedimentos, sendo os mais frequentes a histerectomia total (803), seguida de histerectomia com anexectomia (266). Para a realização dos procedimentos, foram gastos, ao total, R\$1.520.858,85, sendo os procedimentos que totalizaram maior custo a histerectomia total (R\$518.391,15) seguida de prostatectomia suprapúbica (R\$281.649,99), sendo estes também os procedimentos com o maior número de dias de permanência dos pacientes no serviço, 1.310 e 1.043 dias, respectivamente. Conclusões Com o conhecimento do perfil dos internamentos cirúrgicos em AGU no serviço, podem ser identificadas particularidades na distribuição quanto às demandas do serviço, que pode auxiliar gestores de saúde à tomada de decisões no sentido de garantir os princípios preconizados pelo SUS no acesso aos serviços de saúde. A escassa produção literária a respeito dos gastos públicos em relação aos procedimentos cirúrgicos incentiva e gera demanda de pesquisa para melhoria da gestão. Bibliografia APPEL, M et al. Adenocarcinoma de endométrio: epidemiologia, tratamento e sobrevida de pacientes atendidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Clinical & Biomedical Research*, v. 35, n. 1, 2015. GARCIA, Lúcia Maria et al. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares por bactérias multidrogarresistentes em um hospital do norte de Minas Gerais. *Revista de Epidemiologia e controle de infecção*, v. 3, n. 2, p. 45-49, 2013. PRIMO, CC et al. Perfil epidemiológico de mulheres submetidas à cirurgia na Unidade de Ginecologia de um hospital universitário. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 494-501, 2012.

PALAVRAS-CHAVES: cirurgias geniturinárias | perfil epidemiológico | gastos públicos

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 2978

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RIM EM FERRADURA COM DUPLICIDADE URETERAL: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TAMARA MARIELLE DE CASTRO (UNIVERSIDADE NILTON LINS), MARCEL HEIBEL (HOSPITAL E PRONTO SOCORRO PLATÃO ARAÚJO), SASKYA MACHADO DE FIGUEIREDO (UNIVERSIDADE NILTON LINS), TIAGO WAGNER DA SILVA PORTELA (UNIVERSIDADE NILTON LINS), VICTOR REMBRANT CAMPOS LICARIÃO (UNIVERSIDADE NILTON LINS), RODOLFO PORTO REGO (FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE)

RESUMO: Introdução O rim em ferradura é a anomalia de fusão renal mais comum, ocorrendo em cerca de 0,25% da população geral. Em geral, é assintomático, mas está associado a um aumento na incidência de complicações genito-urinárias. O rim em ferradura com ureter duplo é um achado comum. Apresentamos um caso de diagnóstico cirúrgico de rim em ferradura com ureter duplo. Os rins em ferradura, estão sujeitos a uma série de complicações como resultado de má drenagem, o que pode ocasionar sintomatologia clínica. Essas complicações incluem: hidronefrose secundária à obstrução da junção uretero-piélica, infecção e cálculos renais aumento da incidência de malignidade, em especial o tumor de Wilms e o carcinoma de células transicionais, além do aumento da susceptibilidade ao trauma. A litíase urinária é a mais comum de todas as complicações do rim em ferradura. Sua incidência varia de 21% a 60%, com a possibilidade de formação de todos os tipos de cálculo. A causa pode ser explicada pela estase urinária secundária à localização anterior da pelve renal, pela compressão por vasos anômalos e pelo istmo ou ainda pela inserção ureteral alta. A infecção urinária, que também resulta destes fatores causais, é fator agravante da formação calculosa e ocorre com uma frequência de 27% a 41% dos casos. Relato de caso Paciente masculino, 35 anos, natural de Humaitá- AM, foi admitido dia 17/02/17 no hospital Pronto Socorro Platão Araújo em Manaus-AM para acompanhamento urológico devido litíase renal por repetição com mais de três episódios. Possui histórico familiar positivo para nefrolitíase e havia anormalidades em seu exame físico como hematúria e sinal de Giordano positivo no lado direito. Nega outras comorbidades. A tomografia computadorizada (TC) evidenciou um rim em ferradura, bem como duplicidade ureteral. Discussão O rim em ferradura é a anomalia de fusão renal mais comum. Em geral, é assintomática, mas os indivíduos afetados são mais propensos a uma variedade de complicações, como litíase renal, obstrução da junção ureteropélvica, trauma, infecções e tumores. Como resultado da anatomia anormal, os achados de imagem e o tratamento variam muito. O rim em ferradura com ureter duplo é uma anomalia. A etiologia da má formação é desconhecida. Há relatos de associação de anomalias extraurinárias, como fusão piélica e ureter único cruzado. Relatamos um caso e paciente com rim em ferradura e ureter duplo. O paciente está em bom estado após a cirurgia, referiu apenas aumento de flatulências.

PALAVRAS-CHAVES: Rim em ferradura | Duplicidade ureteral | Litíase urinária

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 3049

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE ?Tumor de Buschke-Lowenstein?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RONE EDER DE SOUZA SILVA (UNIVERSIDADE DE MARILIA), RAFAEL BALDISSERA CARDOSO (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA), SAYARA STEFANI GOUBETI MELOCRA (UNIVERSIDADE DE MARILIA), TATIANE CRISTINA OLIVEIRA GIGEK (UNIVERSIDADE DE MARILIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO O Tumor de Buschke-Lowenstein, ou Condiloma Acuminado Gigante, é uma entidade rara pertencente ao grupo dos ?Carcinomas Verrucosos?, lesão benigna com potencial de malignidade provocado pelo Papilomavirus Humano (HPV) tipo 6 e 11 representando 5% dos tumores penianos. Histologicamente está caracterizado pela presença de papilomatose, acantose, hiperqueratose e paraqueratose celular variável. A evolução natural da doença é determinada pelo local do tumor e sua tendência à infiltração, empurrando o tecido adjacente. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 50 anos, operador de máquinas de grande porte, refere que há 18 anos notou o aparecimento inicial de 4 lesões em região pubiana onde no atendimento recebido foi realizado cauterização e biópsia das referidas lesões tendo restado apenas uma lesão única localizada abaixo da inserção do pênis. Após 4 anos, refere aumento de tamanho desta mesma lesão, onde foi prescrito e solicitado pelo médico atendente o uso de ?Imiquimod? por durante 5 meses, negando melhoras e relatando o aparecimento de novas lesões em 40 dias. Por opção do paciente, suspendeu o tratamento e não procurou atendimento até o ano de 2015, onde foi realizado um novo processo de cauterização, e hoje, aguarda retorno para nova conduta. Paciente relata que em alguns episódios apresentou prurido das lesões e odor fétido. Relata ser hipertenso em uso de Enalapril 10mg e Hidroclorotiazida 5mg, negando quaisquer outras doenças de base. Refere ter tido 5 parceiras sexuais durante toda sua vida, e nos últimos 2 anos, parceira única. Além disso, conta que em todas as relações sexuais houve uso de preservativo, e nega quaisquer lesões em sua cônjuge. CONCLUSÃO: O Condiloma Acuminado Gigante representa um desafio cirúrgico contínuo, por causa da necessidade de procedimentos cirúrgicos exaustivos que deve ter em consideração os princípios oncológicos e uma melhor resolução anatômica. Nenhum protocolo de tratamento padrão pode ser estabelecido, em virtude da raridade da doença. A cirurgia radical incluindo excisão total das zonas afetadas representa a terapia "padrão ouro". Outras formas conhecidas de tratamento foram insatisfatórios sem significado estatístico, através de estudos em pequenos grupos de pacientes. Um longo prazo de seguimento nos pacientes acometidos é altamente recomendado, devido ao aumento da taxa de recidiva.

PALAVRAS-CHAVES: condiloma | condiloma acuminado gigante | Buschke-Lowenstein

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 3059

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Seminoma de testículo abdominal em adulto jovem: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE (FAMENE), JÉSSICA MONTENEGRO PONTES (FAMENE), ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO (FAMENE), JOSANN FREDERICO RIBEIRO (FAMENE), GABRIELLA SANCHO LEITE (FAMENE), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FAMENE), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FAMENE)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os Tumores de Células Germinativas (TCG) são a maioria dos cânceres de testículos que apesar de raros são os mais malignos tumores sólidos entre homens de 15 à 35 anos, com 90% com origem gonadal e 10% extragonadal, acometendo principalmente a população branca. Dentre os fatores de risco para os TCGs gonadais encontramos o criptorquidismo que está presente entre 7% à 10% dos pacientes com TCGs. RELATO DE CASO: Paciente, 29 anos, deu entrada ao serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa - PB, com queixa de massa abdominal palpável e indolor, sem outras queixas. Ressonância Nuclear Magnética evidenciava tumor volumoso de 16,3 cm em retroperitônio. No exame físico, notava-se ausência de testículo esquerdo em bolsa escrotal. Foi solicitado exames pré-operatório que estavam sem anormalidades e marcador β -HCG com valor de 134,4 (reagente).o paciente foi então submetido a cirurgia de ressecção de tumor retroperitoneal, sem complicações. Anatomopatológico evidenciou resultado de seminoma com invasão angiolinfática com margem cirúrgicas tipo marginal. Paciente foi acompanhado pela oncologia clínica que classificou o paciente em estágio II, com proposta de quimioterapia com Bleomicina, Cisplatina e Etoposideo. Teve seu β -HCG negativado antes do início da quimioterapia, com bom prognóstico para cura. CONCLUSÃO: Os seminomas correspondem a 50% de todos os TCGs na qual apresenta composição unicamente de tipo seminoma. O tratamento inicial é previsto com orquiectomia, sendo também considerado o principal meio de se obter o diagnóstico através do anatomopatológico. O tratamento adjuvante é sempre empregado e depende da classificação TNM e dos valores dos marcadores tumorais (LDH, β -fetoproteína e β -HCG), que irá estadiar o paciente e definir as opções terapêuticas, se quimioterapia em conjunto ou não da radioterapia, principalmente com pacientes que apresentarem linfonodomegalia retroperitoneal. O tratamento deve considerar a fertilidade do paciente. A vigilância é sempre importante principalmente para proteger o testículo contralateral ou recorrência. Por se tratar de um dos tumores raros e com aparecimento de forma insidiosa, apresenta altas taxas de cura o que faz dos seminomas e outros TGCs ter tanta importância para estudos.

PALAVRAS-CHAVES: SEMINOMA|CRIPTORQUIDISMO|NEOPLASIAS EMBRIONÁRIAS DE CÉLULAS GERMINATIVAS

VIAS BILIARES E PÂNCREAS

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 279

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÍLEO BILIAR: UMA CAUSA INCOMUM DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA KREVE (FAG), JONAS TAKADA (FAG), JANAINA GATTO (FAG), FRANCISCO SCHOSSLER LOSS (FAG)

RESUMO: Relato do Caso: Paciente de 55 anos, sexo feminino, com dor intensa em hipocôndrio direito há 6 dias, associada a vômitos. No 3º dia, a dor passou a ser difusa, associada a vômitos fecalóides, distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes. Estável hemodinamicamente, anictérica, discretos sinais de desidratação, abdômen distendido, doloroso difusamente e com ruídos hidroaéreos aumentados. Enzimas hepáticas e canaliculares normais. A tomografia revelou aerobilia, distensão de alças de delgado e corpo estranho impactado em íleo distal, sugestivo de íleo biliar. Identificamos uma fístula colecistoduodenal ampla por endoscopia digestiva alta, que permitiu a visualização do interior da vesícula biliar, descartando a presença de cálculos remanescentes. Diante do quadro indicamos a cirurgia. No intra-operatório foi observado importante distensão de alças de delgado até a região do íleo distal, que apresentava corpo estranho intraluminal, a 60 cm da válvula ileocecal. A vesícula apresentava-se bastante aderida a primeira porção duodenal, formando um bloco inflamatório que não comprometia as estruturas do hilo hepático. Realizada enterotomia proximal ao local da obstrução com extração de cálculo biliar de 5 cm e enterorrafia. Optamos por não abordar a vesícula biliar. A paciente evoluiu sem intercorrências. Discussão: Íleo biliar é uma patologia rara, pouco habitual antes dos 50 anos, presente em apenas 0,06% dos pacientes com colelitíase. Decorre de repetidos quadros inflamatórios na vesícula que levam a formação de orifícios fistulosos e migração dos cálculos biliares para o trato digestivo. São descritas três possibilidades de formação fistulosa: colecistoduodenais (65-77%), colecistocólicas (10-25%) e colecistogástricas (5%). O íleo distal é o sitio mais frequente de obstrução, com sintomas típicos de obstrução do intestino delgado. A tríade de Riegler (aerobilia, distensão de alças e cálculo biliar ectópico), altamente sugestiva, é observada em somente 15% das radiografias. A tomografia computadorizada (TC) pode demonstrar estes sinais em até 80 % dos casos. O tratamento na maioria das vezes é cirúrgico e pode ser dividido em duas etapas: um é mandatório e destinado à eliminação da obstrução intestinal (enterolitotomia) e o outro que nem sempre é possível e muitas vezes não recomendado é destinado à colecistectomia e resolução da fístula. Recorrência é rara, relatada em apenas 5% e atribuída a cálculos residuais não detectados previamente.

PALAVRAS-CHAVES: Íleo biliar|Fístula colecistoduodenal|Obstrução intestinal

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 280

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Rendez-vous laparoendoscópico: uma alternativa segura ao tratamento da coledocolitíase

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA KREVE (FAG), JONAS TAKADA (FAG), JANAINA GATTO (FAG), FRANCISCO SCHOSSLER LOSS (FAG)

RESUMO: Relato do Caso: Paciente feminina, 63 anos, com colecistite calculosa e icterícia de padrão obstrutivo, leucocitose e aumento de enzimas canaliculares. Tomografia demonstrou dilatação das vias biliares e obstrução do colédoco distal por cálculo de 8mm. Submetida à CPRE onde a papila foi observada em posição intradiverticular que impossibilitou a cateterização da via biliar. Diante da evolução para colangite, foi proposta a retirada laparoscópica da vesícula biliar e o tratamento endoscópico da coledocolitíase no mesmo tempo cirúrgico. Na cirurgia o ducto cístico foi ligado, aberto distalmente e cateterizado pela passagem de um fio guia acoplado a um cateter de colangiografia. Sob visão fluoroscópica e via transcística, realizamos a progressão do fio guia em sentido anterógrado pelo colédoco e papila duodenal maior até a região da segunda porção duodenal. A partir desse momento um duodenoscópio foi introduzido até a segunda porção, o fio guia recuperado (manobra de rendez-vous) com auxílio de uma alça de polipectomia e utilizado para guiar a canulação retrógrada da via biliar. Realizamos o tratamento endoscópico da coledocolitíase e finalizamos com a extração laparoscópica da vesícula biliar. Discussão: A CPRE é o tratamento indicado para pacientes com coledocolitíase, no entanto, falha em 9 a 12% dos casos. Quando falha, a exploração cirúrgica laparoscópica da via biliar tem sido a escolha, por apresentar menores índices de complicação que a cirurgia aberta. Na cirurgia laparoscópica, a abordagem transcística é mais segura, porém restrita a cálculos pequenos (

PALAVRAS-CHAVES: Coledocolitíase | Colecistectomia videolaparoscópica | Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 329

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Icterícia obstrutiva causada por cistadenoma biliar extra-hepático: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARISSA RODRIGUES FREESZ (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), BRUNO RIGHI RODRIGUES DE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), VICTOR BILMAN (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), IVANA DUVAL DE ARAÚJO (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE)

RESUMO: Introdução Cistadenomas biliares são tumores benignos raros, que correspondem a menos de 5% de todos os cistos hepáticos, e apresentam um potencial de malignidade. A maioria dos casos deriva do sistema biliar intra-hepático, e menos de 10% se origina da árvore biliar extra-hepática. O presente estudo relata o caso de uma mulher que apresentou icterícia obstrutiva causada por um cistadenoma biliar de origem extra-hepática. Relato de caso Mulher, 41 anos, apresentou icterícia obstrutiva de 3 semanas de evolução, associada a perda de peso, prurido, dor epigástrica recorrente e inapetência. Revisão laboratorial mostrou bilirrubina total de 14,2 mg/dL e bilirrubina direta de 12,1 mg/dL. TGO e TGP apresentavam-se com valores dentro da normalidade. Ultrassonografia abdominal mostrou intensa dilatação de vias biliares intra-hepáticas, sem evidência de cálculos. Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética confirmaram a dilatação, e revelaram estenose abrupta na junção entre ductos biliares esquerdo e direito e ducto hepático comum. Não foram identificadas massas expansivas de vias biliares. O ducto hepático comum apresentava-se com calibre normal. A paciente foi submetida a cirurgia para ressecção da lesão com posterior anastomose dos ductos hepáticos direito e esquerdo. Análise da peça revelou cistadenoma biliar extra-hepático. A recuperação da paciente foi satisfatória e sem intercorrências. Até a consulta de seguimento pós-operatório de 2 meses, apresentava-se assintomática, sem evidência clínica ou ultrassonográfica de recorrência. Os níveis de bilirrubina total caíram para 0,7 mg/dL com valor de bilirrubina conjugada de 0,5 mg/dL. Conclusão Menos de 10% dos tumores císticos biliares originam-se da árvore biliar extra-hepática. O cistadenoma biliar geralmente é identificado em exames de imagem como uma lesão hepática cística e multilocular, em mulheres de meia idade. A apresentação clínica do cistadenoma biliar pode variar significativamente, com sintomas não específicos como dor abdominal, distensão e massa epigástrica palpável. Sintomas de icterícia obstrutiva são raros e ocorrem tipicamente nos cistos de origem extra-hepática, mas sem correlação com doença maligna. Devido ao seu potencial de malignidade, o cistadenoma biliar deve ser tratado de forma radical, com ressecção total. Outras formas de tratamento não estão indicadas.

PALAVRAS-CHAVES: Cistadenoma biliar | Extra-hepático | Icterícia obstrutiva

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 336

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem de Paciente com Síndrome Sump: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LÁZARO ANTONIO FRANCISCO FÉRES (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO), ALINE MAIA VIDAL (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO), CRISTINA RAMOS MELGAÇO (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO), FLAVIA BARROS MONKEN (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO), JÉSSICA ROSA DE OLIVEIRA (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO), NATHALIA TARGA SILVA (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO), PEDRO GUIMARÃES ROCHA LIMA (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Síndrome Sump (SS) consiste numa consequência da coledocoduodenostomia latero-lateral (CDD), onde os pacientes apresentam coledocolitíase, pancreatite aguda e inflamação local, causadas por resíduos alimentares encontrados no coto distal do colédoco. A prevalência dessa síndrome varia de 2,5 a 15,7% após a CDD. A fisiopatologia da SS ainda não é bem definida. O tempo entre a cirurgia até o início dos sintomas é variável, podendo ser vários anos após a CDD, mas em média com um tempo de latência de cinco anos. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 42 anos, apresentando dor em hipocôndrio direito (HD) com evolução de uma semana, associada a náuseas, vômitos e febre, além de coloração amarelada em mucosa ocular. Exames laboratoriais evidenciaram alteração de enzimas hepáticas. Fez uso de sintomáticos sem regressão do quadro algico. Evoluiu com colúria e cefaleia holocraniana, procurando atendimento médico, sendo admitida em Hospital Alcides Carneiro em Petrópolis-RJ para investigação do quadro clínico. Paciente refere há 14 anos colecistectomia e há 12 anos quadro de pancreatite sendo realizada CDD latero-lateral, sem complicações. Refere dor em HD esporadicamente após alimentação gordurosa, aliviada após uso de analgésico. Durante a internação foi iniciada antibioticoterapia com Ciprofloxacino e Metronidazol. Foi submetida à Tomografia Computadorizada de abdome constatando aerobilia por provável derivação biliodigestiva. Evoluiu durante a internação com dois picos febris e persistência da dor em HD, regredidos após uso de analgésico e antitérmico. Realizou Endoscopia Digestiva Alta, onde evidenciou gastrite enematosa leve e anastomose biliodigestiva. A CPRE foi realizada para melhor compreensão da cirurgia biliodigestiva e possível terapêutica durante o procedimento. Nesta ficou demonstrado que as vias biliares tinham calibre aumentado, com conteúdo heterogêneo em seu interior e extravasamento de contraste para o duodeno, sendo diagnosticada Síndrome de Sump. Realizada papilotomia ampla e retirada completa do conteúdo intra-coledociano. Evoluiu com melhora da dor HD e ausência de novos episódios febris. Paciente recebeu alta com encaminhamento para seguimento no ambulatório de clínica cirúrgica. CONCLUSÃO: O diagnóstico da SS é um desafio por apresentar uma grande variedade de sintomas inespecíficos. A CDD é cada vez menos utilizada para o tratamento das doenças que acometem as vias biliares, por poder evoluir com a síndrome de Sump.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome Sump | via biliar | coledocoduodenostomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 355

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso: colecistite enfisematosa

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS EDUARDO DE ARAÚJO PINHEIRO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), VICTOR BANDINI VIEIRA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), CIBELLE MARION BERTOLLI (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), GUSTAVO ARISTOTELES GONÇALVES CARVALHO (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), PAULO HENRIQUE NUNES FERREIRA A DE FARIA (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI), ALLISON TAKEO TSUGE (HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI)

RESUMO: Introdução: a Colecistite Enfisematosa (CE) é uma patologia incomum, grave, que ocorre a partir de uma infecção da vesícula biliar (VB) por microorganismos produtores de gás, como o Clostridium sp e a Escherichia coli. São vários os fatores causais para a CE, tais como: isquemia da VB, colelitíase, imunossupressão, e a própria infecção. Caracteriza-se pela presença de ar intraluminal na VB, em sua parede e/ou adjacências e na ausência de uma comunicação anormal entre o sistema biliar e o trato gastrointestinal. Ocorre em cerca de 01% de todos os casos de colecistite aguda (CA), com alta morbimortalidade (15-25%).Objetivo: apresentar um caso de colecistite enfisematosa.Método: análise de prontuário, entrevista do paciente e familiares, registros fotográficos do procedimento, peça cirúrgica e revisão de literatura médica.Resultados: paciente masculino, diabético, 53 anos, procedente de Mauá-SP. Admitido no pronto socorro com dor abdominal difusa, especialmente em hipocôndrio direito, associada a náuseas e um episódio de vômito iniciados havia três dias. Negava febre e outros sintomas. O exame físico evidenciava abdome com ruídos hidroaéreos presentes e propulsivos, globoso, flácido e leve dor a palpação de hipocôndrio direito, ausência do sinal de Murphy ou outros sinais de peritonismo. Os exames laboratoriais mostravam leucócitos totais de 14.900/mm³ com 04% de bastões; proteína C reativa de 426mg/L; amilase Conclusão: o presente relato de caso demonstra um caso de colecistite enfisematosa, apresentação incomum da colecistite aguda.

PALAVRAS-CHAVES: COLECISTITE|COLECISTITE ENFISEMATOSA|COLECISTITE AGUDA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 374

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Vesícula biliar em porcelana: diagnóstico e tratamento cirúrgico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS LOPES PULS (UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA), SÉRGIO MATTOS PULS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAS)

RESUMO: Estima-se que 0,2% dos portadores de colecistite crônica apresentem a vesícula em porcelana como evolução, condição de patogênese controversa, caracterizada por calcificação intramural da parede vesicular. Esse quadro apresenta grande interesse devido à possibilidade de evolução neoplásica (sendo o adenocarcinoma o tipo mais comum). Sendo assim, essa revisão bibliográfica tem como objetivo descrever o diagnóstico e tratamento cirúrgico atual da vesícula em porcelana. Buscou-se nas bases de dados Medline (acessada via Pubmed), SciELO, Scopus e biblioteca Cochrane artigos utilizando como descritores Porcelain gallbladder, diagnosis, treatment, management, surgical e surgery. Realizou-se a seleção inicial dos artigos com base nos títulos e resumos e, após verificação do conteúdo apropriado, buscou-se o texto completo, não havendo critério de exclusão quanto ao tipo do estudo. Obteve-se 59 artigos do período de 2012 a 2017 e, destes, selecionaram-se 23 que respondiam satisfatoriamente aos objetivos deste trabalho. Foram priorizados os artigos mais atuais, de mais alto fator de impacto e nível de evidência. Clinicamente, os pacientes podem estar assintomáticos ou com dor biliar e, raramente, com vesícula palpável, rígida e firme, no quadrante superior do abdome. As radiografias podem demonstrar áreas de calcificação na vesícula, embora a ultrassonografia e tomografia computadorizada sejam ainda consideradas métodos mais eficientes, associadas ao exame histopatológico. A ultrassonografia permite classificar o quadro em tipos I. (hiperecoico semilunar), II. (Biconvexo curvilíneo ecogênico), III. (Ecos irregulares com sombra acústica posterior) e subclassificá-los em padrão completo (calcificação total) ou incompleto. O tratamento tem como método de escolha a colecistectomia, mesmo em quadros assintomáticos, devido a possibilidade de evolução neoplásica. É controverso se o procedimento deveria ser reservado apenas a quadros sintomáticos devido a apenas 2% dos casos evoluírem para o câncer, embora a maioria dos pacientes apresente sintomas. Séries de casos identificaram risco aumentado de câncer em casos com calcificação mural incompleta e seletiva da mucosa, levando a recomendações para colecistectomia profilática nesses casos. Conclui-se que a vesícula em porcelana é uma complicação da colecistite crônica que pode ter evolução neoplásica, sendo diagnosticada por métodos de imagem e histopatológicos e com a colecistectomia como cirurgia de escolha.

PALAVRAS-CHAVES: Vesícula Biliar em Porcelana | Diagnóstico | Tratamento

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 375

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), MAURÍCIO JACQUES RAMOS (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), LEONARDO ROSSI (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO), LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ), LARISSA MIE TAKEDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE), GUSTAVO GONÇALVES TERRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS)

RESUMO: O carcinoma de vesícula biliar caracteriza-se por alta malignidade, rápido crescimento, metastização precoce e prognóstico reservado. A presença de icterícia indica estágio avançado, com invasão da via biliar. No dia 28 de novembro de 2016 a paciente F.P.R., 32 anos, chegou ao serviço de emergência, referindo quadro icterício, que iniciou há sete dias. Ao exame físico, além de icterícia, apresentava leve defesa em epigástrio, sinal de Murphy negativo e alteração das transaminases. A ultrassonografia de abdômen total apresentou vesícula biliar levemente distendida, paredes com leve espessamento, material ecogênico no infundíbulo e dilatação das vias biliares intra-hepáticas e do ducto hepático. Também demonstrou afilamento abrupto do ducto hepático comum, junto com o infundíbulo da vesícula biliar. No dia seguinte, foi solicitada uma colangiorrressonância que confirmou a dilatação das vias biliares intra-hepáticas, com redução abrupta dos ductos hepáticos direito e esquerdo no nível da confluência, com extensão de 0,8 cm, onde havia aparente área de espessamento parietal concêntrico, com hipersinal na difusão, de natureza indeterminada. A partir desses dados, foram levantadas as hipóteses de colangiocarcinoma, tumor de vesícula biliar e tumor hepático. Após duas semanas, a paciente foi submetida à derivação biliodigestiva, colicistectomia e hepatectomia parcial, com ressecção em cunha no leito vesicular com margens livres. O anatomopatológico transoperatório demonstrou ausência de malignidade na via biliar. No exame da peça, foi demonstrado adenocarcinoma moderadamente diferenciado de vesícula biliar, com invasão do tecido adiposo circunjacente atingindo leito hepático e sem invasão vascular. O ducto cístico e o segmento de via biliar proximal não apresentaram evidência de neoplasia ou displasia. No fígado, foi observado adenocarcinoma mucoprodutor, com metástase em quatro focos subcapsulares, variando de 0,2 a 1,5 cm. Foi estadiada em T3N1M0 (IIIB). A paciente segue em acompanhamento com os ambulatórios da cirurgia do aparelho digestivo e da oncologia clínica. Devido à sua capacidade de metastização precoce, o adenocarcinoma de vesícula biliar apresenta elevada morbimortalidade. O presente relato visa, portanto, demonstrar a importância do diagnóstico precoce desse tipo de neoplasia, por ser uma doença muitas vezes silenciosa, oligossintomática ou com queixas vagas, porém com alto grau de agressividade e de prognóstico ruim, mesmo com o tratamento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: Vesícula Biliar | Adenocarcinoma | Colestase

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 394

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COLEDOCOLITÍASE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS BRANDÃO GUIMARÃES SANTOS (SOCOR), TAIRO MOURA DA SILVA ROCHA (SOCOR), MARCUS VINICIUS MOURA (SOCOR), EULER AUGUSTO RESENDE (SOCOR), MARCELO TORRES CORREA DE ALMEIDA (SOCOR), MARCOS PAULO FERREIRA C. ALVES REIS (SOCOR), ROBERTO ELIAS DO NASCIMENTO SOARES (SOCOR), VICTORIA VICTOR (SOCOR)

RESUMO: M.D.P sexo feminino, 63 anos, com quadro de dor em abdome superior há cerca de 30 dias, associado a icterícia, sendo levantado a hipótese diagnóstica de Síndrome de Mirizzi, coledocolitíase e Colangiocarcinoma.. Realizados exames laboratoriais que demonstraram aumento de bilirrubinas e transaminases e tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou a presença de cálculos medindo 2 cm, impactado no terço médio do colédoco. Após realização de Colangio RNM Abdome, a paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico de Colecistectomia com ligadura de ducto cístico e artéria cística, coledocotomia e extração de cálculos com derivação em anastomose coledocoduodenostomia.

PALAVRAS-CHAVES: COLEDOCOLITÍASE | TRATAMENTO | CIRÚRGICO

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 435

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: CORISTOMA HEPÁTICO EM PAREDE DA VESÍCULA BILIAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CELENE BENEDITI BRAGION (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULO EDUARDO MOTA HESPANHA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CALED JAOU DAT KADRI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: Recebe o nome de coristoma a presença de uma massa de tecido histologicamente normal, em uma localização anormal. O Coristoma de tecido hepático ectópico é uma condição rara, identificada com maior frequência durante a exploração cirúrgica do abdome, por outras indicações. Eles podem ser encontrados sobre ou debaixo do diafragma ou na vesícula biliar. Esta, apesar de ser a localização mais comum, foi descrita em menos de 30 casos na literatura internacional. A causa para esse fenômeno é a migração de tecido hepático aberrante, durante a embriogênese. Relato do Caso: M.I.G, 57 anos, hipertensa e diabética, procurou atendimento em consultório por empachamento pós-prandial, acompanhando de dor, em cólica, em região de hipocôndrio direito, piorava com alimentações gordurosas, acompanhando de gosto amargo em boca. Durante o exame físico, a paciente não apresentava sinais de irritação peritoneal, abdome indolor à palpação, sinal de Murphy negativo. Foi solicitado um ultrassom de abdome, onde confirmou a hipótese diagnóstica de colelitíase biliar. Foi programado a colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Durante o procedimento, no momento do inventário da cavidade, observou-se uma massa arredondada, de aproximadamente 1,5 cm em parede serosa da vesícula biliar, com aspecto similar a consistência do fígado. Foi realizada a retirada da vesícula, juntamente com a massa e enviado ao anatomopatológico, o qual evidenciou (além da vesícula), uma área constituída por parênquima hepático circundado por cápsula fibrosa, confirmando o diagnóstico de coristoma hepático. A paciente evoluiu bem, sem intercorrências e recebeu alta hospitalar no dia seguinte à cirurgia. Conclusão: após o diagnóstico de coristoma hepático (geralmente intraoperatório) o tratamento é cirúrgico, devido suas possíveis complicações futuras. Alguns estudos associam o coristoma hepático como preditor de risco para o desenvolvimento de hepatocarcinoma, câncer de vesícula e cirrose hepática. Apesar de rara, este achado porem ainda se faz necessários mais pesquisas sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVES: CORISTOMA|VESICULA BILIAR|CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 455

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: METÁSTASES HEPÁTICAS, RETROPERITONIAIS E MESENTÉRICAS POR CARCINOMA DO CORPO E CAUDA DE PÂNCREAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO AUGUSTO DOS REIS GUERRA (UNOESC - UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), STEPHANIE JAUQUIN DE ABREU (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ANA LUIZA RIBAS BRAGA BETTEGA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), STEFÂNIA DALL'AGNO DEMORI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LEONARDO GETÚLIO PIOVESAN (UNIVALI - UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma de pâncreas é um dos tumores malignos mais agressivos do trato digestivo. Corresponde, atualmente, a uma das principais causas de morte por malignidade. Dentre os fatores de risco desta patologia podemos citar o tabagismo, obesidade e pancreatite crônica hereditária. Ressalta-se a importância do estadiamento da doença em cada paciente, bem como a presença de metástases à distância. Nesse sentido, esse trabalho visa ressaltar os aspectos mais importantes do carcinoma pancreático com metástases hepáticas, retroperitoniais e mesentéricas. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 33 anos, procurou atendimento médico por desconforto abdominal devido ao aumento do volume abdominal. Ao exame físico, apresentava abdômen globoso por ascite, murmúrios vesiculares e expansibilidade pulmonar diminuídos difusamente, extremidades edemaciadas, demais inalterado. À tomografia computadorizada de abdômen exibia: fígado apresentando numerosas lesões de baixa densidade, com realce ao contraste intravenoso, algumas em situação subcapsular, as maiores com até 4,2 cm, sugestivas de implantes secundários; volumosa lesão expansiva sólida na topografia do corpo e parte da cauda do pâncreas medindo, aproximadamente, 8,8 cm x 8,2 cm x 8,7 cm, lesão essa que apresentou impregnação ao contraste intravenoso, com algumas áreas centrais de menor realce, que pode estar relacionada a áreas de necrose; lesões com densidades de partes moles e contornos lobulados no retroperitônio, em situação para-aórtica e intercavo-aórtica, relacionado a linfonodomegalias as maiores com 4,2 cm x 3,7 cm; lesões nodulares mesentéricas relacionadas a linfonodos bem como imagens nodulares na região peritoneal à direita, relacionadas a implantes peritoniais; líquido livre na região peri-hepática, peri-esplênica e pelve; demais inalterado. Realizou-se paracentese e punção de metástase hepática guiada por ecografia. O anátomo-patológico demonstrou carcinoma pouco diferenciado; com imunohistoquímica exibindo a possibilidade de origem em vias pancreato-biliares. Paciente permaneceu em manejo clínico por irressecabilidade curativa da lesão. CONCLUSÃO: As opções terapêuticas restritas, bem como o diagnóstico feito em estágio avançado da doença tornam o carcinoma pancreático um dos tumores sólidos de pior prognóstico. A pancreatectomia apresenta-se como única alternativa para a sua cura. Mesmo assim, apenas poucos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico sobrevivem mais do que cinco anos.

PALAVRAS-CHAVES: Pâncreas | Adenocarcinoma | Metástases

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 479

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIAS EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DO SUL DO PAÍS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINE MARCELE MACIEL BERGER (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CARLOS MIGUEL FERREIRA E PIRES PEREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), CHRISTIAN FERREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), ALOYSIO ENCK NETO (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), GIOVANNA SORGATO TESSMANN (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), LUCAS ALESSIO PEREIRA (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), JEAN CARLOS LEVAY MURARI (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES), OSCAR EDUARDO LUZ DE CARVALHO LEITE (HOSPITAL ERNESTO DORNELLES)

RESUMO: Introdução: A colecistectomia laparoscópica é uma cirurgia relativamente nova e fornece uma alternativa de tratamento segura e eficaz, sendo indicada para as colelitíases sintomáticas. A colelitíase ocorre entre 3 e 20% da população mundial, e 20% destes tornam-se sintomáticos no período de 15 anos. Tendo em vista o impacto na qualidade de vida e as complicações potencialmente graves dessa condição, as colecistectomias videolaparoscópicas tem sido cada vez mais realizadas. Objetivos: descrever o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à essa cirurgia no Hospital de Caridade de São Jerônimo - RS, bem como as complicações pós operatórias observadas. Métodos: Análise prospectiva dos dados dos pacientes submetidos a esta cirurgia entre 1 de setembro a 1 de outubro de 2016. Resultados: Foram observados 38 pacientes neste período, com significativo predomínio do sexo feminino (84,2% dos casos), e 63,1% dos pacientes eram brancos. O excesso de peso foi identificado em 55,1% dos pacientes, sendo que apenas 17 encontravam-se com IMC menor que 25. Complicações foram encontradas em 21% dos casos, quase todas relacionadas à ferida operatória. Seroma (3 casos) e infecção superficial (2 casos) foram as complicações mais frequentes. Em nenhum dos casos foi necessário a conversão cirúrgica e não houve lesões de via biliar ou biliomas. Em 29 casos (76,31%) não houve nenhuma queixa pós operatória. Das queixas referidas pelos pacientes (9 casos, 23,68%), a mais frequente foi dor, na ferida operatória e também em hipocôndrio esquerdo. Queixas respiratórias como tosse e dispnéia não estavam relacionadas à complicações pulmonares. Discussão: Os dados epidemiológicos, como características mais prevalentes e presença de fatores de risco corroboraram com os encontrados na literatura. Seroma e infecção foram as complicação mais frequentes. Conclusão: As complicações de ferida operatória, independentemente do procedimento cirúrgico são as complicações mais frequentes. Apesar de não serem consideradas entidades graves, são responsáveis por um maior número de consultas pós operatórias, desconforto e angústia dos pacientes; implicam em resultados estéticos inferiores e podem ser causa de complicações maiores com deiscências e abscessos. Bibliografia: Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg. 2010; 97:141?150.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia Videolaparoscópica | Colelitíase Sintomática | Complicações pós operatórias

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 489

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Análise das colangiopancreatografias retrógradas endoscópicas no Hospital Geral de Itapevi

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FABRICIO OLIVEIRA RAMADA (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), MAURO MENDES PICOLO (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), FERNANDO TORRES VASQUES (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), MONISE CORNELIO DE DEUS (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), CAIO CÉZAR OLIVEIRA MENEZES (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), FERNANDA CAVALCANTI CABRAL (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI)

RESUMO: Objetivo O estudo teve como objetivo analisar as indicações de CPRE, a taxa de positividade para coledocolitíase, a taxa de sucesso nas retiradas de cálculos bem como na passagem de próteses plásticas por estenose de origem neoplásica e inflamatória. Também verificou a taxa de complicações. Métodos Estudo retrospectivo longitudinal. Foram avaliados os dados do prontuário e os laudos de CPRE de 92 pacientes do Hospital Geral de Itapevi-HGI, estado de São Paulo, entre o período de agosto de 2012 até novembro de 2016. Pacientes do sexo feminino representam 68,48 contra 31,52% do sexo masculino. Não houve grande diferença na distribuição, de acordo com a faixa etária. Dos 92 exames realizados, 71% foram devido à suspeita de coledocolitíase (66 casos), sendo que a taxa encontrada de casos positivos foi de 50% (33 casos). Foram realizados 15 exames em pacientes com icterícia obstrutiva suspeita de processo neoplásico, 4 por lesão iatrogênica de vias biliares, 1 por trauma penetrante abdominal com lesão das vias biliares, 1 por quadro de colangite com dilatação do hepatocolédoco e 5 para realização de dilatação de estenose com balão pressão controlado ou troca de prótese plásticas de pacientes já diagnosticados em procedimento anterior. A taxa de sucesso na extração de cálculos foi de 90,91% (30 dos 33 casos). Houve 100% de sucesso (15 casos) na passagem de prótese biliares plásticas nas estenoses de etiologia neoplásica (colangiocarcinomas e tumores periampulares). A taxa de complicação foi de 3,26% (3 casos). Discussão e Conclusão Este estudo permitiu a elaboração de um protocolo para solicitação de CPRE com o intuito de diminuir as indicações desnecessárias.

PALAVRAS-CHAVES: colangiopancreatografias retrógradas endoscópicas | coledocolitíase | vias biliares

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 498

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ATRESIA DE VIAS BILIARES EM LACTENTE COM NECESSIDADE DE PORTOENTEROSTOMIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THALITA JUAREZ GOMES (UNOESTE), KARINA GALLI CARDOSO MELLO (UNOESTE), FLÁVIO MESQUITA SAMPAIO GIOVANNINI (UNOESTE), ANY CAROLINE ALJONAS PIVA (UNOESTE), MARCELO GUIMARÃES MIRANDA (UNOESTE)

RESUMO: Objetivo: Descrever os achados clínicos, etiológicos, diagnósticos e terapêuticos da colestase neonatal devido à atresia de vias biliares extra-hepáticas encontrados na literatura atual e correlacionar os achados com o caso de um paciente com diagnóstico de colestase neonatal por atresia biliar extra-hepática com necessidade de portoenterostomia. Método: Estudo do tipo relato de caso, qualitativo, observacional, descritivo, baseado em 14 publicações científicas indexadas em bases eletrônicas publicadas a partir do ano de 2010. Resultados: Recém nascido a termo, com 52 dias de vida dá entrada em hospital de alta complexidade com queixas maternas de icterícia persistente em associação com acolia fecal e colúria, sendo admitido para investigação da suspeita de colestase neonatal. Evoluiu com piora do quadro icterício e acólico, realizado dosagem de bilirrubina, GGT, TGO, TGP, ultrassonografia e cintilografia que confirmaram o diagnóstico de colestase neonatal por atresia de vias biliares. Paciente foi submetido a procedimento cirúrgico em centro de referência pela técnica de Kasai (portoenterostomia) que propiciou melhora significativa do quadro e alta hospitalar em boas condições clínicas. Conclusão: Conclui-se que o bom prognóstico depende de exame físico criterioso, associado a dosagem de bilirrubina fracionada, marcadores de lesão hepática, exame de imagem de alta sensibilidade como a cintilografia para a possibilidade de uma abordagem cirúrgica precoce e assim, promover um melhor prognóstico ao paciente.

PALAVRAS-CHAVES: colestase extra-hepática | atresia biliar | icterícia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 503

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à videocolecistectomia em um programa de residência médica no noroeste do Rio Grande do Sul

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL WEISS (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO (CLÍNICA DAL VESCO), CAROLINA WEISS (UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA - UNOESC), RODRIGO BAGATINI (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), LUCAS DUDA SCHMITZ (CLÍNICA DAL VESCO), JUAREZ ANTONIO DAL VESCO (CLÍNICA DAL VESCO)

RESUMO: Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à videocolecistectomia em um programa de residência médica no noroeste do Rio Grande do Sul. Método: Foram revisados os prontuários hospitalar e ambulatorial de 26 pacientes submetidos à videocolecistectomia no período de 1 a 31 de dezembro de 2016 pelo programa de residência médica em cirurgia geral no Hospital da Cidade de Passo Fundo - RS. As variáveis estudadas foram: Idade, sexo, gestações, escolaridade, ocupação, peso, altura, achados ultrassonográficos, sintomatologia, achados intraoperatórios, cirurgia principal e anatomopatológico. Resultados: A prevalência na amostra era do sexo feminino (86,4%) com média de idade de 41 anos ($\pm 12,05$) e 2,27 gestações prévias ($\pm 1,51$). Os pacientes apresentaram um índice de massa corpórea médio de 27,57 ($\pm 5,52$), indicando sobrepeso. A principal ocupação dos pacientes era a agricultura (53,8%) e mais da metade possuía o ensino fundamental completo. A totalidade da amostra apresentava dor em hipocôndrio direito e náuseas como principais sintomas e a maior parte (53,9%) apresentou crises de dor nos dias que antecederam a cirurgia. Como forma de analgesia, a principal realizada foi via oral (61,5%). Em relação aos achados ultrassonográficos, houve um pequeno predomínio (53,8%) da vesícula biliar com paredes lisas e regulares, cálculo único e via biliar sem sinais de dilatação. Quanto à videocolecistectomia, quem a realizou com maior frequência (53,8%) foi médico residente do segundo ano, levando um tempo médio de 74,76 minutos ($\pm 19,81$). Durante o procedimento, 33,3% dos pacientes apresentaram aderências perivesiculares e 7,7% sinais de colecistite aguda. No retorno ambulatorial pós-operatório, 76,9% dos pacientes não apresentavam sintomas e a maioria (92,3%) apresentavam colecistite crônica calculosa como resultado no exame anatomopatológico da peça cirúrgica. Conclusões: O perfil do paciente submetido à videocolecistectomia em um programa de residência médica no noroeste do Rio Grande do Sul é uma mulher de meia idade, multípara, com sobrepeso, agricultora, com nível de escolaridade regular, com vesícula biliar sem sinais de complicação na ultrassonografia e com colecistite crônica calculosa, o qual é similar com a literatura nacional e mundial. Referências: Coccolini F et al. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. Int J Surg. 2015 Jun;18:196-204

PALAVRAS-CHAVES: Vesícula Biliar | Videocolecistectomia | Perfil epidemiológico

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 545

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Mirizzi com duplicação completa de vesícula biliar

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO ERMINIO HRYNIEWICZ (ACADÊMICO DE MEDICINA UNITAU), FERNANDA FRANCO CARREGOSA (ACADÊMICO DE MEDICINA UNITAU), VINICIUS FRALETTI RICCI (RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL HRVP), CARLOS EDUARDO AZEVEDO FERRETTI (SERVIÇO DE CIRURGIA HRVP), MARISTELA MELHEM NATRIELLI DE ALMEIDA (SERVIÇO DE CIRURGIA HRVP)

RESUMO: Introdução: A duplicação da vesícula biliar é uma má-formação congênita rara que ocorre em aproximadamente 1 a cada 4.000 nascimentos. É importante para os cirurgiões o conhecimento e a identificação das variações anatômicas e anomalias da via biliar a fim de se evitar possíveis complicações operatórias. A Síndrome de Mirizzi ? caracterizada pela obstrução do ducto hepático comum secundária à compressão extrínseca pelos cálculos impactados no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula ? é uma complicação infrequente das doenças litiásicas, ocorrendo em cerca de 1% de todos os pacientes com colelitíase. A associação das duas situações concomitantemente é extremamente rara. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de vesícula duplicada com colecistite aguda associada à síndrome de Mirizzi em uma única vesícula de uma paciente do sexo feminino, 52 anos, apresentou-se inicialmente com colecistite aguda e icterícia. A paciente possuía imagem tomográfica sugestiva de duplicação de vesícula biliar e não apresentava história pregressa de outras comorbidades ou sintomatologia prévia ao quadro apresentado. Após encaminhamento da paciente ao serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional do Vale do Paraíba, foi optado por abordagem cirúrgica da paciente. No ato operatório, confirmou-se a hipótese de vesícula biliar duplicada (do tipo H), sendo que a vesícula superior encontrava-se aderida ao leito hepático, como de costume, e a vesícula inferior aderida ao duodeno com sinais de colecistite e Síndrome de Mirizzi. Conclusão: Trata-se de um caso raro de Síndrome de Mirizzi com duplicação completa de vesícula biliar.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Mirizzi | Duplicação completa de vesícula biliar | colelitíase

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 549

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE VESÍCULA BILIAR INCIDENTAL EM HOSPITAL ESCOLA EM CARAPICUÍBA, SÃO PAULO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO AMANTINI MESSIAS (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA), LUCAS CAPUTO DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITARIO SAO CAMILO), POLLYANA ARDAVICIUS E SILVA (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA), LUIZ SERGIO LANDINI FILHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), SANDRO MORETTI LANDIM FERREIRA FILHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), LETICIA EMANUELLE PILAN (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), ALEXANDRE ANDRADE DA SILVA CHERAO (HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA)

RESUMO: RESUMO:O câncer de vesícula biliar tem atualmente incidência mundial de 0,5-3%, sendo que a suspeita diagnóstica pré-operatória ocorre apenas em 30% dos casos. Porém, o diagnóstico precoce está fortemente interligado ao bom prognóstico. O principal objetivo deste estudo é analisar a incidência de Câncer de Vesícula Biliar em nosso serviço; outro objetivo é comparar a incidência obtida em nossa observação a de outros países Sul-Americanos. Realizou-se estudo transversal retrospectivo no setor de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Carapicuíba, Carapicuíba (SP). Foi realizada a análise histopatológica de colecistectomias realizadas entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015. Para as análises estatísticas foi utilizado o teste de qui-quadrado, estabelecido nível de significância $\alpha=0,05$, e realizado Lilliefors corrigido para reduzir chance de erro tipo II. Foram coletados 2368 pacientes, 2257 eram doenças benignas da vesícula biliar e 9 eram câncer de vesícula biliar. Obtivemos $\chi^2 = 0,200$ e $\chi^2 = 1,00$ não havendo diferença significativa em nossa amostra quando comparada a outros trabalhos e ao comparar com países Sul-Americanos. Mais estudos devem ser realizados sobre o tema, principalmente os realizados com testes paramétricos. **BIBLIOGRAFIA:**Rajveer Hundal, Eldon A Shaffer. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clinical Epidemiology* 2014;6 99-109 Lorena Marcano-Bonilla, Essa A. Mohamed, Taofic Mounajjed, Lewis R. Roberts. Biliary tract cancers: epidemiology, molecular pathogenesis and genetic risk associations. *Chin Clin Oncol* 2016;5(5):61 Pitt SC, Jin LX, Hall BL, Strasberg SM, Pitt HA. Incidental gallbladder cancer at cholecystectomy: when should the surgeon be suspicious? *Ann Surg* 2014; 260: 128-133 Euclides Dias Martins-Filho , Thales Paulo Batista , Flávio Kreimer , Antonio Cavalcanti De Albuquerque Martins , Tiago Cavalcanti Iwanaga , Cristiano De Souza Leão. Prevalence Of Incidental Gallbladder Cancer In A Tertiary-Care Hospital From Pernambuco, Brazil. *Arq. Gastroenterol.* vol.52 no.3 São Paulo July/Sep. 2015. Kui Sun Choi, Sae Byeol Choi, Pyoungjae Park, Wan Bae Kim, Sang Yong Choi. Clinical characteristics of incidental or unsuspected gallbladder cancers diagnosed during or after cholecystectomy: A systematic review and meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2015 January 28; 21(4): 1315-1323 Gerardo F. Arroyo, Alberto Gentile, Luis A. Parada. Gallbladder cancer: South American experience. *Chin Clin Oncol* 2016;5(5):67

PALAVRAS-CHAVES: Câncer incidental de vesícula biliar| incidência de câncer de vesícula biliar| câncer de vesícula biliar

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 587

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Mirizzi: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DELÚBIO GOMES MACHADO NETO (ITPAC), JOSÉ ARRUDA SILVA LIMA (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC)

RESUMO: INTRODUÇÃO síndrome de Mirizzi é a obstrução do ducto hepático comum secundária a compressão extrínseca devido a impactação de cálculos no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula¹. É complicação não-usual da doença litíase da vesícula biliar e ocorre em aproximadamente 1% de todos os pacientes com colelitíase. Csendes et al. sugeriram nova classificação baseada no tamanho da fístula biliar. As lesões do tipo I-compressão externa da via biliar principal; as do tipo II, fístula colecistobiliar menor do que 1/3 da circunferência do ducto biliar; as do tipo III, fístula maior do que 2/3 da circunferência do ducto biliar e as do tipo IV destruição completa do ducto biliar.RELATO DE CASOMasculino,74 anos, trabalhador rural, etilista social, tabagista e sem comorbidades (DM E HAS). Procura atendimento no HRA com queixa de dor em andar superior do abdome que irradia para região dorsal associado a episódios de febre e icterícia. Exame físico de admissão:REG, LOTE, eupnéico, febril (37,9°C), icterico, desidratado, hipocorado, emagrecido, FC: 86bpm, PA 110x70 mmHg; AP e ACV sem alterações; Abdome: RHA+, flácido, doloroso a palpação profunda em hipocôndrio direito, porém sem irritação peritoneal; sinal de Murphy presente. Exames laboratoriais revelaram leucócitos (12.770), TGO (96), TGP (138), GAMA-GT (695), FA (691), Bilirrubina direta (3.74) e Bilirrubina indireta (3.19). A USG com dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas; Vesícula biliar com cálculo no infundíbulo medindo 1,7cm. A TC revelou acentuada dilatação de vias biliares intra-hepáticas e colédoco medindo até 2,3cm e imagem hipodensa irregular, promovendo obliteração ao nível de papila de Vater. Realizado colecistectomia, retirada de cálculo impactado, drenagem externa de via biliar com dreno de Kehr, colangiografia intraoperatória e drenagem de abscesso hepático e drenagem cavitária com dreno túbulo laminar. Inventário da cavidade deferiu vesícula espessada e atrófica aderida ao grande omento, litíase 1,5cm palpável em colédoco, área de flutuação palpável em segmentos III e IVa do fígado e síndrome de mirizzi Csendes II.CONCLUSÃO Síndrome de Mirizzi é uma rara complicação decorrente da colelitíase. É importante detectá-la precocemente devido alto risco de lesões do ducto biliar durante o procedimento cirúrgico. Todavia, o diagnóstico pré-operatório pode se tornar difícil devido a sua apresentação clínica inespecífica, extremamente semelhante a um quadro de colelitíase sem complicações.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Mirizzi | colecistectomia | vias biliares

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 612

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), JOSÉ MILTON MACHADO DO AMORIM (UNIVERSIDADE TIRADENTES), RAFAEL SILVA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), FILIPE MIGUEL BRITO FERNANDES DA SILVA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), HELDA CRYSTIANE CIRILO TELES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Introdução: O Situs Inversus é uma desordem genética que se caracteriza pela transposição dos órgãos abdominais em sentido sagital, fornecendo uma imagem chamada de espelho. Sua etiologia ainda não é clara, mas acredita-se que se deve a uma predisposição genética devido a um gene autonômico recessivo de penetrância incompleta. A presença de litíase vesicular sintomática em um paciente com Situs Inversus acarreta não só a dúvidas diagnósticas, mas também constitui um desafio terapêutico. Relato de caso: Paciente de sexo feminino 42 anos com dor abdominal tipo cólica em epigástro e hipocôndrio esquerdo acompanhada de náuseas e vômitos em 4 dias de evolução. Ao exame físico, apresentou dor a palpação no hipocôndrio esquerdo. Foi solicitado USG abdominal que revelou presença de fígado e vesícula biliar no quadrante superior esquerdo, sendo diagnosticado a colecistite em situs inversus abdominal. Posteriormente foi realizada a radiografia de tórax, confirmando o diagnóstico de situs inversus pela observação do coração ao lado direito. Seis semanas depois realizou-se a colecistectomia videolaparoscópica, com alta hospitalar 24 horas. Sob anestesia geral e em posição francesa, em declive e lateralizado para direita com o cirurgião entre as pernas do paciente. Foi realizado pneumoperitônio através do trocar transumbilical. Colocado o primeiro trocar de 10mm, foi constatado situs inversus. A vesícula e o apêndice se encontravam em espelho em relação a posição habitual. Sob visão direta foram colocados os demais trocarteres. O segundo trocar (5mm) foi introduzido no epigástro e foi utilizado para retração do fundo vesicular. Posteriormente foi introduzido um trocar de 10 mm no flanco direito e finalmente outro trocar de 5mm em flanco esquerdo sobre a linha hemiclavicular esquerda. Foi realizada a dissecação do triângulo de Calot, e foram sendo identificados os seus elementos, os quais foram clipados e seccionados. Realizou-se a colangiografia intraoperatória. E então foi extraída a vesícula. O tempo operatório foi cerca de uma hora e não houve inconvenientes ou acidentes intraoperatórios. Conclusão: Na colecistectomia videolaparoscópica em pacientes com situs inversus, é possível conduzir com os mesmos padrões da colecistectomia laparoscópica convencional.

PALAVRAS-CHAVES: situs inversus | colangiografia | colecistectomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 618

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: ASCARIDÍASE BILIAR EM CRIANÇA DE 7 ANOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FILIPE DE PADUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), JOSÉ FELIPE FERREIRA DA SILVA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), DANIEL MAIA DE VASCONCELOS LIMA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), SAMAYA SHELDAN LOPES BARBOSA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ANA BEATRIZ BANDEIRA SALES DIAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: *Ascaris lumbricoides* é o parasita mais associado às infecções do trato gastrointestinal.[¹] Estima-se que 33% da população mundial seja infestada por este², sendo mais comumente encontrado em regiões tropicais e subtropicais onde há situações precárias de saneamento e higiene.[³] A ascaridíase intestinal se manifesta de várias formas, sendo a maior parte dos casos assintomáticos. Porém, raramente, pode se apresentar através de sintomas abdominais agudos, e tem como sua forma de apresentação mais grave a ascaridíase biliar.[4] Relatamos um caso de ascaridíase biliar em uma criança de 7 anos. RELATO DO CASO: Menino, 7 anos, com queixa de dor abdominal em cólica por 4 dias, com história de 3 episódios semelhantes nos últimos 4 anos. AST:1220U/L; ALT:1110U/L; Bilirrubina Total (BT):1,68mg/dL, Bilirrubina Direta (BD):0,96mg/dL, Bilirrubina Indireta (BI):0,72mg/dL; Gama GT(GGT):225U/L; Amilase:43U/L. Ultrassonografia(USG) de abdome: dilatação de canais biliares intra-hepáticos; ducto hepato-colédoco dilatado medindo 1,6cm, com pequenas estruturas tubuliformes e birrefringentes medindo 0,8x0,9cm em sua porção intrapancreática. Foi realizada Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) que demonstrou a presença de vermes impactados no ducto colédoco. Feita a papilotomia e extração dos parasitas. O paciente evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar após controle laboratorial das enzimas hepáticas, pancreáticas e bilirrubinas. No 3º dia de pós operatório(DPO), USG: discreta dilatação de vias biliares; ducto hepato-colédoco medindo 0,8cm. No 8ºDPO, alta hospitalar; AST: 27U/L; ALT: 67U/L; BT: 0,29mg/dL, BD:0,23mg/dL; GGT:244U/L; Amilase:44U/L. CONCLUSÕES: A ascaridíase biliar pode ter como complicação situações ameaçadoras à vida, como colangite, coledocolitíase, abscesso hepático e pancreatite. A USG é um procedimento não invasivo e possui boa acurácia no diagnóstico. Porém, alguns casos necessitarão de técnicas diagnósticas mais sofisticadas, como a colangiopancreatografia por ressonância magnética e a CPRE. A migração dos vermes para os canais biliares é um evento raro, porém se faz de extrema importância o diagnóstico precoce, pois pode levar a retardo no desenvolvimento e deficiência de vitaminas em crianças. A CPRE possui a vantagem de ter um caráter diagnóstico e terapêutico, além de permitir a visualização direta dos vermes no trato intestinal e biliar, sendo um exame de grande utilidade.

PALAVRAS-CHAVES: CPRE | ascaridíase biliar | *Ascaris lumbricoides*

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 634

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pancreatogastrostomia: Uma técnica alternativa de reconstrução da drenagem pancreática

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO (CLÍNICA DAL VESCO), MATHEUS SARMENTO MILITZ (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), JUAREZ ANTONIO DAL VESCO (CLÍNICA DAL VESCO), LUCAS DUDA SCHMITZ (CLÍNICA DAL VESCO), CAROLINA ARGENTA DAL VESCO (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), MARCOS DAL VESCO NETOU (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), FERNANDA MARCANTE CARLOTTO (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), GABRIEL WEISS (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF)

RESUMO: Objetivo: Demonstrar o emprego de uma técnica alternativa de reconstrução pancreática para diminuição de fístula pancreática na cirurgia pancreática. Método: A pancreatogastrostomia foi realizada em 5 pacientes. O escore de risco para fístula pancreática foi de risco alto. A maioria dos pacientes realizou duodenopancreatectomia com preservação gástrica (80%). O remanescente pancreático foi telescopado cerca de 5 cm para o interior da câmara gástrica através de uma abertura justa da parede posterior do corpo do estômago e o pâncreas foi fixado a mesma com um plano único extramucoso de pontos separados de polipropileno 3-0 circunferencialmente. Resultados: Os pacientes evoluíram no pós-operatório sem fístula pancreática. A amilase do líquido do dreno abdominal foi de 212, 191 e 79,3 no 3o, 5o e 7o dia pós-operatório, respectivamente. A plausibilidade da pancreatogastrostomia está relacionada a maior espessura e vascularização da parede gástrica, a inatividade das enzimas pancreáticas em torno da anastomose em virtude do pH ácido do estômago, a possibilidade de diminuição da tensão da anastomose através de sondagem gástrica e a rapidez e facilidade técnica de sua confecção. Alguns grandes centros de cirurgia pancreática iniciaram a utilização desta técnica com resultados positivos para redução de fístula pancreática em pacientes de risco. Conclusões: A pancreatogastrostomia pode ser uma alternativa na reconstrução pancreática naqueles casos de pâncreas de consistência mole, ducto pancreático principal fino e com escore de risco de fístula pancreática intermediário e elevado. Referências: Callery MP, Pratt WB, Kent TS, et al. A prospectively validated clinical risk score accurately predicts pancreatic fistula after pancreatoduodenectomy. J Am Coll Surg. 2013 Jan;216(1):1-14. Keck T, Wellner UF, Bahra M, et al. Pancreatogastrostomy Versus Pancreatojejunostomy for RECONstruction After PANCreatoduodenectomy (RECOPANC, DRKS 00000767): Perioperative and Long-term Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial. Ann Surg. 2016 Mar;263(3):440-9.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreaticoduodenectomy | Fístula Pancreática | Pâncreas

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 635

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pancreatectomia esquerda com patch de ligamento falciforme: alternativa de baixo custo para redução de fístula pancreática

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO (CLÍNICA DAL VESCO), JUAREZ ANTONIO DAL VESCO (CLÍNICA DAL VESCO), FERNANDA MARCANTE CARLOTTO (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), LUCAS DUDA SCHMITZ (CLÍNICA DAL VESCO), MATHEUS SARMENTO MILITZ (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), CAROLINA ARGENTA DAL VESCO (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), MARCOS DAL VESCO NETOU (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), GABRIEL WEISS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL)

RESUMO: Objetivo: Apresentar o emprego de uma técnica rápida, autóloga e de baixo custo para prevenção de fístula pancreática. Método: O patch de ligamento falciforme foi realizado em 3 pacientes. O escore de risco para fístula pancreática foi de risco elevado. Todos os pacientes realizaram pancreatectomia distal com esplenectomia. Optou-se pela realização de um patch autólogo de ligamento falciforme (PALF) para fechamento de coto pancreático distal. O patch foi conservado em solução salina e adaptado ao coto pancreático com sutura absorvível de poligalactina 3-0 com avanço de 3 cm sobre o parênquima pancreático para cobertura da área cruenta. Resultados: Os pacientes evoluíram no pós-operatório sem fístula pancreática. A amilase média do líquido do dreno abdominal foi de 160,5, 59 e 23 no 3o, 5o e 7o dia pós-operatório, respectivamente. A aplicação de diversas técnicas para cobertura da margem cruenta pancreática é desenvolvida há muitos anos, mas não diminuiu a incidência de fístula pancreática. O uso do grampeador mecânico, do patch de pericárdio bovino e do selante de fibrina não alteram os resultados no pós-operatório da pancreatectomia distal. O uso de tecidos autólogos é uma técnica promissora que demonstrou bons resultados com o patch vascularizado de ligamento redondo em alguns casos na literatura. O uso de ligamento falciforme ou da fásia lata é uma técnica estabelecida nas reconstruções de parede abdominal e nas coberturas intestinais. Optamos pelo uso do ligamento falciforme sem pedículo pela facilidade técnica, simplicidade, reprodutibilidade e pela sua formação conjuntiva densa impermeável e indigerível pela secreção pancreática. Conclusão: O PALF para prevenção de fístula pancreática é uma opção cirúrgica nova, simples, reprodutível e promissora. Além de reduzir a incidência de fístula, pode diminuir o tempo de hospitalização e os gastos médicos nas pancreatectomias distais. Estudos randomizados e comparativos são necessários para estabelecimento do PALF nas ressecções pancreáticas. REFERÊNCIAS: Miyasaka Y, Mori Y, Nakata K, Ohtsuka T, Nakamura M. Attempts to prevent postoperative pancreatic fistula after distal pancreatectomy. Surg Today. 2016 Jun 20. Ramia JM, de la Plaza R, Adel F, Ramiro C, Arteaga V, Garcia-Parreño J. Wrapping in pancreatic surgery: a systematic review. ANZ J Surg. 2014 Dec;84(12):921-4.

PALAVRAS-CHAVES: Pâncreas | Pancreatectomia | Fístula pancreática

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 637

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTO DE COLÉDODO: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS DE PAULO ARAÚJO DE ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ADRIANO DIAS TRAJANO (COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY), YOHANA OLIVEIRA DE BARROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JENNYFER KELLEN LÁZARO DA ROCHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), FELIPE SIQUEIRA TEIXEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA), REBECA DANIELLY DA FONSECA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JÔNATAS WELLINGTON DA SILVA BEZERRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Cisto de colédoco (CC) é uma dilatação desproporcional do sistema biliar. A incidência é maior na Ásia alcançando 1 em 1000 habitantes e mais comum em mulheres. CC é mais prevalente na infância e 25% dos pacientes apresentam na vida adulta, sendo raro sua apresentação sem sintomatologia prévia. A tríade clássica dos sintomas são dor abdominal, massa abdominal palpável e icterícia. Exames laboratoriais revelam alterações da função hepática, leucocitose e colangite. A função renal junto ao coagulograma alterados apontam para a gravidade da doença. A USG abdominal é o primeiro passo para diagnóstico. A tomografia computadorizada (TC) de abdome é o exame mais acurado para a realização de uma abordagem cirúrgica. Sendo a derivação biliodigestiva em Y de Roux o tratamento cirúrgico de escolha. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 21 anos, admitida no Pronto-Socorro do Hospital de Trauma de Mangabeira, João Pessoa, Paraíba, com queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito, icterícia e febre há 7 dias. Ao exame físico: icterícia (2+/4+), abdome assimétrico, doloroso a palpação em hipocôndrio direito onde se palpava uma massa de aproximadamente 20 cm, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais mostravam 20.600 leucócitos, bilirrubina total de 9,3 mg/dl com direta de 4,1mg/dl. Realizou ultrassom do abdome que mostrou cisto de 10,2 x 8,1 x 7,2 cm, localizado em hipocôndrio direito medialmente a vesícula biliar. A investigação diagnóstica proseguiu com uma TC de abdome que mostrou dilatação cística da via biliar principal com dilatação dos ductos hepáticos direito e esquerdo, bem como via biliar intra-hepática. Essa dilatação se estendia até a porção intra-pancreática medindo 8,4 x 7,7 cm, exercendo efeito de massa sob a primeira e segunda porção do duodeno e estreitando a cabeça do pâncreas, correspondendo a um cisto de colédoco tipo I de Todani. Foi submetida a tratamento cirúrgico com ressecção completa do cisto e derivação biliodigestiva hepaticojejunal em Y de Roux. Teve alta hospitalar após 8 dias de internação sem complicações pós-operatórias. CONCLUSÃO: Essa má formação tem predomínio em crianças, sendo raros os casos de pacientes adultos sem sintomatologia prévia. O diagnóstico precoce deve ser realizado na infância evitando complicações como pancreatite, colangite, cirrose e transformação maligna.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto de colédoco | Cisto do Ducto Biliar Comum | Cisto do Colédoco Tipo I

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 641

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA LAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: STEPHANIE ARAUJO MARQUES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), JÉSSICA SARAH SILVA DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), JOSÉ MILTON MACHADO DO AMORIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), THATIANY DA SILVA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LUCAS LEAL VARJÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Introdução: A derivação biliodigestiva consiste em criar uma anastomose entre os canais biliares e o intestino delgado, em situações que necessitem desviar o fluxo de bile do fígado diretamente para o intestino sem passar pelo esfíncter de Oddi. Geralmente isso ocorre nas obstruções por tumores ou até mesmo por lesões inadvertidas da via biliar. Relato de caso: Foi realizada uma derivação biliodigestiva em paciente de 54 anos do sexo feminino com histórico de colecistectomia há 12 anos e papilotomia há 11 anos realizada por endoscopia para tratamento de papilite. O procedimento foi realizado sob anestesia geral com paciente em decúbito dorsal e proclive, posição francesa. A derivação realizada foi a colédoco-duodenal. Esta técnica utilizada tem como vantagem ser tecnicamente mais fácil e rápida de ser realizada além de permitir o acesso da via biliar à exploração endoscópica. A anastomose biliodigestiva restabeleceu o fluxo biliar até o duodeno tratando assim o quadro obstrutivo da paciente. Conclusão: A anastomose colédoco-duodenal é considerada tecnicamente fácil quando comparada as outras formas de derivação biliodigestiva, proporciona uma boa drenagem da via biliar e é indicada para doenças benignas ou malignas da via biliar que levam à sua dilatação. No entanto, complicações como colangite ascendente, gastrite por refluxo alcalino e "sump syndrome" podem ocorrer. Esta operação é cada vez menos realizada devido aos avanços nos procedimentos endoscópicos que proporcionam resultados terapêuticos semelhantes a coledocoduodenostomia, mas com menor morbidade.

PALAVRAS-CHAVES: anatomose | biliodigestiva | laparoscopia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 649

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Diagnóstico de trauma contuso pancreático

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CELENE BENEDITI BRAGION (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HUSF), IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HUSF), CIRO CARNEIRO MEDEIROS (HUSF), DANIELA TIEMI SATO (HUSF), RODRIGO SADER HECK (HUSF), RONALDO NONOSE (HUSF), DECIO LUIZ SILVA MAZZINI (HUSF)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Traumas abdominais contusos acometem principalmente órgãos sólidos como baço e fígado. O trauma pancreático, além de pouco frequente, costuma ser de difícil diagnóstico e alta mortalidade, sendo que 75% das vezes o óbito ocorre nas primeiras 48h. Apresentamos um caso de trauma pancreático do nosso serviço. **RELATO:** TS, 14 anos, sexo feminino, vem encaminhada de outro serviço, 8 horas após queda da motocicleta, devido à dor intensa em hipocôndrio e flanco esquerdo. Ao exame: REG, descorada 2+/4+, eupneica, FC: 88, PA:100x60, abdome flácido, doloroso difusamente, DB +. Submetida à TC de abdome que evidenciou grande quantidade de líquido livre, sendo então indicada laparotomia exploradora. No intraoperatório observou-se moderada quantidade de sangue em flanco E, fossa ilíaca esquerda e pelve; ponto de sangramento ativo em mesocólon, próximo ao ângulo esplênico, associado a hematoma; ausência de lesões esplênica e hepática. Foi realizada ligadura do ponto do sangramento, abertura parcial do ligamento gastrocólico sem visualização de sangramentos, apendicectomia táctica, lise de bridas e lavagem da cavidade. Paciente evolui no primeiro PO com dor importante em região epigástrica, sendo submetida à nova TC de abdome e pelve, com evidências de lesão em transição corpo caudal com descontinuação entre as partes e líquido livre peripancreático e líquido livre em goteiras parietocólicas. Realizada nova laparotomia no 2º PO com pancreatectomia distal + esplenectomia táctica. No 13º PO paciente apresentava-se taquicárdica, com abdome distendido e temperatura axilar de 39° C e ao exame de imagem observava-se importante quantidade de líquido livre abdominal intracavitário e espessamento peritoneal liso e das fâscias lateroconais, pequena quantidade de líquido livre retrofascial. Realizada lavagem e drenagem da cavidade, após identificado abscesso em leito pancreático e esplênico. Paciente evolui satisfatoriamente e recebendo alta 9 dias após reabordagem. **CONCLUSÃO:** As lesões pancreáticas costumam ter uma alta mortalidade comparadas a órgãos por cursarem com danos além daquelas relacionadas diretamente à lesões traumáticas do órgão, como pancreatite, vasodilatação e choque, mesmo que em pequenas lesões. Ainda hoje, diante de extenso aparato diagnóstico, nos deparamos com desafios para diagnóstico e terapêutica, por isso a necessidade de constante pesquisa e estímulo para que seja aventada a hipótese precocemente, levando a uma evolução mais favorável dos casos.

PALAVRAS-CHAVES: pancreas | traumatismo abdominal | contusões

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 660

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento cirúrgico e evolução da síndrome de Mirizzi em gestantes: relato de dois casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VALÉRIA LOUREIRO CLARO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ), ROBERTO GARCIA DE FREITAS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), CARLOS BERNARDO COLA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), WILLIAM FREDERIC DE ARAUJO WILLMER (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), CLAUDIO GONÇALVES RAMOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO)

RESUMO: Introdução: A síndrome de Mirizzi foi descrita inicialmente pelo cirurgião argentino Pablo L. Mirizzi. Desde então este quadro ficou conhecido como Síndrome de Mirizzi. Ela compreende um espectro de apresentações que variam de compressão extrínseca do ducto hepático comum à presença de fístula colecistobiliar. A Síndrome de Mirizzi é rara ocorrendo em 0,05% a 3,95% dos pacientes com cálculos de vesícula biliar. As doenças do trato biliar são a segunda causa mais comum de patologia cirúrgica não obstétrica em gestante. Em até 10% das gestantes são identificados cálculos vesiculares e a incidência de colecistite é de 0,1%. Pacientes com colecistite aguda e coledocolitíase sintomática durante a gravidez estão em uma categoria de alto risco e, nos casos de complicações mais graves, a mortalidade materna pode chegar a 15% e a perda fetal em até 60% dos casos. Relatamos neste trabalho dois casos de gestantes com síndrome de Mirizzi, o tratamento cirúrgico empregado e a evolução pós operatória. Relato dos casos: D.G.A., 35 anos, IG de 17 semanas, apresenta quadro de dor em hipocôndrio e flanco direito, febre, náuseas e vômitos. Exames laboratoriais mostraram icterícia de padrão colestático. Ultrassonografia abdominal revelou dilatação biliar intra e extra-hepática com hepatocolédoco medindo 10mm e sombra acústica na topografia da junção hepato-cístico-coledociana. Realizada colangioressonância que confirmou o diagnóstico ultrassonográfico. Foi submetida à tratamento cirúrgico de urgência, através de incisão de Kocher, sendo realizada colecistectomia com hepaticojunostomia em Y de Roux. A paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no sétimo dia pós-operatório. S.G.O., 39 anos, IG de 15 semanas, com dor em flanco direito, icterícia, colúria, prurido, vômito e febre há três dias. Exames laboratoriais da admissão compatíveis com icterícia colestática. Realizada colangioressonância que evidenciou cálculo de 1,2cm em hepatocolédoco, próximo ao cístico. Foi realizada laparotomia com colecistectomia, coledocoplastia e colocação de dreno de Kehr em via biliar. A paciente evoluiu com infecção de ferida operatória, recebendo alta no vigésimo dia de pós operatório. O dreno de Kehr foi retirado seis meses após a cirurgia. Conclusão: A síndrome de Mirizzi é uma complicação rara e potencialmente grave nas gestantes. O manejo cirúrgico é complexo, mas apresenta bom resultado mesmo neste subgrupo de pacientes tão peculiar.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Mirizzi | Gestantes | Coledocoplastia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 723

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DRENAGEM ENDOSCÓPICA DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDREIA AUGUSTA FURUKAWA OKUDA (SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), CARLOS EDUARDO BRAGA (SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), RODRIGO TADEU RODRIGUES SILVESTRE (SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), LUIZ GUSTAVO DE QUADROS (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC E KAISER CLÍNICA)

RESUMO: INTRODUÇÃO Os pseudocistos pancreáticos são coleções decorrentes da inflamação e necrose pancreáticas após pancreatite crônica ou trauma pancreático. Seu tratamento pode ser através do manejo clínico, drenagem cirúrgica, percutânea ou endoscópica. A drenagem transmural por endoscopia vem ganhando cada vez mais espaço por ser uma abordagem minimamente invasiva. RELATO DE CASO Paciente do gênero feminino, 70 anos, admitida no serviço de Cirurgia da Santa Casa de São José do Rio Preto, com quadro de dor, abaulamento e massa palpável em hipocôndrio esquerdo. História prévia de duas internações por pancreatite biliar e tomografia computadorizada de abdome evidenciando colelitíase e pseudocisto pancreático, tratadas clinicamente em Unidade de Terapia Intensiva em outro serviço. A endoscopia digestiva alta evidenciou abaulamento em parede posterior gástrica. A ecoendoscopia visualizou pseudocisto pancreático gigante com debris celulares em seu interior, em contato com a parede gástrica posterior. Devido à idade avançada e presença de comorbidades optou-se pela drenagem endoscópica transmural. O procedimento foi realizado com o paciente sob anestesia geral, em decúbito lateral esquerdo, antibioticoterapia com ceftriaxona. Localizou-se endoscopicamente a região de contato entre pseudocisto e parede gástrica, realizou-se incisão com uso de needle knife, procedendo-se com dilatação com balão TTS para 18mm. Debridou-se o pseudocisto com auxílio de cesta Basket e alça de polipectomia. Introduziu-se prótese de pigtail. Paciente evoluiu sem intercorrências, com alta hospitalar no quarto pós-operatório. A prótese de pigtail foi retirada com oito semanas após confirmação com exames de imagem de resolução do abscesso. CONCLUSÃO drenagem endoscópica transgástrica de pseudocisto pancreático foi eficaz, segura e com um menor tempo de internação se comparada com o tratamento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVES: pseudocisto pancreático | drenagem endoscópica | drenagem endoscópica transgástrica

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 772

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Volvo de vesícula biliar - um inesperado achado intra-operatório

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DALVA JUSTINO DE ALMEIDA (HOSPITAL MATERNIDADE SANTA RITA), VALESKA DE BRITO MOREIRA KLEIN (HOSPITAL MATERNIDADE SANTA RITA), DANILO GIL BICHARA (HOSPITAL MATERNIDADE SANTA RITA), GENNARO ANTONUCCI AMARAL (HOSPITAL MATERNIDADE SANTA RITA), FERNANDA ÁVILA (HOSPITAL MATERNIDADE SANTA RITA)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O volvo de vesícula biliar ou torção da vesícula biliar é uma causa incomum de abdome agudo e na maioria das vezes seu diagnóstico só é feito durante o ato cirúrgico. Desde sua primeira descrição em 1898 por Wendel, houve mais de 500 casos documentados na literatura. É resultado de uma anormalidade anatômica da vesícula biliar, congênita ou adquirida, em que o órgão torce parcial ou completamente em torno do eixo do ducto cístico e do pedículo vascular. Esta situação pode comprometer o suprimento sanguíneo da vesícula biliar, causando necrose da mesma. Esta entidade pode acometer qualquer idade, porém, é rara na infância sendo que 85% dos casos são relatos entre 60 a 80 anos e é mais prevalente no sexo feminino. **RELATO DE CASO:** TGRP, sexo masculino, 14 anos, negro foi admitido no serviço de urgência referenciado de outro hospital com diagnóstico de apendicite aguda. Queixava-se de dor abdominal à direita iniciada há 3 dias associada a febre, náuseas e vômitos. Ao exame físico apresentava-se taquicárdico, sudoreico, desidratado, abdome dolorido difusamente, tenso e com sinais de irritação peritoneal em todo abdome. Exames laboratoriais: leucócitos 13,620; PCR 35; amilase 167; lipase 354; bilirrubina total 2,00 e indireta 1,8; FA 194; TGP 29 e TGO 31. Laudo da tomografia de abdome total confirmando apêndice cecal com calibre aumentado e aumento da densidade da gordura peri-apendicular. O paciente foi submetido à videolaparoscopia e durante o inventário da cavidade foi identificado pequena quantidade de líquido, apêndice cecal sem alterações e plastrão inflamatório localizado em topografia da vesícula biliar. Realizada liberação do plastrão e identifica vesícula biliar túrgida e com paredes necrosadas devido à torção total do eixo do ducto cístico e pedículo vascular. O mesentério que mantém a vesícula fixada ao fígado estava completamente ausente. Foi realizada colecistectomia e o paciente teve boa evolução no pós operatório com normalização dos exames laboratoriais no 1DPO. Realizou dois retornos ambulatoriais sem intercorrências neste período. **CONCLUSÃO:** O volvo de vesícula biliar, apesar de ser uma entidade incomum, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de abdome agudo até mesmo em pacientes jovens. A possibilidade de torção total com acometimento vascular e consequente necrose da parede pode evoluir com perfuração da vesícula e peritonite biliar, sendo assim o diagnóstico não deve ser retardado e a cirurgia de urgência realizada.

PALAVRAS-CHAVES: volvo de vesícula | vesícula biliar | torção de vesícula biliar

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 787

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA PANCREATOPLEURAL SECUNDÁRIA À PANCREATITE CRÔNICA: RELATO DE DOIS CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCIO APODACA-RUEDA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), EVERTON CAZZO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), FRANCISCO CALLEJAS NETO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MARTINHO ANTONIO GESTIC (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MURILLO PIMENTEL UTRINI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), ELINTON ADAMI CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: A fístula pancreatopleural é uma complicação rara da pancreatite crônica. O quadro clínico geralmente consiste em dispnéia, desconforto torácico, com presença de derrame pleural volumoso, recidivante, frequentemente à esquerda e com alto teor de amilase pancreática. É objetivo do presente estudo relatar dois casos de pacientes com fístula pancreatopleural por pancreatite crônica tratados no Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Relato de Caso: Dois pacientes do sexo masculino, portadores de pancreatite crônica de etiologia alcoólica, cuja principal manifestação clínica foram sintomas respiratórios. O diagnóstico foi confirmado através da toracocentese mostrando níveis elevados de amilase (61.000 e 250.000 U/L respectivamente). A tomografia de abdome evidenciou alterações do parênquima pancreático e dilatação do ducto pancreático principal em ambos doentes. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica caracterizou a fístula em um dos casos. Em outro doente, foi tentado tratamento clínico com análogos da somatostatina e nutrição parenteral sem sucesso. Diante do insucesso terapêutico clínico-endoscópico em ambos doentes, foi indicado o tratamento cirúrgico. A cirurgia realizada foi a enucleação da cabeça pancreática associada à derivação pancreatojejunal em Y de Roux segundo a técnica de Frey. Os dois pacientes apresentaram remissão total do derrame pleural e atualmente encontram-se em acompanhamento ambulatorial e em uso de enzimas pancreáticas, sem sintomas dolorosos. Conclusão: A enucleação da cabeça pancreática com derivação pancreatojejunal em Y de Roux constitui-se em uma alternativa terapêutica adequada para o tratamento da fístula pancreatopleural secundária à pancreatite crônica.

PALAVRAS-CHAVES: FÍSTULA PANCREATOPLEURAL | PANCREATITE CRÔNICA | CIRURGIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 795

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: METÁSTASE PANCREÁTICA DE NEOPLASIA DE MAMA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCIO APODACA-RUEDA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), FÁBIO HENRIQUE MENDOÇA CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MILENA DA SILVA GARCIA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MARTINHO ANTONIO GESTIC (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), MURILLO PIMENTEL UTRINI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), ELINTON ADAMI CHAIM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), EVERTON CAZZO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS)

RESUMO: Introdução: Metástases pancreáticas de tumores malignos primários são raras, constituindo cerca de 2% das neoplasias que acometem o pâncreas. Na maioria dos casos, o acometimento ocorre por disseminação hematogênica e linfática, como nos casos de carcinomas de rim e pulmão. A metástase pancreática do câncer de mama é muito rara e de difícil diagnóstico, uma vez que a apresentação clínica e radiológica é similar à de um tumor primário pancreático. É objetivo do presente estudo relatar um caso de metástase pancreática de neoplasia de mama tratado no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Relato de caso: Mulher de 64 anos com antecedente de quadrantectomia mamária direita com esvaziamento axilar por carcinoma ductal de mama T2N2M0 triplo negativo (estrógenos, progesterona e HER2 negativos), quimioterapia (Adriamicina, Cisplatina e Paclitaxel) e radioterapia adjuvantes. Dois anos após a ressecção mamária, evolui com queixa de dor em flanco esquerdo, inapetência e perda de 07 Kg em 04 meses, além de sintomas dispépticos. Ao exame físico, o abdome era doloroso à palpação superficial em hipocôndrio esquerdo. Não foi evidenciada alteração laboratorial relevante. A tomografia de abdome demonstrou lesão sólida hipervascularizada de 6,6x 6,0x7,0 cm, de contornos irregulares e limites parcialmente definidos, área de necrose central na cauda do pâncreas em contato com o baço e grande curvatura gástrica, não sendo possível determinar plano de clivagem e presença de pequena quantidade de líquido livre. O CA 19.9 encontrava-se dentro dos padrões de normalidade. O PET-CT não demonstrou evidências de outros sítios de doença ativa. Submetida à pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia e adrenelectomia esquerda. O diagnóstico histopatológico foi de metástase de carcinoma de mama. A imunohistoquímica mostrou marcadores MUC5AC, CEA e CA19.9 negativos, desfavorecendo origem pancreatobiliar. Paciente teve boa evolução e com remissão completa dos sintomas, iniciando novo ciclo de quimioterapia de consolidação (Paclitaxel). Conclusão: Com base no caso relatado e nas evidências previamente descritas, pode-se concluir que, em casos de diagnóstico de lesão pancreática em pacientes com antecedente prévio de neoplasia de mama, a possibilidade de metástase pancreática deve ser considerada. O acompanhamento destes doentes deve ser multimodal a fim de diminuir o intervalo livre de doença.

PALAVRAS-CHAVES: METÁSTASE PANCREÁTICA | NEOPLASIA DE MAMA | NEOPLASIA DE PÂNCREAS

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 804

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor neuroendócrino de cabeça de pâncreas oligossintomático, de crescimento indolente com KI 67 elevado: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIOGO FONTES SANTOS (HOSPITAL SANTA MARCELINA), JOAO HENRIQUE GODOY RODRIGUES (HOSPITAL SANTA MARCELINA), MARCELO BRUNO REZENDE (HOSPITAL SANTA MARCELINA), MARCELO NUNES VIVEIROS (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ARTUR DA SILVA FARIAS (HOSPITAL SANTA MARCELINA), THANIELLE SIMIONATO (HOSPITAL SANTA MARCELINA), DEBORA FONTES SANTOS (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL)

RESUMO: Introdução: Dentre os tumores endócrinos pancreáticos (TNE), 20% deles são não funcionantes e sem nenhuma síndrome hormonal definível. Cerca de 60-80% deles possuem metástases a distancia no momento do diagnóstico. O KI67 avalia a taxa de proliferação celular, quanto mais alto, pior é o prognóstico e menor é a diferenciação celular, apesar de maior quimiossensibilidade. Relatamos o caso de um TNE de mínimo crescimento com KI67 elevado. Relato de caso: Paciente feminino, 67 anos, natural e residente em Boqueira-BA, ex-lavradora. Como comorbidades possui hipertensão arterial sistêmica essencial e passado cirúrgico de histerectomia total por miomatose uterina. Procurou o setor de emergência cirúrgica do Hospital Santa Marcelina em Abril/2013 com queixa de dor abdominal em região epigástrica associado a hiporexia e vômitos. Realizou US que evidenciou imagem cística nodular em região de processo uncinado do pâncreas, posteriormente confirmado com TC de abdome, medindo 42mm e com características de pseudocisto. Após controle do quadro algico, recebeu alta e permaneceu em acompanhamento ambulatorial, optado por tratamento conservador e exames de imagem trimestrais até Julho/2016 devido a pouca sintomatologia apresentada pela paciente. Em Agosto/2016 realizou ECO-EDA com biópsia da lesão para avaliar possibilidade de degeneração cística, que caracterizou formação nodular de 4cm em processo uncinado pancreático, análise histopatológica de proliferação celular atípica e imunohistoquímica positiva para TNE com KI67 20%, vimentina, sinaptopsina e cromogranina positivas. TC com contraste trifásico caracterizou lesão e demonstrou íntimo contato com veia cava inferior, enquanto TC de tórax e EDA não mostraram anormalidades. Marcadores tumorais permaneceram baixos durante esse período. Realizamos PET/CT com gálio que demonstrou aumento do receptor de somatostatina, consistente com atividade de TNE. Paciente iniciará tratamento quimioterápico neoadjuvante com 5FU/LV semanal e está em programação cirúrgica de realização de duodenopancreatocomia com reconstrução da veia porta. Conclusão: Apesar da utilização do KI 67 como forma de graduar os TNE, há controversas quanto ao ponto de corte ideal para caracterização dos mesmos, de modo que é possível a ocorrência de tumores de crescimento mínimo apesar de taxas elevadas do marcador imunohistoquímico.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR NEUROENDOCRINO | MARCADORES TUMORAIS | KI67

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 816

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ESTENOSE IDIOPÁTICA DE COLÉDOCO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR (ITPAC), CAROLINA DOS REIS VALADARES (ITPAC/FAHESA), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), JOÃO VICTOR PEREIRA GOMES (ITPAC/FAHESA), ANA MARIA GARCIA (ITPAC/FAHESA), PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC/FAHESA), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC/FAHESA)

RESUMO: Introdução: As estenoses benignas da via biliar (EBVB) incluem todas as estenoses congênitas, adquiridas e secundárias. Em sua majoritaria parte das vezes a lesão tende a ser devido à iatrogênia, principalmente em decorrência da realização de colecistectomias. Em seguida vem os traumas abdominais e as cirurgias gastroduodenais. Relato de caso: Paciente de 41 anos, sexo masculino, natural de Araguaína ? TO, vítima de acidente motociclístico ocorrido em 2015, com traumatismo crânioencefálico, submetido a uma craniotomia com lobectomia a esquerda. Um ano e meio após a alta evoluiu com quadro de febre não aferida, dor abdominal e icterícia importante sendo admitido no Hospital Regional de Araguaína. Apresentava os seguintes resultado de exames laboratoriais iniciais: Hemograma com leucocitose e predomínio de neutrófilos, AST: 92,00U/L, ALT: 117,00 U/L, Gama GT: 892,00U/L, Fosfatase Alcalina: 472,00 U/L Bilirrubina total: 14,02 mg/dl, Bilirrubina direta: 8,48 mg/dl, Bilirrubina indireta: 5,54 mg/dl. Na ultrasonografia de abdome total foi evidenciando colelitíase, colecistite, coledocolitíase e dilatação das vias biliáres intra e extrahepáticas. Fora solicitado uma Colangiopancreatografia Retrogada Endoscópica (CPRE) com objetivo terapêutico e diagnóstico. Esta apresentou uma estenose do colédoco médio/distal na inserção do ducto cístico com dilatação das vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco. Realizou-se uma colangiografia intraoperatória que demonstrou falhas de enchimento importantes supeitando-se assim de presença de cálculos no interior da via biliar. Munido destas informações optou-se pela realização de uma cirurgia convencional para o caso. Conclusão: À exceção do caso, a CPRE se tornou a opção terapêutica para a maioria dos casos tornando-se assim a escolha de primeira linha. As estenoses biliares benignas são um enigma diagnóstico e as apostas em conseguir um diagnóstico precoce e preciso são elevados, devido aos custos e morbidades associadas as cirurgias desnecessárias em pacientes com etiologias benignas.

PALAVRAS-CHAVES: CPRE | CIRURGIA DE VIAS BILIARES | ESTENOSE DE VIAS BILIARES

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 820

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PÂNCREAS EM PACIENTE JOVEM: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIANA FIDELIS SOLLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), JOSE MAURO DA SILVA RODRIGUES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DECIO LUIS PORTELLA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DIEGO GARDENAL ALCANTARA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANIEL CARBONIERI BATISTA DE OLIVEIRA. (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO), DORIVAL MANRIQUE DUARTE JUNIOR (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: A neoplasia maligna de pâncreas é uma doença altamente agressiva, tendo apenas 15% a 20% dos pacientes a possibilidade de ressecção cirúrgica e cura ao diagnóstico, principalmente devido à sintomatologia tardia que apresenta. Os fatores de risco deste tipo de neoplasia são bem conhecidos quanto a sexo, idade avançada, fatores hereditários e ambientais. Os tumores neuroendócrinos do pâncreas (TPNs) formam um conjunto heterogêneo e raro de neoplasias. Dentre todos os tumores pancreáticos, há uma relação aproximada de 125 casos de adenocarcinomas para cada caso de TPN. Correspondem a menos de 5% de todas as neoplasias primárias do pâncreas. Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 34 anos, não etilista, não tabagista, com história de coledocite há 9 meses e sem outras comorbidades, em acompanhamento no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS). Evoluiu com icterícia há 2 meses, sendo internada com dor abdominal, sendo tratada como pancreatite. Ao ultrassom realizado na ocasião foram visualizados cálculos na vesícula biliar e dilatação intra-hepática das vias biliares. Paciente retornou ao serviço com fortes dores abdominais em epigastro e hipocôndrio direito, com vômitos pós-prandiais, acolia fecal, e colúria. O exame físico apresentou-se icterica, sinais vitais normais, abdome doloroso à palpação e Sinal de Courvosier presente. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) demonstrou um segmento afilado do ducto cístico distal e colocada prótese de colédoco. A paciente persistiu com dor abdominal importante, sendo indicada a laparotomia. No inventário da cavidade foram observadas metástases hepáticas, confirmada uma tumoração na cabeça do pâncreas com invasão gástrica. Devido ao estadiamento avançado foi realizada a biópsia e fechada a cavidade sem a ressecção tumoral. Ao anatomopatológico o diagnóstico de carcinoma pancreático pouco diferenciado foi confirmado, o estudo imuno-histoquímico resultou em uma neoplasia neuroendócrina de pâncreas. Discussão: Neste caso, destaca-se a ausência de fatores de risco, a paciente é uma mulher jovem previamente hígida, sem histórico de tabagismo, etilismo ou diabetes, e sem história familiar de câncer; contrariando a história natural da doença. Esta neoplasia rara tem incidência de aproximadamente de 1:100.000 pessoas, e normalmente é diagnosticada quando a doença já está metastática, como o caso relatado.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor neuroendócrino | Carcinoma neuroendócrino de pâncreas | Neoplasia de pâncreas

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 829

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Colectectomia robótica com portal único: experiência inicial

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SERGIO ROLL (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), IRON PIRES DE ABREU NETO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), PAULO HENRIQUE FOGAÇA DE BARROS (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), BRUNO DE LUCIA HERNANI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), NELSON DE SOUZA LIBONI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), JULIANO FERNANDES DA COSTA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), ANA OLGA NAGANO GOMES FERNANDES (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), CARLO CAMARGO PASSEROTTI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ)

RESUMO: Objetivo: Este estudo se destina a descrever a experiência inicial de um grupo de cirurgiões na realização da cirurgia de colecistectomia robótica com portal único e avaliar os potenciais benefícios associados à cirurgia robótica minimamente invasiva. Método: Vinte e quatro pacientes foram submetidos a cirurgia de colecistectomia pela técnica descrita. Foram analisados prospectivamente dados referentes ao perfil do paciente, variáveis do intra operatório e pós operatório buscando avaliar a segurança e os possíveis benefícios da técnica. Resultados: Dos 24 pacientes operados, 19 eram mulheres (79%) e 5 homens (21%). O IMC variou de 20,1 a 48 com média de 27,7. O tempo cirúrgico total médio foi de 144 minutos, sendo o tempo médio de docking 25 minutos, cirurgia (final do docking até retirada da vesícula) de 48 minutos e fechamento da parede de 14 minutos. A incidência de complicações menores, incluindo perfuração da vesícula, sangramentos e lesões hepáticas menores, foi de 22% e apenas em um doente não foi possível a conclusão da cirurgia pela técnica proposta tendo sido realizada a conversão para a técnica habitual de colecistectomia multiportal videolaparoscópica. A avaliação da dor em score de 0-10 mostrou que 41,6% dos pacientes apresentavam dor maior que 4 dentro das primeiras 6 horas, 37,5% dentro das primeiras 24 horas, 29,1% no sétimo dia e nenhum paciente referiu dor no trigésimo dia. A média do grau de satisfação dos pacientes com o procedimento avaliado no trigésimo pós operatório foi de 9,625 em uma escala de 0-10. Conclusões: A avaliação dos resultados de 24 pacientes submetidos a colecistectomia com portal único robótica mostra que o procedimento é factível e seguro e obteve alto grau de satisfação por parte dos pacientes. A técnica vem a somar no armamentário cirúrgico já disponível para o tratamento das patologias da vesícula biliar. Bibliografia: Pietrabissa A, Pugliese L, Vinci A, Peri A, Tinozzi FP, Cavazzi E, Pellegrino E, Klersy C. Short-term outcomes of single-site robotic cholecystectomy versus four-port laparoscopic cholecystectomy: a prospective, randomized, double-blind trial. Surg Endosc. 2016 Jul;30(7):3089-97 Zehetner J, Pelipad D, Darehzereshki A, Mason RJ, Lipham JC, Katkhouda N. Single-access Laparoscopic Cholecystectomy Versus Classic Laparoscopic Cholecystectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trial. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2013;23:235-243

PALAVRAS-CHAVES: colecistectomia robótica | cirurgia robótica | portal único

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 841

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: BAÇO ACESSÓRIO INTRAPANCREÁTICO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DENISE AKERMAN (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE), ALINE PACHECO DE REZENDE (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE), MARCELO PROTÁSIO DOS SANTOS (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE), PAULO VICENTE DOS SANTOS FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), JOSE EDUARDO GONÇALVES (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE), FERNANDO BRAY BERALDO (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE), ADRIANO PEREIRA SAMPAIO (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE)

RESUMO: INTRODUÇÃO Baço acessório é uma alteração congênita benigna causada por uma falha no desenvolvimento embriológico do tecido esplênico, normalmente assintomático, com incidência em torno de 10% em estudos de necrópsias. Aproximadamente 80% localizam-se próximo ao hilo esplênico e 16% na cauda pancreática. É um importante diagnóstico diferencial de tumores neuroendócrinos pancreáticos (TNEPs), mas com terapias e prognóstico distintos. Os TNEPs são neoplasias neuroendócrinas raras com incidência anual estimada de 0,5-1,0%.
RELATO DO CASO Mulher de 79 anos, assintomática, em seguimento de hepatite C crônica, ao realizar ultrassonografia de abdome de rotina apresentou achado incidental de nódulo hipoecóico de 10mm de diâmetro em cauda pancreática. Exame físico sem alterações e exames laboratoriais dentro da normalidade inclusive CA19.9. A ressonância magnética (RM) de abdome confirmou o achado de lesão nodular de 12mm em cauda pancreática, hipointenso em T1, hiperintenso em T2 e com realce após a infusão de contraste (FIGURA 1). Baseado nesses achados suspeitou-se de TNEP não funcional e foi realizada pancreatectomia distal com preservação esplênica (FIGURA 2). Procedimento cirúrgico foi realizado sem intercorrências por acesso videolaparoscópico e a secção pancreática foi realizada com grampeador linear 60mm (EndoGIA®) carga amarela. Paciente evoluiu com fístula pancreática no 5º dia pós-operatório (DPO), sem necessidade de nova abordagem cirúrgica, recebendo alta hospitalar no 16º DPO. O espécime cirúrgico revelou aos cortes macroscópicos área nodular com 12x7x7mm de aspecto liso e coloração acastanhada, circundada por tecido pancreático. O diagnóstico de Baço acessório intrapancreático foi confirmado pelo estudo anatomopatológico (FIGURA 3).
CONCLUSÃO BAIP é uma afecção rara que em pacientes assintomáticos não tem indicação de intervenção cirúrgica e esse diagnóstico diferencial deve ser considerado no pré-operatório de lesões sólidas pancreáticas sugestivas de neoplasias neuroendócrinas afim de evitar ressecções pancreáticas desnecessárias.

PALAVRAS-CHAVES: Baço Acessório | Tumores Neuroendócrinos | Diagnóstico Diferencial

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 870

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CA DE PANCREAS, ABORDAGEM COM DUODENOPANCREATECTOMIA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LAÍS CHAVES DE SOUZA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), FLÁVIA MARIA MOREIRA DE OLIVEIRA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), ROBERTA XAVIER CAMPOS (HOSPITAL BELO HORIZONTE), LUIZ GUSTAVO PINTO DA CUNHA (HOSPITAL BELO HORIZONTE), FERNANDA LARA BORGES (HOSPITAL BELO HORIZONTE), RAFAEL PATRICIO DE REZENDE (HOSPITAL BELO HORIZONTE), MARIELE RIBEIRO NUNES (HOSPITAL BELO HORIZONTE), THIAGO LEÃO SOARES (HOSPITAL BELO HORIZONTE)

RESUMO: PACIENTE A.L, DE 54 ANOS, MASCULINO, HIPERTENSO, HISTORIA DE ETILISMO. QUADRO EVOLUINDO HA 3 SEMANAS COM PIROSE, PLENITUDE POS PRANDIAL E HIPOREXIA, ICTERICIA PROGRESSIVA ASSOCIADA A ACOLIA FECAL E COLURIA. PERMANECEU INTERNADO EM HOSPITAL DO INTERIOR POR 5 DIAS, DEVIDO A PIORA CLINICA DO ESTADO GERAL, CONSTATAÇÃO DE PERDA APROXIMADA DE 7KG. SOROLOGIAS VIRAIS NEGATIVADAS. BILIRRUBINA TOTAL 17,5 (D: 10,6 / I: 6,9). USG: ESTEATOSE HEPATICA VIAS BILIARES DILATADAS. TC: ESPESSAMENTO DE CABECA E PROCESSO UNCINADO DE PANCREAS E WIRUNG. TRANSFERIDO PARA O SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HBH, EM 23/07/16, EVOLUINDO COM COLANGITE, ABORDADO NA URGÊNCIA EM 27/07 PARA DESCOMPRESSÃO DE VIA BILIAR, COM COLOCAÇÃO DE DRENO DE KHER ASSOCIADO A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL, BIOPSIA DE MASSA PANCREATICA, COM PROGRAMAÇÃO DE DUODENOPANCREATECTOMIA, APOS ESTABILIZAÇÃO CLINICA. POS OPERATORIO IMEDIATO DENTRO DA NORMALIDADE EM CTI. COLANGIORNM EM 04/08/16 EVIDENCIANDO AUMENTO DAS DIMENSÕES DE CABECA PANCREATICA MEDINDO 41X34MM. REABORDADO EM 11/08/16 COM DUODENOPANCREATECTOMIA, COM PROPOSTA CURATIVA. ANATOMOPATOLOGICO COM ADENOCARCINOMA DUCTAL INVASOR BEM DIFERENCIADO DO PANCREAS, COM INVASÃO DE PAREDE DUODENALE DO TECIDO ADIPOSEO PERI-PANCREATICO. MARGEM PANCREATICA COMPROMETIDA. COLEDOCO E MARGENS GASTRICAS E DUODENAL LIVRES DE NEOPLASIA. PACIENTE TENDO ALTA DO SERVIÇO DIA 08/09/16, SEGUE EM ACOMPANHAMENTO COM SERVIÇO DE ONCOLOGIA. ATUALMENTE PACIENTE COM GANHO PONDERAL DE APROXIMADAMENTE 8 KG, MANTENDO ACOMPANHAMENTO COM ONCOLOGIA E AMBULATORIO DE CIRURGIA GERAL.

PALAVRAS-CHAVES: CANCER|PANCREAS|DUODENOPANCREATECTOMIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 876

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Linfoma Primário de Pâncreas: Um Relato de Caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FRANCO HARITSCH (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), JOYCE MARIANNA CAPOCCI BITTENCOURT (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), JOAO GUILHERME CAVALCANTI KRIEGER (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), RODOLFO FREDERICO GAZZONI DEGRAZIA HOWES (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), RAMON ALVES MENDES (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), GABRIEL BRISOT (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), AMANDA FERNANDES VIDAL DA SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ), MILTON SERGIO BOHATCH JUNIOR (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ)

RESUMO: Introdução: O Linfoma Pancreático Primário (LPP) é uma doença extremamente rara que representa menos de 2% dos linfomas malignos extra-nodais e 0,5% de todas as massas pancreáticas. Os critérios clínicos para o diagnóstico são: ausência de linfadenopatia superficial palpável; ausência de nódulos mediastinais; leucograma normal; achados intraoperatorios com predomínio de massa pancreática e com linfonodos restritos a região peripancreática; ausência de comprometimento hepático ou esplênico^{2,3}. Os sintomas clínicos são geralmente inespecíficos e os principais sintomas são: dor abdominal, massa abdominal e perda de peso. O tratamento padrão consiste em quimioterapia. No entanto, o linfoma pancreático é frequentemente tratado com ressecção cirúrgica por causa da dificuldade de diferenciá-lo do adenocarcinoma pancreático. Relato de Caso: Paciente masculino, 45 anos, previamente hígido, foi encaminhado ao ambulatório de cirurgia do Hospital São José em Joinville (SC) com história de dor abdominal associada à icterícia, colúria, acolia e perda ponderal de 15kg em 3 meses. A tomografia abdominal evidenciou imagens nodulares na porção cefálica do pâncreas (3,2 x 3,0 cm) e outra na cauda pancreática (3,1 x 2,5cm). Os resultados dos marcadores tumorais mostraram CA 19-9 Conclusão: O LPP é uma neoplasia rara e às vezes de difícil diagnóstico diferencial com o adenocarcinoma pancreático. As taxas de cura para LPP chegam a 30%, em contrapartida, a sobrevida em 5 anos para adenocarcinoma não ultrapassam 5%. Dessa forma, o tratamento cirúrgico para o LPP fica restrito aos casos de dúvida diagnóstica para não retardar o tratamento do adenocarcinoma.

PALAVRAS-CHAVES: LINFOMA NÃO HODGKIN | LINFOMA EXTRA NODAL | TUMOR CABEÇA DE PÂNCREAS

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 885

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estenose biliar pós-trauma abdominal fechado: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JANAINA GATTO (MEDICINA), FRANCISCO SCHOSSLER LOSS (FAG), FERNANDA KREVE (FAG)

RESUMO: IntroduçãoAs estenoses benignas das vias biliares (EBVB), na maioria das vezes, decorrem de lesões iatrogênicas por traumatismo cirúrgico, outras doenças que podem causar são a pancreatite crônica, a colangite auto-imune associada a pancreatite auto-imune, colangite esclerosante primária, colangiopatia, HIV, entre outras, além de trauma abdominal, que é uma causa extremamente rara. Até 20% dos pacientes com estenose benigna de via biliar apresentam-se com curso indolor, apresentando-se com manifestações clínicas sutis apenas 1 ano após a lesão inicial. Por consequência disso, o diagnóstico de estenose biliar é muitas vezes perdido ou atrasado. Sendo assim, de suma importância sua identificação, evitando a ocorrência das graves complicações relacionadas a EBVB como colangite recorrente, formação de pedra e até mesmo cirrose biliar no caso de fase final da doença hepática. Relato do Caso Paciente do sexo masculino, 36 anos, com história prévia de queda de altura de 6 metros sobre objeto há 8 meses retorna apresentando dor abdominal, icterícia e colúria. Na primeira internação, foi admitido com hemopneumotórax e lesão hepática, sendo os exames laboratoriais com TGP de 1680 U/L ; TGO: 1381 U/L e sua ultrassonografia de abdome total demonstrando heterogenicidade hepática com área hipoecóide em lobo direito associada a liquido livre na cavidade; ausência de dilatação de vias biliares extra e intra-hepáticas. Seu tratamento foi conservador com alta da UTI após após 2 meses. Retorna, oito meses após o trauma toraco-abdominal , apresentando quadro icterícia obstrutiva. Exames laboratoriais TGP: 341 U/L ; TGO: 133 U/L ; BD: 2,77 mg/dL ; GGT: 676 U/L. Confirmada obstrução biliar por uma colangiorrressonância que demonstrou dilatação de vias biliares. Submetido ao tratamento por meio de uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), que sem sucesso, por conta de uma estenose do ducto colédoco médio, fez-se necessária uma abordagem cirúrgica com colecistectomia e derivação biliodigestiva. Conclusão Atualmente o uso da CPRE para o tratamento de estenoses biliares benignas tornou-se a primeira escolha, o tratamento endoscópico inclui dilatação radial com cateteres balonados, colocação de próteses e deve ser sempre tentada. Entretanto, quando houver falha no tratamento endoscópico, a intervenção cirúrgica pela técnica de derivação biliodigestiva em Y de roux continua sendo a mais indicada.

PALAVRAS-CHAVES: estenose biliar | CPRE | y de roux

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 889

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pancreatectomia corpo-caudal com preservação esplênica no tratamento do Tumor sólido pseudopapilar do pâncreas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RACHID GUIMARAES NAGEM (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), BEATRIZ DEOTI E SILVA RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CARLOS DIEGO RIBEIRO CENTELLAS (HOSPITAL DOS SERVIDORES DE MINAS GERAIS), LUCAS SILVA COUTO (HOSPITAL DOS SERVIDORES DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Introdução O Tumor sólido pseudopapilar do pâncreas (TSPP) ou Tumor de Frantz é neoplasia rara, representando 0,2 a 2.7% de todos os tumores malignos do pâncreas (1). Predomina no sexo feminino (90%), na terceira década de vida (2). Acomete mais o corpo e cauda do pâncreas, possui crescimento lento, sendo considerada uma neoplasia com baixo grau de malignidade. Tende a ser localmente invasivo, sendo as metástases incomuns (3-5). O tratamento é a ressecção completa, quando localizado no corpo e cauda do órgão é indicado pancreatectomia corpo-caudal com ou sem esplenectomia (5-7). Existem poucos casos de TSPP tratados com pancreatectomia corpo-caudal com preservação esplênica e por esse motivo foi realizado este trabalho. Relato de caso M.C.F, 30 anos, leucodérmica, feminina, natural de Belo Horizonte, com história de dor em mesogástrico há 2 meses. Rotina laboratorial e marcadores tumorais sem alterações. TC :lesão ovalada, heterogênea, em corpo do pâncreas. RNM: Lesão compatível com tumor sólido pseudopapilar do pâncreas. Submetida a laparotomia e encontrada lesão de consistência firme no corpo do pâncreas. Realizada pancreatectomia corpo-caudal com preservação do baço. Apresentou boa evolução pós-operatória com alta no 8º DPO. AP revelou tumor endócrino pancreático e recomendou imunohistoquímica, Esta confirmou TSPP (negativo para citokeratina, sinaptofisina e cromogranina, e positivo para CD-10, vimentina e receptor de progesterona). A paciente encontra-se bem e sem recidiva após 12 anos da cirurgia. Conclusão Apesar de tratar-se de neoplasia pancreática maligna, o tratamento cirúrgico adequado do TSPP localizado no corpo e cauda do pâncreas não é incompatível com a preservação esplênica.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias pancreáticas | Esplenectomia | Pancreatectomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 899

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor Neuroendócrino de cauda de pâncreas- Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO TORRES VASQUES (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), FERNANDA CAVALCANTI CABRAL (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), MOHAMED IBRAHIM ALI TAHA (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), CAIO CÉZAR OLIVEIRA MENEZES (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), FABRICIO OLIVEIRA RAMADA (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI), MONISE CORNELIO DE DEUS (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI)

RESUMO: Os tumores de pâncreas endócrino são raros, constituindo menos de 4% de todos os cânceres de pâncreas. Como grupo, eles são conhecidos como tumores neuroendócrinos do pâncreas. Esses tumores podem ser divididos em duas classes: os secretores de hormônios e os não secretores de hormônio. Os tumores secretores podem desencadear sintomas referentes ao hormônio que ele secreta. Os tumores não secretores podem causar sintomas causados, por exemplo, pela compressão de algum órgão próxima do tumor. O diagnóstico pode ser feito a partir das queixas clínicas do paciente e dos exames laboratoriais e de imagem, como tomografia computadorizada, ressonância magnética e PET-CT. O tratamento, sempre que possível, inclui a cirurgia. **RELATOPRF, 58 a**, masc, branco, natural e procedente de SP. Dor nas costas há 1 mes. Refere dor nas costas há 1 mes, de início insidioso, sem fator associado. Ex tabagista 35 anos/Maçõ. HAS -; DM ?16/11/16 - USG com questionável formação nodular junto ao hilo esplênico medindo 4,1 cm. 24/11/16 - RNM apresentando lesão sólida heterogênea com áreas císticas/necróticas de permeio, medindo 4,3 x 4,0 cm na cauda pancreática. HD: neoplasia neuroendócrina ou degeneração cística. Alfa-fetoproteína 2,0 mcg/L; CA 19-9 9,1 U/ml; CEA 1,2 mcg/L. 12/12/16 - Paciente foi submetido a pancreatectomia corpo-caudal + esplenectomia + linfadenectomia retroperitoneal. Tempo de internação 5 dias. Sem transfusão. **Anatomo-patológico:** neoplasia neuroendócrina 4,3 x 4,3 cm, sem invasão vascular ou neural. Sem necrose. Mitoses: 1/10 CGA. Linfonodos livres, Baço e hilo esplênico livres. **Imunohistoquímica:** Neoplasia neuroendócrina bem diferenciada grau 1. Negativo para somatostatina e insulina. Receptor de progesterona +; Sinaptofisina +; Cromogranina +; CD99 +; **DISCUSSÃO** Segundo a classificação de WHO (2000), o tumor deste doente enquadra-se na classe 1 (tumor neuroendócrino bem diferenciado), onde os tumores são benignos ou possuem potencial maligno incerto. O diagnóstico histológico nem sempre define qual o tumor. Inúmeros são os tumores neuroendócrinos, sendo que alguns são benignos, e outros potencialmente malignos. Quando o doente possui sintomatologia clínica, a investigação laboratorial pode facilitar o diagnóstico, como no caso dos gastrinomas, insulinomas e glucagonomas. O caso em questão não apresentava sintomas clínicos e possuía tamanho de aproximadamente 4 cm. Pela classificação da WHO, tumores maiores do que 2 cm possuem potencial de malignização incerto, fato este que nos fez indicar a cirurgia ressectiva.

PALAVRAS-CHAVES: Tu de pâncreas | Tu de pâncreas | Tu de pâncreas

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 946

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pâncreas Divisum (PD): Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAQUEL BITTENCOURT CATTO (UNIVALI), GUILHERME KRIGER (UNIVALI), BRUNO FERNANDES CERANTO (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), CARLA TRAMONTIM (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN), ELISA CANTÚ GERMANO DUTRA (UNIVALI), GEISLA MEDEIROS (UNIVALI), HENRIELI CORREA ZANARDI (UNIVALI), JOEL ANTONIO BERNHARDT (UNIVALI)

RESUMO: Introdução: Pâncreas divisum (PD) é a anomalia pancreática congênita mais comum, 4 a 10%, consiste na falha de fusão do sistema ventral e dorsal do pâncreas. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de PD. Relato do Caso: Paciente masculino, 75 anos, procurou atendimento hospitalar com queixa de dor abdominal recorrente por 5 dias em região epigástrica, em faixa, contínua, irradiada para dorso, com piora pós-prandial. Negou sintomas associados. Ao exame físico apresentava abdome flácido, plano, ruídos hidroaéreos presentes, dor a palpação profunda mais localizada em região epigástrica, sem sinais de irritação peritoneal e sem massas palpáveis. A tomografia computadorizada (TC)(Figura 01) foi consistente para a suspeita de pancreatite aguda caudal ou neoplasia. Foi solicitado avaliação da cirurgia geral e realizado exames laboratoriais complementares com lipase 575 U/L, amilase 135 U/L, CEA e CA 19-9 normais. Realizado tratamento clínico com melhora clínico-laboratorial da pancreatite e solicitado colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) para realização ambulatorial após a alta hospitalar. Na CPRE (Figura 02) não se observou nenhuma anomalia na estrutura anatômica do pâncreas pelo médico realizador do exame, realizado papilotomia. Seguiu acompanhando ambulatorialmente, com novos exames laboratoriais evidenciando lipase de 184U/L e demais parâmetros dentro da normalidade. No seguimento, realizou ecoendoscopia evidenciando ducto pancreático dominante dorsal dilatado associado a imagem nodular hipoecóica na topografia da papila duodenal menor, realizada punção aspirativa. Ducto pancreático ventral de calibre habitual na confluência bilio-pancreática e imagem ovalada anecoica duodenal sugestiva de lesão cística. Realizada PAAF de lesão hipoecóica no processo uncinado, com amostra insatisfatória. No seguimento manteve-se sem queixas, solicitado ressonância magnética (RM) (Figura 03) onde não se evidenciou mais a imagem cística duodenal e confirmou o diagnosticado de PD. Conclusão: O PD é uma anomalia que eleva o risco de pancreatites e dor crônica abdominal. Cerca de 95% dos pacientes são assintomáticos. Seu diagnóstico padrão ouro é a CPRE. Em pacientes assintomáticos, a conduta é expectante, já os sintomáticos com história de pancreatite passarão por papilotomia menor ou colocação de stent dorsal. A terapia endoscópica é eficaz e segura, as complicações são baixas quando realizada por profissional experiente e capacitado.

PALAVRAS-CHAVES: Pâncreas divisum | Pancreatite | CPRE

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 980

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adenocarcinoma de papila duodenal diagnosticado após pancreatite aguda por coledocolitíase, complicada com pseudocistos pancreáticos: relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DIOGO FONTES SANTOS (HOSPITAL SANTA MARCELINA), MARCELO BRUNO REZENDE (HOSPITAL SANTA MARCELINA), MARCELO NUNES VIVEIROS (HOSPITAL SANTA MARCELINA), THANIELLE SIMIONATO (HOSPITAL SANTA MARCELINA), ARTUR DA SILVA FARIAS (HOSPITAL SANTA MARCELINA), DEBORA FONTES SANTOS (HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL), AILTON FERREIRA DE SOUZA FILHO (HOSPITAL SANTA MARCELINA)

RESUMO: Introdução: O adenocarcinoma primário de duodeno é uma patologia rara. Foi primeiramente descrita por Hamberger, em 1746, e desde então, foram relatados menos de 3mil casos na literatura mundial. O diagnóstico precoce é dificultado pela ausência de sintomas específicos e pelos conhecimentos restritos sobre essa patologia. A escassez de relatos de pacientes portadores dessa doença que iniciam a sintomatologia com pancreatite aguda secundária a coledocolitíase complicada com pseudocistos pancreáticos, nos estimulou a apresentação do caso. Relato de caso: Paciente de 52 Anos, do sexo feminino, natural de Bauru, procedente Mairiporã-SP, 5 Filhos, desempregada (ex-doméstica). Paciente negava comorbidades e é tabagista 30 maços/ano. Foi admitida na emergência com história dor em hipocôndrio direito de moderada intensidade, associado a náuseas, vômitos e icterícia. Houve perda ponderal de 10kg em 4 meses. Apresentava amilase de 2200 U/l na admissão. A US mostrou imagem calculosa em colédoco proximal medindo 8mm com dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas a montante, com colédoco dilatado para 9mm. Foi realizado CPRE que mostrou uma papila duodenal com infiltrado irregular e biopsiado com anatomopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrado a papila duodenal; vias intra e extra-hepáticas dilatadas sem falha de enchimento. A TC de abdome e torax não evidenciou metástases a distancia e formações císticas homogêneas de paredes pouco espessadas, medindo cerca de 35mm e 53mm, em colo, corpo e cauda pancreáticos. Esteve em acompanhamento ambulatorial com TC de controle trimestral que denotam redução dos pseudocistos pancreáticos. A paciente se encontra em programação de realização de duodenopancreatectomia. Conclusão: Apesar dos tumores de papila serem tumores raros, os pacientes costumam iniciar o quadro com sintomas vagos e inespecíficos, com dor abdominal, náuseas, vômitos intermitentes, anorexia e distensão abdominal pós-prandial, icterícia intermitente e perda ponderal, contribuindo para um diagnóstico tardio e prognóstico reservado. O início do quadro com pancreatite aguda não é tão comum e pancreatite aguda complicada com pseudocistos pancreáticos se faz menos comum ainda.

PALAVRAS-CHAVES: Cancer | Papila Duodenal | Pancreatite

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 992

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor neuroendócrino de pâncreas ? revisão de casos cirúrgicos dos últimos 4 anos do Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita ? Porto Alegre - RS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), ANTONIO NOCCHI KALIL (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA), GUSTAVO ANDREAZZA LAPORTE (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA), RAFAEL VIEIRA KWIATKOWSKI (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA), RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RAMON MAGALHÃES MENDONÇA VILELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), IAN EUGÊNIO KAULING (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), GIOVANNA MONCINHATTO BOLZAN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA)

RESUMO: Objetivo: avaliar dados epidemiológicos de tumores neuroendócrinos pancreáticos (PNETs), descrevendo características clínicas, estratégias cirúrgicas e complicações em série de casos do serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita (HSR) da Santa Casa de Porto Alegre. Métodos: série de casos de oito indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico em um mesmo centro, entre dezembro de 2012 e maio de 2016. Foi realizada a busca e análise de laudos anatomopatológicos e revisão de prontuários. Os pacientes foram classificados de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a European Neuroendocrine Society Tumors (ENET). Resultados: dos oito pacientes, foram realizadas três gastroduodenopancreatectomias cefálicas, duas pancreatectomias corpo-caudal videolaparoscópicas, e duas enucleações. Quatro casos apresentaram-se com lesão de baixo grau, e quatro com lesão de grau intermediário. Sete apresentaram-se como tumores bem diferenciados, e apenas um como pouco diferenciado. Sete apresentaram-se com apenas uma lesão tumoral e um com múltiplas lesões. Foram observadas metástases hepáticas em dois casos e os critérios para ressecção do tumor primário foram fator compressivo de massa e dor resistente à analgesia. Conclusão: PNETs podem ser ressecados com segurança, sem mortalidade e com mínima morbidade. A presença de metástases está ligada diretamente a identidade do tumor e ao elevado índice mitótico, reservando assim seu prognóstico. Doentes com tumores malignos podem esperar uma sobrevida em longo prazo mesmo no contexto de doença metastática. Pacientes que apresentam PNETs e realizam tratamento em um serviço de referência tendem a experimentar bom prognóstico. Referências Bibliográficas: Öberg K, Knigge U, Kwekkeboom D, Perren A, ESMO Guidelines Working Group. Neuroendocrine gastro-entero-pancreatic tumors: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2012 Oct. 23 Suppl 7:vii124-30. Kunz PL, Reidy-Lagunes D, Anthony LB, et al; North American Neuroendocrine Tumor Society. Consensus guidelines for the management and treatment of neuroendocrine tumors. Pancreas. 2013 May. 42 (4):557-77. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Neuroendocrine Tumors, Version 1. 2015. NCCN. Available at http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/neuroendocrine.pdf.

PALAVRAS-CHAVES: Tumores neuroendócrinos pancreáticos | Ressecção de tumor neuroendócrino pancreático | Epidemiologia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1047

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: INSULINOMA EM CAUDA DE PÂNCREAS:RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AMANDA FERNANDES FREGONEIS (IRMANDADDE SANTA CASA DE CAMPINAS-IRMAOS PENTEADO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Insulinoma corresponde a uma neoplasia neuroendócrina que tem origem nas células beta pancreáticas, causando aumento da produção e secreção de insulina. É considerado raro, mas dentre os tumores neuroendócrinos se revela o mais frequente, sendo mais comum em mulheres e indivíduos entre 40 e 50 anos. Os sintomas são variáveis estando relacionados com jejum prolongado, ganho de peso, alterações visuais e distúrbios psiquiátricos e neurológicos. RELATO DE CASO: Paciente R.S.G.S; sexo feminino, 40 anos, iniciou quadro de síncope, alteração de nível de consciência, depressão, sonolência há três anos. Após longo período de queixas procurou serviço de endocrinologia onde realizou investigação laboratorial e imagem, constatando picos frequentes de hipoglicemia, hiperinsulinemia e nódulo homogêneo na cauda do pâncreas. Foi então encaminhada para este serviço para avaliação e tratamento cirúrgico. CONCLUSÃO: Diante deste caso podemos concluir que o tratamento cirúrgico foi essencial para o bem estar e qualidade de vida da paciente, evoluindo com perda de peso, estabilização da glicemia, melhora do quadro psiquiátrico e neurológico.

PALAVRAS-CHAVES: insulinoma | relato de caso | cirurgia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1056

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem cirúrgica em paciente portador de cisto de Colédoco Todani IB: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO PAULO DE OLIVEIRA GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG), EDSON ANTONACCI JR. (HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG)

RESUMO: Introdução: A dilatação cística de via biliar é uma doença rara e de origem incerta. Pode acometer a porção extra-hepática, ductos biliares intra-hepáticos ou ambos. É diagnosticada mais frequentemente em crianças, porém sua incidência vem aumentando em adultos. Esses cistos têm indicação de ressecção cirúrgica devido suas complicações e pela possibilidade de malignização. Entre as complicações mais comuns da lesão cística de colédoco encontram-se a litíase de colédoco, o carcinoma de vesícula biliar e colédoco, a colangite crônica, a obstrução biliar, a ruptura do cisto, entre outras. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de cisto da árvore biliar do tipo I, enfatizando a raridade da doença, a dificuldade e demora do diagnóstico e o tratamento cirúrgico. Relato de caso: Paciente feminina, 31 anos, com histórico de cirurgia bariátrica à Capella e colecistectomia videolaparoscópica prévias, realizou primeira consulta devido dor abdominal em quadrante superior direito e icterícia, realizado ultrassonografia de abdome total que evidenciou dilatação cística do colédoco. Realizou colangiorressonância sugerindo cisto do colédoco com aparente suboclusivo. Submetida à ressecção cirúrgica do cisto e anastomose bileodigestiva término-lateral entre o colédoco, próximo à união dos ductos hepáticos, e o duodeno por laparotomia. Evoluiu com colangite no 30º dia de pós-operatório, sendo realizado suporte clínico e antibioticoterapia. Realizou colangiorressonância e ressonância de abdome superior com contraste hepatobiliar, evidenciando passagem do meio de contraste dos ductos hepáticos até o duodeno indicando patência da derivação bileodigestiva. Conclusão: A doença cística das vias biliares é uma condição de diagnóstico raro na idade adulta. Pacientes costumam buscar serviços de emergência com queixa de dor abdominal e com alterações laboratoriais. O diagnóstico é retardado e é necessário exame complementar de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética). O tratamento compreende a ressecção da lesão e derivação bileodigestiva, visto risco de transformação maligna.

PALAVRAS-CHAVES: cisto|colédoco|todani

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1064

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MELANOMA MALÍGNO DE DUODENO COM ENVOLVIMENTO PANCREÁTICO TRATADO ATRAVÉS DE PANCREATODUODENECTOMIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO CAÑADA SURJAN (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP), TIAGO BASSÈRES (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP), FABIO FERRARI MAKDISSI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DIGESTIVA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Apesar do intestino delgado ser o principal sítio de metástases gastrointestinais de melanomas malignos cutâneos, melanomas primários de duodeno são extremamente raros. Os sinais clínicos mais comuns são anorexia, perda de peso, dor abdominal difusa e sangramento digestivo. O tratamento cirúrgico é a melhor opção para estes casos, de modo a aliviar os sintomas e tentar alcançar sobrevida à longo prazo. MÉTODO: Paciente feminina de 40 anos apresentando quadro de dor abdominal, anorexia, massa palpável em andar superior do abdome e anemia. Foi submetida à tomografia de abdome que demonstrou massa de 10 cm na quarta porção duodenal. Foi realizada endoscopia com biópsias, com diagnóstico anátomo-patológico de melanoma maligno. Proposta abordagem cirúrgica. Durante avaliação cirúrgica, encontrada massa ocupando o duodeno, se estendendo ao mesocólon e raiz mesenterial e ao processo uncinado do pâncreas. A lesão foi dissecada do mesocólon e raiz mesenterial e uma pancreatoduodenectomia com linfadenectomia realizada. RESULTADOS: O tempo cirúrgico foi de 360 minutos. Perda sanguínea estimada em 250 ml. A recuperação cirúrgica foi sem intercorrências. Anatomia patológica confirmou melanoma maligno de duodeno. Avaliação pós-operatória não diagnosticou nenhuma lesão cutânea suspeita para sítio primário. Sugerido diagnóstico de melanoma primário de duodeno. CONCLUSÃO: O melanoma primário de duodeno é uma lesão extremamente rara que deve ser diferenciada de outros tipos de tumores intestinais. O tratamento cirúrgico agressivo é o tratamento de escolha.

PALAVRAS-CHAVES: melano|duodeno|pancreatoduodenectomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1069

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hemangioma Cavernoso Pancreático em pós-operatório tardio de transplante renal.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA (FCMSCSP), CARLOS VICTORIA NETO (FCMSCSP), ANDRE DE MORICZ (FCMSCSP), ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR. (FCMSCSP), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (FCMSCSP), VICTOR SUBYUNG LEE (FCMSCSP), FABIANA TOLEDO BUENO PEREIRA (FCMSCSP), LAURA CAROLINA LOPEZ CLARO (FCMSCSP)

RESUMO: Introdução Hemangioma pancreático é uma neoplasia sólida primária incomum de difícil diagnóstico devido aos sinais inespecíficos que o paciente apresenta. As características clínicas e imaginológicas podem ser sugestivas de outras lesões como neoplasias neuroendócrinas e sólido-císticas pseudopapilares. Existem poucos casos na literatura, ocorrendo principalmente na infância e no sexo feminino. Apresentamos o caso de uma paciente imunossuprimida, que foi submetida à pancreatectomia corpo-caudal por uma lesão de 9,0 cm, com diagnóstico final de hemangioma cavernoso. Relato de Caso C.M.N., feminina, 68 anos, com quadro de cólica abdominal, diarreia secretória, hiporexia e perda de peso. Apresentava hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo e um transplante renal 17 anos antes, em uso de imunossupressores. Palpava-se tumoração em hipocôndrio esquerdo. À Tomografia computadorizada de abdome evidenciava-se nódulo heterogêneo com calcificação parietal caudal de 6,8 cm x 5,8 cm. A Ressonância de abdome revelou formação expansiva sólido-cística heterogênea e circunscrita, com calcificações periféricas, no segmento caudal medindo 9,0 cm x 6,4 cm. A eco-endoscopia com punção demonstrou lesão hipoecóica, irregular e heterogênea, com áreas císticas, medindo 6,8 cm x 5,8 cm, sem invasão vascular e linfonodomegalia, sendo descrita como linfocele. Por suspeita de tumor neuro-endócrino, indicou-se pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia. A peça cirúrgica tinha 10,0 x 8,5 x 8,0 cm, com superfície lisa e coloração heterogênea, com pequena faixa de tecido pancreático, sendo o restante constituído por tumor heterogêneo com áreas sólidas e císticas com conteúdo hemorrágico. Histologicamente, apresentava proliferação de lacunas vasculares irregulares de tamanhos variados, preenchidas por hemácias e sem atipias celulares do endotélio. O estudo imunohistoquímico foi positivo para CD34, confirmando origem vascular. Conclui-se se tratar de um hemangioma cavernoso em corpo e cauda de pâncreas. Conclusão Devido à pequena quantidade de casos publicados na literatura somada as características inespecíficas desse raro tipo de lesão é difícil estabelecer um diagnóstico precoce. A relação entre imunossupressão e o desenvolvimento de hemangiomas é ainda mais rara de modo a suscitar dúvida quanto sua correlação.

PALAVRAS-CHAVES: hemangioma cavernoso pancreático | imunossupressão | pancreatectomia corpo-caudal

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1081

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor Neuroendócrino Metastático de Pâncreas: relato de um caso assintomático

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA MARQUEZIN GIACOMELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), RAYSSA RUSZKOWSKI DO AMARAL (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), NATHÁLIA PALUDO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), BIANCA ZANETTE DE ALBUQUERQUE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS), CHRISTINA CAMPANA DUARTE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PUCRS)

RESUMO: Introdução: Os tumores neuroendócrinos de pâncreas (TNP) são um tipo de tumor pouco frequente, representando 2% de todas as neoplasias pancreáticas. São neoplasias originadas de células endócrinas do pâncreas e que podem produzir diferentes síndromes clínicas de acordo com o tipo de secreção hormonal (funcionantes) - gastrinomas, glucagonomas, insulinomas, somatostatonomas, ou não produzir síndromes clínicas e manifestar-se por compressão local e invasão de estruturas adjacentes ou à distância (não-funcionantes). Os TNPs acometem principalmente indivíduos do sexo masculino e com mais de 45 anos de idade e a maioria dos sintomas como dor, náusea, inapetência, sangramento, diarreia, eritemas cutâneos, hipo ou hiperglicemia, hipopotassemia, é causada pelo excesso de hormônios endócrinos. Relato do Caso: Mulher, 69 anos, buscou atendimento por queixa de dor em hipogástrio resistente à analgesia. Ao exame físico observou-se dor abdominal à palpação profunda; sem outras particularidades. À ecografia abdominal observou-se uma imagem nodular heterogênea lobulada em cabeça de pâncreas e outra ovalada com área cística central em região hepática. À tomografia computadorizada (TC) de abdome observou-se lesão expansiva com densidade de partes moles e contendo zonas centrais hipodensas, medindo cerca de 4,5x2,9cm, em transição entre processo uncinado e cabeça pancreática. Notou-se duas lesões hipervasculares no fígado, a maior medindo cerca de 8,2x6,5cm, com componente central hipodenso, e outra medindo 2,0x1,2cm. Realizou-se duas biópsias hepáticas guiadas por TC, ambas indicando parênquima com infiltrado inflamatório, discreta fibrose periportal e ausência de neoplasia. Exames complementares como colonoscopia e mamografia não demonstraram anormalidades. A paciente foi, então, submetida à videolaparoscopia para elucidação diagnóstica com biópsia hepática e exame de congelação, o que evidenciou neoplasia neuroendócrina metastática. A paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta com acompanhamento ambulatorial. Conclusão: O principal tratamento para os TNPs é a ressecção cirúrgica da lesão associado a terapias direcionadas ao fígado, principal sítio de metástases, que pode apresentar algum benefício paliativo. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente assintomática para esse tipo de neoplasia e alertar sobre a atenção necessária aos TNPs não-funcionantes, visto que, muitas vezes, devido à ausência de sintomatologia, podem passar despercebidos.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor Neuroendócrino Pancreático | Tumor Carcinoide Pancreático | NETs

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1085

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estratégia Diagnóstica E Conduta Cirúrgica Na Síndrome Colestática: Relato De Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROLANDO GUTIERREZ ROSALES (ITPAC ARAGUAINA), RACHEL CARVALHO COELHO (ITPAC), OTÁVIO LIMA DE ARRUDA JÚNIOR (ITPAC), RONE ANTONIO ALVES ABREU (ITPAC), JOÃO MANOEL SANTOS BOTELHO (ITPAC), OSMAR GOMES CARVALHO JÚNIOR (ITPAC), YURI GUILHEM RACHID JAUDY (ITPAC), DÉBORA COELHO DUARTE (ITPAC)

RESUMO: Introdução: A icterícia, consiste no depósito de bilirrubina(Bi) na pele e mucosas, uma vez elevadas no plasma. Esse aumento é devido a perturbações no metabolismo da Bi, sendo manifestação clínica de doenças hepáticas e não hepáticas como coledocolitíase, doenças hematológicas, neoplasias periampulares e lesões iatrogênicas, sendo a investigação etiológica mandatória. Relato de Caso: Paciente de 51 anos, masculino, com colecistectomia previa há um mês, deu entrada no Hospital Regional de Araguaína. Apresentava-se icterico e com níveis de Bi elevados (20mg/dl) e USG de Abdome Total que evidenciou microcoledocolitíase distal com dilatação a montante sugerindo coledocolitíase residual. Na internação os níveis de Bi aumentaram ate 40mg/dl suspeitando-se de lesão iatrogênica. Foi realizada laparotomia com drenagem de vias biliares e remoção da parede posterior da vesícula remanescente e colangiografia intraoperatoria mostrando sinal de cálice invertido indicativo de cálculo no colédoco. Posteriormente uma colangiopacreatografia retrógrada endoscópica foi indicada e utilizada a técnica de Rendezvous com a passagem de fio guia pelo dreno transcístico, realizado dilatação de papila com balão hidrostático e litotripsia do cálculo, com retirada com balão extrator. A colangiografia se seguiu sem falhas de enchimento e com boa drenagem do contraste. Conclusão: colecistectomia com vesícula remanescente aumenta a chance de cálculo residual. Sabe-se que a sensibilidade da Ultrassonografia Abdominal varia de 20 a 80%, foram observados apenas microcálculos que não justificavam o grau de hiperbilirrubinemia. Foi optado a colangioressoância que possui indicação em detrimento da CPRE, uma vez que ela possui boa sensibilidade (acima de 90%), não é invasiva. Já a CPRE é o padrão ouro para a avaliação da região biliopancreática, detém a maior acurácia, entre 90-100%, sendo também terapêutica e com taxas de complicação de 1 - 7%, como hemorragias, pancreatite e sepse e mortalidade em torno de 1%.

PALAVRAS-CHAVES: Icterícia | Hiperbilirrubinemia | Cirurgia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1102

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cálculo remanescente como complicação pós colecistectomia- relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FABIANA DA SILVA MADEIRA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), ANDRE DE MORICZ (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), MARCOS BELOTTO DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR. (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), ANDRE MARANTES MASCIARELLI PINTO (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), LUCAS MORETO BETINI (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: A colecistectomia no tratamento da colelitíase resolve cerca de 85% dos casos. No entanto 7 a 15% dos pacientes apresentam alguma síndrome pós colecistectomia. Os sintomas variam desde gastrointestinais até sintomas biliares. Dentre as etiologias destacam-se coledocolitíase, cálculo em remanescente de vesícula biliar, estenose do esfíncter de Oddi, remanescente infundibular e principalmente a síndrome do coto cístico. Relato de caso: MMOT, feminino, 58 anos, natural e procedente de São Paulo, com queixa de dor epigástrica há 18 meses. Paciente em acompanhamento no ambulatório de cirurgia da Santa Casa de São Paulo com quadro de dor epigástrica e em hipocôndrio direito associado a náuseas há 18 meses, com piora a ingesta de alimentos gordurosos. Negava icterícia, febre ou perda de peso. De antecedentes relevantes a paciente apresentava pós-operatório de 2012 de colectomia esquerda ampliada por um adenocarcinoma de cólon moderadamente diferenciado T4N1M0 com tratamento adjuvante com quimioterapia (FOLFOX) e um pós-operatório 16 anos de colecistectomia em outro serviço. Ao exame a paciente apresentava-se assintomática com cicatriz mediana infra umbilical e cicatriz subcostal direita onde evidenciava-se orifício de dreno. Laboratorialmente não apresentava alterações. O ultrassom mostrava uma estrutura cística dilatada no hilo hepático, contendo cálculo de 1,9 cm, prosseguindo a investigação foi realizada tomografia que mostrava imagem radiodensa medindo 1,4 cm, no leito vesicular, aparentemente fora do ducto hepatocoledoco e provável cálculo residual, possivelmente na transição infundíbulo ductal da vesícula biliar. Foi indicada ressecção do leito vesicular residual por videolaparoscopia. A paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no primeiro dia pós-operatório. Conclusão: O cálculo remanescente em infundíbulo é uma complicação rara e de difícil diagnóstico. Nos estudos quando comparado às colecistectomias videolaparoscópicas com as colecistectomias abertas a primeira tem maior tendência a manter um coto cístico maior, maior tendência a colecistectomias subtotais e maior tendência a retirada inadvertida incompleta da vesícula biliar.

PALAVRAS-CHAVES: colecistectomia | calculo biliar | complicações

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1130

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICAÇÃO DE COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO OLIVEIRA DE MENEZES QUITETE DE CAMPOS (UNISA-SP), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA-SP), STEPHANIE SANTIN (UNISA-SP), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), PAULA BERGAMASCO DA SILVA (UNISA-SP), BETINA NOVAES LISBOA (UNISA-SP), ISABELLA HELENA MARTINS TEODORO (UNISA-SP)

RESUMO: IntroduçãoA colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é utilizada em grande escala atualmente para o tratamento das doenças biliares. As principais complicações descritas são a pancreatite, colangite, perfuração e hemorragia, que tem taxa de mortalidade menor que 1%. O hematoma subcapsular hepático é uma complicação rara e pouco descrita. O objetivo desse caso é relatar hematoma subcapsular hepático como complicação rara de CPRE e revisão da literaturaApresentação do casoL. S. G., 47 anos, sexo feminino, procurou o serviço, referindo dor em cólica no hipocôndrio direito com irradiação para o dorso há 4 dias, associado a icterícia e colúria. Ao exame físico apresentava-se icterícia +/4+, com dor a palpação em hipocôndrio direito e sinal de Murphy negativo. Foi procedido a investigação diagnóstica a qual resultou num diagnóstico de coledocolitíase.Após o diagnóstico foi então realizada uma CPRE de caráter terapêutico, durante o procedimento foi feita uma papilotomia ampla, observando após a papilotomia saída de bile escura e secreção purulenta. Para a retirada de um cálculo impactado no colédoco foi utilizado balão dilatador de 18mm sendo o procedimento realizado com dificuldade. No pós-operatório o paciente evoluiu com vômitos, náuseas e dor abdominal difusa. No segundo dia de evolução, a paciente apresentou queda de Hb, com valor de 5,6 g/dL, necessitando de transfusão sanguínea.Solicitado então nova TC de abdome total, que foi realizada sem o uso do contraste intravenoso devido a função renal da paciente. Nas imagens da TC foi observado importante hematoma subcapsular hepático como identificado nas figuras 1 e 2.Durante a evolução, paciente apresentou piora do quadro e evoluiu com choque séptico, piora das escórias nitrogenadas refrataria as medidas, com irreversibilidade do quadro e evolução ao óbito no 7º dia pós-operatório.ConclusãoO hematoma subcapsular hepático é uma complicação potencialmente fatal, rara e deve ser sempre considerado na presença de dor abdominal persistente associada à hipotensão e taquicardia após a CPRE. Devido à raridade dessa intercorrência, a patogênese continua incerta, sendo necessário maiores estudos para determiná-la. Na maioria dos casos, o tratamento conservador é suficiente. Se necessário intervir, a drenagem percutânea é um tratamento eficaz. A abordagem cirúrgica é aconselhável em caso de risco de ruptura do hematoma, sinais de peritonite e presença de líquido livre abdominal.?

PALAVRAS-CHAVES: Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica | Coledocolitíase | hematoma hepático

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1144

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor Pancreático Metastático: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FRANCISCO CALLEJAS NETO (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), PAOLA COSTA REIS (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), BRUNO LOMBARDI FARIAS (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS)

RESUMO: Introdução O carcinoma de células claras renais (RCC) é o principal tumor renal. Apresenta metástases tardias, em até metade dos casos, com predileção para pulmão, ossos, fígado. Tumor metastático do pâncreas de outros sítios primários é raro, sendo responsável por menos de 5% das neoplasias pancreáticas. Apenas 3% são de RCC, sendo sua maioria de lesão única. Apenas metade dos casos são sintomáticos variando de dor abdominal, sangramento gastrointestinal, pancreatite e Diabetes Mellitus, a depender da localização. As vias de disseminação mais aceitas são a linfática e a hematogênica. O tratamento preconizado é a ressecção cirúrgica, principalmente nas lesões únicas. Quando há metástase multifocal, a indicação se torna controversa para alguns autores, apesar de ocorrer aumento da sobrevida em 5 anos. A quimioterapia e radioterapia demonstraram-se ineficientes e não há estudos suficientes comprovando a eficácia da terapia hormonal. Relato de caso JLS, 65 anos, sexo feminino, com queixa de dispepsia, hipertensa, portadora de intolerância à glicose com antecedente de nefrectomia esquerda há 15 anos por RCC sem tratamento adjuvante. Foi realizada Tomografia Computadorizada de controle evidenciando quatro lesões nodulares de pâncreas com hiperrealce arterial pelo contraste, a maior delas em região de cabeça medindo 33x30 mm, determinando dilatação do ducto pancreático principal (medindo até 10mm), bem como atrofia parenquimatosa a montante com íntimo contato com artéria gastroduodenal, veia mesentérica superior, junção esplenomesentérica, terço proximal da veia porta, com porção intrapancreática do ducto coledoco e com o bulbo duodenal. Em janeiro de 2017, foi submetida à duodenopancreatectomia com esplenectomia associada à ressecção de vias biliares extra-hepática com derivação biliodigestiva e linfadenectomia. Anatomopatológico comprovando neoplasia epitelial nodular multifocal de células claras com 04 focos localizados em corpo e cauda de pâncreas com atipia citológica discreta sem invasões angiolinfática e perineural não-detectadas. Margens pancreáticas, profunda e biliares livres de neoplasia. Conclusão O tumor pancreático metastático de RCC é entidade rara, evidenciada tardiamente após nefrectomia. Apenas um terço é caracterizado como lesões multifocais e o tratamento cirúrgico ainda é a escolha, por mostrar aumento da sobrevida em 05 anos.

PALAVRAS-CHAVES: carcinoma de células claras renais | Duodenopancreatectomia | metástase pancreática

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1148

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Hemobilia traumática: Relato de caso e revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LARISSA RODRIGUES FREESZ (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), VINICIUS COELHO MACHADO SILVA (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), PEDRO HENRIQUE MATOS GONÇALVES (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), ELIAKIM MASSUQUETO ANDRADE GOMES DE SOUZA (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE), PAULO ROBERTO LIMA CARREIRO (HOSPITAL UNIMED BELO HORIZONTE)

RESUMO: **OBJETIVO** O trauma é um dos maiores problemas de saúde pública, sendo a principal causa de morbimortalidade na população pediátrica. Cerca de 80% dos traumas pediátricos são contusos, decorrentes de acidentes automobilísticos, bicicletas e quedas. O tratamento conservador é possível na maioria dos casos de lesões de vísceras maciças em pacientes pediátricos, e a intervenção cirúrgica é necessária em apenas 4% dos casos de trauma hepático. Contudo, o tratamento conservador é sujeito a complicações precoces e tardias, o que justifica o seguimento dos pacientes. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de trauma hepático em criança abordado de forma conservadora, que evoluiu com hemobilia. **MÉTODOS** As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e revisão de literatura. **RESULTADOS** E.R.A., 6 anos de idade, sexo feminino, foi vítima de trauma abdominal fechado após queda de bicicleta. Ao exame físico, foi observado "sinal do guidão". Tomografia computadorizada evidenciou lesão hepática grau IV, sem escape de contraste. Foi optado por tratamento conservador com monitorização e avaliação seriada. A paciente evoluiu sem intercorrências durante a internação, e recebeu alta hospitalar após 7 dias, com seguimento ambulatorial. No décimo segundo dia após o trauma, a paciente foi readmitida devido a dor abdominal, vômitos borráceos e melena. Ao exame, apresentava-se estável hemodinamicamente, sem irritação peritoneal. Tomografia computadorizada evidenciou hemobilia. Doppler hepático identificou pseudo-aneurisma da artéria hepática. Foi optado por tratamento através de embolização arterial. A paciente apresentou resolução do quadro, e recebeu alta hospitalar após 7 dias do procedimento. **CONCLUSÃO** A lesão hepática secundária a trauma abdominal fechado na população pediátrica possui bons resultados com o tratamento conservador, sendo baixas as taxas de abordagem cirúrgica e de complicações. Nesses pacientes, a hemobilia é uma complicação rara, e o tratamento com técnicas minimamente invasivas apresenta bons resultados.

PALAVRAS-CHAVES: Hemobilia | Pseudo-aneurisma de artéria hepática | Trauma hepático contuso em criança

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1149

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adenomioma da Papila de Vater: relato de caso e revisão da literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IZABELA SINARA SILVA ALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES), ISABELA BARTELLI FONSECA (UNIFESP), AURENIVEA CUERCI CAZZOTTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES), RENAN TORRES CAETANO DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES), TALITHA MARIA MARTINS FOSSE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES), LARISSA RAQUEL SILVA COSTA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES), JOSE ALBERTO DA MOTTA CORREIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES), ALBERTO BUGE STEIN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES)

RESUMO: Introdução: Neoplasias benignas das vias biliares externas são entidades raras, sendo que até 2003 somente 33 casos de adenomiomas/hiperplasia adenomiomatosa foram reportados na literatura. A sua importância está nos seus sintomas, muito semelhantes aos de neoplasias malignas de mesma localização. Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 51 anos, procurou o serviço de oncologia clínica em julho de 2016 para investigação de perda ponderal de 18 kg em aproximadamente quatro meses. Ao exame físico, não apresentava icterícia, prurido ou dor abdominal. Em agosto foi submetida à endoscopia digestiva alta e baixa, ambos dentro do padrão da normalidade, assim como os marcadores tumorais (CEA, CA-125, CA-19.9). Exames laboratoriais evidenciaram discreto aumento de fosfatase alcalina, sem qualquer outro achado de colestase. Em seguida, realizou-se tomografia computadorizada (TC) de pelve e abdome, na qual foi descrita a presença de pequena área de realce mal definida localizada na porção intra-pancreática do colédoco distal, junto à transição com a papila duodenal, caracterizada apenas na fase tardia do estudo dinâmico, inespecífica e medindo 0.9 cm, sugestivo de colangiocarcinoma ou neoplasia de papila duodenal. A fim de esclarecer a etiologia da lesão, a paciente foi encaminhada ao serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo; realizou duodenoscopia, a qual não apresentou qualquer alteração e nova TC de abdome e pelve, nas quais se mantiveram as alterações descritas anteriormente, exceto por discreto aumento da dilatação das vias biliares à montante da lesão, sem dilatação do ducto pancreático principal. Diante dos resultados e da dificuldade de descartar lesão maligna, foi realizada em janeiro de 2017 gastroduodenopancreatectomia associada a linfadenectomia retroperitoneal. Na análise anatomopatológica fechou-se o diagnóstico de adenomioma da papila de Vater. Conclusão: Apesar dos diferentes métodos de propedêutica no pré-operatório, as dificuldades em estabelecer a natureza benigna da lesão (mesmo com a realização de biópsia, que quando negativa não exclui malignidade em definitivo) e a possibilidade de recidiva com a ressecção local fazem com que o tratamento de escolha seja a ressecção ampla da mesma. Neste caso, pelo seu aspecto nos exames de imagem e quadro clínico da paciente, foi optado por realização de gastroduodenopancreatectomia.

PALAVRAS-CHAVES: Adenomioma | Papila de Vater | Gastroduodenopancreatectomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1198

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COLANGITE AUTOIMUNE ASSOCIADO À COLEDOCOLÍASE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SUELEN SAMPAIO LAUER (HUCAM - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES), GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES), PAULO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Colangite Autoimune (CAI) é uma entidade nosológica recente, descrita inicialmente em 2004, de etiologia ainda não bem esclarecida, que difere da Colangite Esclerosante Primária pela boa resposta à imunossupressão com corticosteroides, ausência de associação com Doença Inflamatória Intestinal, altos títulos de IgG4 e AMA negativos, contudo a apresentação clínico-radiológica muito se assemelha à CEP, com estenoses biliares nos canais biliares intra-hepáticos, extra-hepáticos proximais e/ou intrapancreáticos. Ainda são escassos os relatos de casos associado à CAI e não encontramos descrições de sua associação à coledocolitíase na revisão de literatura realizada. RELATO DO CASO. Nosso Objetivo é descrever caso de paciente de 50 anos, sexo masculino com diagnóstico de Colangite Autoimune com boa resposta aos corticosteroides por ocasião do diagnóstico em 2014. Porém foi readmitido em 2017 com queixa de febre, sudorese, emagrecimento, epigastralgia principalmente pós alimentar associado a náusea leve, além de aumento de transaminases e de enzimas canaliculares, Bilirrubina Total de até 1,56 BD 0,67 sem resposta adequada a corticosteroides. Em prosseguimento da investigação diagnóstica foi realizado colangiRNM, e CPRE que observou papila de aspecto normal, presença de grande cálculo redondo de aproximadamente 3 cm impedindo enchimento da árvore biliar adjacente e com impossibilidade de extração do cálculo pela via endoscópica. Procedido intervenção cirúrgica em que se observou: processo inflamatório intenso de vesícula biliar e vias biliares extrahepática, caracterizando Mirizzi Grau IV, múltiplos cálculos grandes em colédoco e Bile purulenta. Paciente submetido à Colecistectomia, exploração das vias biliares e Derivação Bileodigestiva em Y-Roux, utilizando-se Ducto hepático comum. Apresentou boa evolução no pós-operatório, permaneceu com Ceftriaxona e Metronidazol 5 dias e recebeu alta ao 5º PO com dreno TuboLaminar retirado ao 12º PO e resolução do quadro clínico. CONCLUSÃO. A Colangite Autoimune é uma doença reconhecida relativamente recente e sua etiologia e evolução carecem de mais estudos. Diante de um diagnóstico como o tal, em paciente em crise não se deve excluir da propedêutica a investigação de causas secundárias, como a litíase das vias biliares, que assim como ocorre na CEP, pode correr de uma complicação secundária a estas entidades (CEP ou CAI), sugestivamente pela mesma patogênese, dado as semelhanças clínicoradiológicas de ambas.

PALAVRAS-CHAVES: colangite autoimune | IgG4 | Coledocolitíase

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1216

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA E PSEUDOCISTO PANCREÁTICO COMO COMPLICAÇÃO DE PANCREATITE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FERNANDA VEIGA GONÇALVES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), GABRIELA TRINDADE GÓES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), PEDRO AUGUSTO BISI DOS SANTOS FO. (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A pancreatite é uma afecção com amplo espectro de apresentação, podendo, inclusive, ser fatal. Pode manifestar-se com caráter leve e autolimitado, com desaparecimento de sintomas em poucos dias. Entretanto, deve ser vista com cuidado devido às possíveis complicações, destacando-se os pseudoaneurismas peripancreáticos, sendo os mais comuns os de artéria esplênica, com prevalência de 60% (de todos os aneurismas de artérias esplênicas) e considerado a mais severa manifestação dentre as complicações vasculares. RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, 45 anos, ex- tabagista e ex-etilista iniciou há 3 meses dor abdominal associada à náuseas e vômitos, perda ponderal de cerca de 10 kg, melena, icterícia e colúria. Após piora clínica, diagnosticado com pancreatite crônica agudizada. Após tratamento clínico, apesar da melhora laboratorial, manteve-se sintomático. Realizada endoscopia digestiva alta com evidência de abaulamento extrínseco em parede gástrica posterior. Tomografia computadorizada e ressonância magnética de abdome evidenciaram formação cística relacionada à cauda pancreática insinuando-se do retroperitônio para o tórax envolvendo a junção esofagogástrica de 13,6 x 11,2 x 6,7 cm sugestiva de pseudocisto pancreático; No retroperitônio, volumoso hematoma na topografia do corpo e cauda do pâncreas deslocando anteriormente o antro gástrico de 8,5 x 4,8cm; Fluxo pelo meio de contraste no interior do hematoma relacionado ao segmento médio da artéria esplênica em aspecto que sugere pseudoaneurisma. Paciente submetido à laparotomia exploradora evidenciando-se pâncreas endurecido e cisto aderido em retroperitônio, tronco celíaco, hilo esplênico e parede gástrica posterior; Colo e corpo pancreático com aumento de tamanho secundário ao pseudoaneurisma, comprimindo o hilo hepático. Optou-se por realizar esplenectomia, com abertura de lesão cística de retroperitônio e saída de líquido hemático. Durante dissecação de veia mesentérica superior abaixo do pâncreas, observado infiltração de sua porção anterior pela lesão cística, não sendo possível a realização de túnel pelo colo do pâncreas, assim as estruturas não puderam ser individualizadas. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 7º pós operatório. CONCLUSÃO: Pseudoaneurisma de artéria esplênica tem como principal causa pancreatite e é uma rara lesão vascular.Sua ruptura acarreta importante risco à vida e sem o tratamento cirúrgico a taxa de mortalidade é bastante elevada.

PALAVRAS-CHAVES: PANCREATITE | ARTÉRIA ESPLÊNICA | CIRURGIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1234

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR PSEUDOPAPILÍFERO SÓLIDO-CÍSTICO PANCREÁTICO GIGANTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA (IJF), EDUARDO HENRIQUE CUNHA NEVES FILHO (ICC), SALENA SILVA SOUZA (IJF), FRANCISCO MATHEUS TAVARES FERNANDES VIEIRA (IJF), JOB FERREIRA DE ANDRADE NETO (IJF), HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO (IJF), JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA (IJF)

RESUMO: Introdução: O tumor pseudopapilífero sólido-cístico pancreático é uma neoplasia rara do pâncreas, sendo descrito pela primeira vez por Frantz em 1959. A maioria dos pacientes são mulheres jovens e na maior parte dos casos não há sintomas. Em geral, esses tumores possuem um comportamento indolente, raramente recorrendo localmente ou produzindo metástases após a ressecção completa. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 29 anos, iniciou quadro progressivo de dor abdominal de leve intensidade, associada a aumento progressivo do volume abdominal. Negava febre, perda ponderal, adinamia ou hiporexia. Ao exame físico, estado geral bom, eupnéica, normocorada, presença de massa abdominal palpável, fibroelástica, volumosa, em mesogástrio. Realizada tomografia de abdome com contraste que mostrou lesão tumoral sólido-cística de grandes dimensões em topografia de corpo e cauda do pâncreas. Indicada abordagem cirúrgica, que evidenciou tumor lobulado gigante em transição do corpo e cauda do pâncreas, sendo realizada pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia total. Peça cirúrgica foi enviada para análise. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta sem complicações. Histopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de tumor pseudopapilífero sólido-cístico pancreático, medindo 18,0 x13,0 cm, sem evidências de malignidade na peça. No seguimento pós-operatório com 30 e 60 dias, paciente permaneceu assintomática, com ferida operatória com boa cicatrização. Conclusão: O tumor de Frantz é uma neoplasia pancreática rara e de diagnóstico clínico incerto. Por seu potencial de malignidade, sugere-se a ressecção cirúrgica, pela necessidade de análise histológica para confirmação do diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR DE FRANTZ|PANCREATECTOMIA|CIRURGIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1279

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CÂNCER DE VESÍCULA BILIAR EM COLECISTECTOMIAS ELETIVAS: INCIDENCIA EM 948 COLECISTECTOMIAS ELETIVAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), ÁLISSON DUARTE MARTINS (FACID), RAFAELA RABELO DE SOUSA (FACID), BRENDA PAULA BRITO LOBÃO (FACID), VITORIA NEIVA PINHEIRO CORREIA (FACID), LAYANE DUARTE SILVA (FACID), ISABEL DE SOUSA MELO (FACID)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O tumor biliar foi descrito em 1777 por DeStoll como a mais importante e letal doença que atinge as vias biliares ocupando o 7º lugar entre as doenças malignas que atingem o sistema digestório. São diversos fatores de risco identificados tais como: gênero feminino, idade avançada, anomalias na junção hepatobiliar, microcalcificações focais na mucosa e principalmente a litíase biliar, considerado o mais prevalente e importante fator de risco para o desenvolvimento neoplásico. O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma totalizando 80% dos casos. OBJETIVOS: Realizar levantamento epidemiológico da incidência de câncer nas colecistectomias eletivas realizadas no hospital público de referência em Teresina, Piauí no ano de 2012. MATERIAIS E METODO: Pesquisa documental, retrospectiva, caráter descritivo e abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu através da revisão das fichas histopatológicas do pacientes submetidos à colecistectomia eletiva. Os parâmetros avaliados foram sexo, idade e tipo histológico. RESULTADOS: Entre os 948 pacientes submetidos à colecistectomia no ano de 2012 observamos uma incidência de 0,8% (8 pacientes) dos casos foram diagnosticados com câncer de vesícula biliar, 93,8% (889 pacientes) com colecistite crônica calculosa, 3,2% (30 pacientes) com colecistite crônica, 2,1% (20 pacientes) com colecistite crônica agudizada e apenas 0,1% (1 paciente) com pólipos mucosos. Dos pacientes com câncer de vesícula 87,5% (7 pacientes) eram do sexo feminino e 12,5% (1 paciente) do sexo masculino, com idade variando de 49 a 82 anos e média de 66 anos. Quanto ao padrão histológico, observamos que 6 casos eram de adenocarcinoma do tipo bem diferenciado (75%), 1 do tipo mucinoso (12,5%) e 1 neoplasia maligna biliar metastática pouco diferenciada (12,5%). DISCUSSÃO: O câncer de vesícula biliar segundo a literatura é encontrado de forma incidental em 1 a 2% das colecistectomias eletivas. A litíase biliar é fator incontestável na etiopatogenia da neoplasia, o trauma crônico e a inflamação da mucosa da vesícula produzida pelos cálculos pode induzir a displasia do epitélio biliar. CONCLUSÃO: A prevalência de neoplasia de vesícula biliar em colecistectomias eletivas foi de 0,8% no estudo, sendo o tipo histológico mais prevalente foi o adenocarcinoma. Dessa forma o seguimento ambulatorial com a valorização do histopatológico após a alta são de extrema importância para o prognóstico da doença.

PALAVRAS-CHAVES: ADENOCARCINOMA | VESÍCULA BILIAR | INCIDENTAL

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1289

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CIRURGIA DE APPLEBY MODIFICADA UTILIZANDO ARTERIA ESPLÊNICA AUTÓLOGA PARA RECONSTRUÇÃO ARTERIAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO MARCIO VIERA DE OLIVEIRA (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), ANNE CAROLINE PAIVA BALDEZ (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), STEFANO DO AMARAL FIUZA (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), CAMILA LIBERATO GIRAO (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), LEANDRO MOREIRA SAVATTONI PIMENTEL (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), RONALDO DE OLIVEIRA ANDRADE (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), FELIPE PEDREIRA TAVARES MELLO (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE), EDUARDO DE SOUZA MARTINS FERNANDES (HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE)

RESUMO: RESUMO A operação de Appleby é uma cirurgia inicialmente descrita para tratamento cirúrgico de tumores gástricos com invasão de tronco celíaco. Posteriormente foi adaptada e utilizada em casos de neoplasia maligna do corpo e cauda do pâncreas com invasão de tronco celíaco, sendo hoje sua principal indicação. A cirurgia de appleby contempla a ressecção completa do tronco celíaco, estabelecendo a irrigação arterial para o fígado através da inversão do fluxo da artéria gastroduodenal, proveniente das artérias pancreatoduodenais que são ramos diretos da artéria mesentérica superior. Frequentemente a inversão do fluxo arterial gastroduodenal não é suficiente, podendo evoluir com isquemia hepática. Diante deste cenário, temos a opção da embolização da artéria hepática no pré-operatório, hipertrofiando a artéria gastroduodenal, gerando condições adequadas para a cirurgia de appleby. Outra opção é a cirurgia de Appleby modificada onde utilizamos um enxerto arterial do segmento ressecado entre a artéria hepática comum e a origem do tronco celíaco, estabelecendo um fluxo arterial hepático mais fisiológico e efetivo, evitando isquemia. **RELATO DE CASO** Relatamos um caso do paciente EMZ, masculino, 61 anos, hipertenso, diabético, internado com diagnóstico de tumor em corpo de pâncreas com invasão de tronco celíaco, sendo realizado pancreatectomia corpocaudal + esplenectomia + ressecção de tronco celíaco, conforme a descrição da cirurgia de appleby. Durante o ato cirúrgico após ressecção em bloco de da peça observamos origem de tronco celíaco livre de doença e artéria gastroduodenal fina. Optamos em realizar a cirurgia de appleby modificada utilizando enxerto de artéria esplênica retirado da peça cirúrgica entre a artéria hepática comum e origem de tronco celíaco. No pós-operatório, paciente obteve boa evolução clínica, com fluxo hepático adequado, sem complicações isquêmicas ou vasculares. **CONCLUSÃO** Diante do caso relatado, podemos concluir que a cirurgia de appleby modificada com reconstrução arterial com enxerto autólogo de artéria esplênica é uma boa opção para pacientes com tumores de corpo de pâncreas com invasão do tronco celíaco, permitindo uma reconstrução sem uso de prótese, estabelecendo um fluxo sanguíneo arterial mais fisiológico, efetivo e sem custo adicional, diminuindo a probabilidade de complicações isquêmicas do fígado e de reação a corpo estranho.

PALAVRAS-CHAVES: APPLEBY | PANCREATECTOMIA CORPOCAUDAL | TRONCO CELIACO

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1294

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento endoscópico do adenocarcinoma da papila duodenal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ZILBERSTEIN (GASTROMED), MAURICE YOUSSEF FRANCISS (GASTROMED), LEANDRO CARDOSO BARCHI (GASTROMED), DANILO BUGALHO GALDIANO (GASTROMED), DEIVID GRINBERGAS MIZIARA (GASTROMED), EDUARDO LINS LIMA (GASTROMED), MARIA ALICE DE SOUZA FONSECA (UNIVERSIDADE SAO LEOPOLDO MANDIC), MARCELA GONCALVES FERREIRA (UNIVERSIDADE SAO LEOPOLDO MANDIC)

RESUMO: Introdução: A papila duodenal maior é uma estrutura mamilar situada na 2ª porção do duodeno. O adenocarcinoma de papila duodenal representa 0,2% dos tumores gastrointestinais. Sua etiologia é incerta, mas sabe-se que o sexo masculino é mais acometido (2:1) e que geralmente incide acima dos 70 anos. Normalmente apresenta-se como um quadro pancreatobiliar obstrutivo com icterícia. O tratamento pretensamente radical é a pancreatoduodenectomia ou eventualmente a excisão local. A primeira tem altas taxas de morbidade (27-52%) e mortalidade (3-9%). Já a ressecção local tem menor morbimortalidade (0-3%) e pode ser indicada em tumores precoces e menores de 4 cm. Objetivo: Chamar a atenção para a possibilidade do tratamento endoscópico de tumores da junção biliopancreatoduodenal. Relato de caso: Paciente de 79 anos, com quadro de icterícia há 15 dias e emagrecimento de 10% nos últimos 2 meses. Negava outros sintomas. Exames laboratoriais mostravam: TGO 193U/L; TGP 282U/L; BT 9.3mg/dL ; BD 8,3mg/dL. A ultrassonografia abdominal mostrou vesícula biliar distendida com paredes finas, colédoco (15mm) com afilamento em ponta de lápis e vias biliares dilatadas. A colangiressonância revelou redução abrupta do calibre da via biliar extra-hepática em topografia da papila duodenal, sem fator obstrutivo. Ecoendoscopia, demonstrou ducto pancreático dilatado em toda sua extensão, colédoco dilatado contendo barro biliar em seu interior; papila com lesão hipoecóica de cerca de 1,5cm (T1 n0 M0), com limites mal definidos, pertencente à primeira camada (hiperecóica) e que correspondia a mucosa superficial. Em função deste achado, idade do paciente e estado geral optou-se por papilectomia endoscópica realizada sem intercorrência. A seguir, foi colocada prótese plástica 5Fr x 5cm no ducto pancreático principal para prevenir eventual pancreatite. O exame anatomopatológico confirmou diagnóstico de Adenocarcinoma bem diferenciado com margens de ressecção coincidentes. No pós-operatório houve diminuição da icterícia sem elevação das enzimas pancreáticas. O paciente teve boa evolução, recebendo alta hospitalar no 2º PO. Conclusão: A ressecção do local endoscópica do tumor de papila duodenal apresenta vantagens como: ser técnica minimamente invasiva, menor perda sanguínea, menor probabilidade de infecções e menor tempo de internação, contribuindo para a boa evolução pós-operatória e recuperação mais rápida, embora necessite de seguimento criterioso, pois a taxa de recidiva pode alcançar até 35%.

PALAVRAS-CHAVES: adenocarcinoma de papila | papila duodenal | ressecção endoscópica

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1308

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Câncer de cabeça de Pâncreas e Diabetes Mellitus

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIELA SCAGLION TEIXEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), BRUNO COLLINS MATHEUS DE MELO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), FRANCISCO COLLINS NEVES DE MELO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), ALICE SOARES DE SOUZA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), JESSICA JOSÉ LEITE DE MELO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), ISABELA DE ARAÚJO TORRES NOGUEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), MARIANE DE SANTANA LIMA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS), LUCAS ARAÚJO ALMEIDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO O Pâncreas, glândula do aparelho digestivo, produz inúmeras enzimas digestivas e também a insulina. O câncer de pâncreas possui uma enorme dificuldade para diagnóstico precoce, e também, geralmente, proximidade a importantes vasos sanguíneos, o que o faz ser, na maior parte das vezes, descoberto em estágios avançados e, quase sempre, irrissecável. RELATO DE CASO G.F.S, sexo feminino, 76 anos, viúva, procedente de Rondonópolis-MT, com descoberta recente de Diabetes Mellitus tipo 2 há cerca de 4 meses, sem histórico familiar. Em consulta de rotina, apresentou história de icterícia há uma semana, levantou-se hipótese de hepatite, sendo descartada através de exames de sorologia. Paciente foi submetida a ultrassonografia abdominal total, que evidenciou importante dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. Para maior elucidação, realizou-se ressonância magnética, que demonstrou formação expansiva na cabeça do pâncreas e processo unciforme, medindo aproximadamente 3,6cm (LL) x 3,0cm (AP) x 4,1cm (CC), com reforço heterogêneo após administração endovenosa de contraste. A lesão estava em contato com a Artéria Aorta, envolvendo, também, em cerca de 180º a artéria mesentérica superior. Também havia acentuada dilatação dos ductos biliares principais, ducto cístico, colédoco e ducto de Wirsung. Paciente teve intensificação do nível da icterícia, com prurido difuso e rebaixamento do nível de consciência, sendo encaminhada para equipe cirúrgica, a qual descartou intervenção cirúrgica para ressecção da lesão através dos resultados obtidos nos exames de imagem, sendo realizado apenas procedimento cirúrgico para desobstrução do fluxo biliar, o qual estava comprometido, e biópsia da lesão. O resultado do Anátomo patológico foi Adenocarcinoma Metastático em linfonodo. A Paciente teve melhora do quadro de Icterícia e foi encaminhada para adjuvancia com Quimioterapia e para avaliação quanto a radioterapia. Não foi submetida a radioterapia, a qual foi descartada pela idade avançada, tendo iniciado apenas quimioterapia, a qual ainda permanece. Atualmente encontra-se em regular estado geral, com edema em membros inferiores, 3 episódios de ascite, sendo realizadas 3 paracenteses. CONCLUSÃO É necessário avaliar toda a história de um paciente. Neste caso, uma Diabetes Mellitus tipo 2 aos 76 anos, sem histórico familiar, sem investigação aprofundada. Seriam os primeiros sintomas da neoplasia? Se sim, o tratamento certamente poderia ter sido mais precoce.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer de Pâncreas | Diabetes Mellitus | Adenocarcinoma Metastático em linfonodo

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1320

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A EFICIÊNCIA DA COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPRE) ASSOCIADA A COLECISTECTOMIA EM UM ÚNICO ATO OPERATÓRIO PARA O TRATAMENTO DA COLEDocolITÍASE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO TOCANTINS: RESULTADO PARCIAL DE UMA PESQUISA DE CAMPO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), RONE ANTONIO ALVES ABREU (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), LUCAS MONTEIRO DA ROCHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CAROLINA DOS REIS VALADARES (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), NADER NAZIR SULEIMAN (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CLÁUDIO HENRIQUE CLEMENTE FERNANDES (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é analisar a eficácia da realização de CPRE e colecistectomia, no mesmo ato operatório, para o tratamento da colelitíase complicada com coledocolitíase em um Hospital Universitário do do Tocantins. MÉTODO: Trata-se de um projeto de pesquisa de cunho observacional, descritivo, retrospectivo, por meio de pesquisa de campo, realizado através da análise de prontuários 15 pacientes que foram submetidos à CPRE e Colecistectomia, durante o período de 2010 a 2015. RESULTADOS: Os pacientes tiveram suspeita diagnóstica de coledocolitíase através a clínica associada a uma dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas pelo USG. Todos foram submetidos a CPRE e colecistectomia em um mesmo ato operatório. O tempo cirúrgico variou de 1h a 4,5h, sendo que a maioria foi realizada em no máximo em 2h. Já o tempo de CPRE variou de 30 min a 3 h, sendo a maioria realizada na 1ª hora. Houve necessidade de drenagem de cavidade em apenas 5 pacientes. Os achados intraoperatórios variaram, mas evidenciou, na maioria, vesícula edemaciada, processo inflamatório local, múltiplos cálculos em vesícula biliar e cálculo em colédoco. Foi realizado antibióticoprofilaxia para todos, utilizado em 100% dos casos uma cefalosporina. Nenhum paciente foi vítima de lesão iatrogênica, e todos sem coledocolitíase residual. Todos tiveram um pós-operatório favorável, sem nenhuma complicação e nenhum óbito. Apenas um indivíduo foi encaminhado para UTI no pós-operatório, sendo que este teve alta desta unidade no 2º DPO. Alterações laboratoriais no PO ocorreram na minoria dos pacientes, 03 apresentaram anemia, 01 apresentou persistência da leucocitose, e 01 paciente apresentou persistência do transaminases elevados, sendo que este valor correspondia a metade do da internação. Durante o PO, 64% dos pacientes teve retorno dos RHA no 1º DPO, 100% dos pacientes tiveram flatos e evacuações nos primeiros 4 dias de pós operatório. 100% tinha a biopsia da peça cirúrgica evidenciando colecistite crônica agudizada. O paciente foi de alta entre o 1 e o 8º DPO, sendo que 50% ficaram por menos de 5 dias após a cirurgia no hospital. CONCLUSÃO: A técnica de CPRE e colecistectomia em estágio único tem diminuição do tempo cirúrgico e de retorno ambulatorial, bem como, uma diminuição dos custos de internação e cirúrgicos, proporcionando assim, bem estar aos pacientes e atendendo assim ao princípio da economia.

PALAVRAS-CHAVES: COLEDocolITÍASE | CPRE | COLECISTECTOMIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1329

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE COLEDocolitíase DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARAGUAÍNA-TO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), RONE ANTONIO ALVES ABREU (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), LUCAS MONTEIRO DA ROCHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CAROLINA DOS REIS VALADARES (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), NADER NAZIR SULEIMAN (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CLÁUDIO HENRIQUE CLEMENTE FERNANDES (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: OBJETIVOS: O objetivo deste trabalho é descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos aos procedimentos de CPRE e colecistectomia devido a um diagnóstico de coledocolitíase em um hospital universitário do estado do Tocantins. MÉTODO: Trata-se de um projeto de pesquisa financiado pelo ITPAC de cunho observacional, descritivo, retrospectivo, por meio de pesquisa de campo, realizado através da análise de prontuários 15 pacientes que foram submetidos à CPRE e Colecistectomia em um mesmo ato operatório, durante o período de 2010 a 2015. RESULTADOS: A respeito do perfil clínico e epidemiológico da amostra da pesquisa aproximadamente 70% era do sexo feminino, 94% dos pacientes eram tocantinenses, a idade dos pacientes variou de 19 a 78 anos, sendo a média igual a 41,58 anos e 94% era de origem parda e apenas um indivíduo era indígena. Em relação a história patológica pregressa, apenas dois pacientes eram hipertensos, nenhum era diabético, tabagista ou com história na família. Quanto às queixas antes do procedimento cirúrgico, 93% relatava dor abdominal, 93% icterícia, apenas 20% colúria e/ou acolia fecal, 27% relatava episódios de febre com calafrios, apenas um paciente relatou prurido e 3 relataram náuseas. Os pacientes relatavam ter de 2 dias a anos de clínica, mas a grande maioria tinha meses de sintomatologia. Ao exame físico inicial, 80% tinha dor à palpação, sendo que mais de 50% dos casos esta era localizada no Hipocôndrio Direito associado ou não a dor em outros locais e 60% dos pacientes tinham icterícia entre 2 e 3+. Quanto as alterações laboratoriais, 24% tinha hiperamilasemia, 13,33% tinha leucitose com desvio à esquerda, 100% tinha gamaGT elevada, 46,67% tinham anemia normocítica e homocrômica e 86,66% tinha aumento de bilirrubina, sendo que a maioria este aumento era as custas de bilirrubina direta (84,65%). E segundo a avaliação do serviço de anestesia do hospital 76% desses pacientes se enquadravam na classificação ASA I. além disso, 100 % dos casos tiveram comprovação de colecistite crônica agudizada pela biopsia da peça cirúrgica. CONCLUSÃO: O presente estudo revela características clínicas e epidemiológica da coledocolitíase semelhantes a dados encontrados na literatura. Dentre estas, inclui-se a prevalência do sexo feminino e as alterações laboratoriais como aumento de gamaGT e elevação de bilirrubinas às custas da fração direta.

PALAVRAS-CHAVES: COLEDocolitíase | EPIDEMIOLOGIA | CLÍNICA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1335

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COLECISTITE AGUDA: AVALIAÇÃO 298 CASOS OPERADOS NA URGÊNCIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), MAYARA MAGRY ANDRADE DA SILVA (HGV), FERNANDA MARIA GONÇALVES DE SOUSA MOURA (FACID), VITORIA NEIVA PINHEIRO CORREIA (FACID), FRANCISCO VITOR PEREIRA DE SOUSA (FACID), SABRINA JALES CUNHA BRANDAO (FACID), WILDSON SANTOS CRAVEIRO ROSA (FACID)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A colecistite é a inflamação da vesícula biliar e ainda é uma das doenças mais frequentes nas emergências em todo o mundo. É causada, em 90% dos casos, pela obstrução do ducto biliar por um cálculo (litiásica) levando à inflamação aguda da vesícula. Cerca de 20% da população geral desenvolve cálculo vesicular ao longo da vida, incidência que aumenta com a idade, sendo duas vezes mais freqüente em mulheres. OBJETIVOS: Determinar o perfil dos pacientes com colecistite aguda submetidos à colecistectomia de urgência em hospital público de referência em Teresina PI. MÉTODO: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário de todos os pacientes submetidos à colecistectomia de urgência no período de 2009 a 2014 em hospital público de referência de Teresina-PI. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, gênero, procedência, tempo de internação, índice de mortalidade e de reoperações. RESULTADOS: Dos 298 casos, o mais prevalente foi sexo feminino (59% mulheres e 41% homens). Em relação à faixa etária, verificou-se que 69% dos pacientes tinham faixa etária entre 18 e 59 anos; 30% tinham faixa etária maior ou igual a 60 anos, e apenas 1% entre 12 e 17 anos. Quanto à procedência, observou-se que 54% dos pacientes eram procedentes de Teresina (PI), 43% do interior do Piauí e 3% de outros estados. A maior parte dos pacientes estudados (51%) permaneceram 2 dias internados, 22% ficaram internados por um período superior a 3 dias, e 20% durante 3 dias. A taxa de mortalidade pós-operatória foi de 5,3% e apenas 2,01% de reoperações. Todos os pacientes foram submetidos ao acesso laparotômico. A colecistite aguda é mais prevalente em mulheres e em adultos, principalmente entre 18 e 59 anos. O tempo de internação dos pacientes submetidos à colecistectomia de urgência é muito pequeno quando comparado às cirurgias de alta complexidade realizadas nesse mesmo Hospital de referência. A colecistectomia laparotômica é um procedimento com uma baixa taxa de mortalidade e complicações, desde que seja realizada precocemente. CONCLUSÃO: A colecistectomia é a cirurgia mais simples das vias biliares. Entretanto, quando realizada de urgência, deve ser feita por um cirurgião com experiência, visto que as complicações e a mortalidade são bem mais elevadas quando comparados à cirurgia eletiva. A colecistite aguda é uma das urgências mais frequentes em todo o mundo, com alta taxa de morbimortalidade se não tratada correta e precocemente.

PALAVRAS-CHAVES: COLECISTITE AGUDA | COLECISTECTOMIA URGÊNCIA | PERFIL

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1345

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: MORBIMORTALIDADE DE PACIENTES COM PANCREATITE AGUDA GRAVE SUBMETIDOS À DRENAGEM CIRÚRGICA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PÚBLICO DE URGÊNCIA EM TERESINA-PI

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), CLARA CAROLINE RIBEIRO FIGUEIREDO (FACID), SABRINA JALES CUNHA BRANDAO (FACID), CARLA CECILIA DA COSTA ALMEIDA (FACID), ISABEL DE SOUSA MELO (FACID), LAYANE DUARTE SILVA (FACID), LAÍS KRISTYNA ROCHA DE OLIVEIRA (FACID)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A cirurgia para drenagem do pâncreas é um procedimento cada vez menos realizado hoje devido ao avanço na radiologia intervencionista e nos métodos minimamente invasivos, sendo o acesso laparotômico realizado na ausência desses métodos ou na incapacidade técnica de realiza-los devido à extensão da doença. As principais indicações para drenagem do pâncreas são o abscesso pancreático e o pseudocisto infectado, causados por pancreatite aguda ou trauma pancreático. Geralmente o procedimento cirúrgico está associado a uma elevada morbimortalidade. OBJETIVOS: Determinar as características clínicas e epidemiológicas e a morbimortalidade dos pacientes submetidos à drenagem cirúrgica do pâncreas. MATERIAIS E METODOS: Foi realizado um estudo retrospectivo através da revisão de prontuários de todos os pacientes submetidos à drenagem cirúrgica do pâncreas por laparotomia no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2014 em hospital publico de referência de Teresina-PI. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, gênero, procedência, tempo de internação, taxa de mortalidade, reoperações e indicação da cirurgia. RESULTADOS: Foram realizadas 25 pancreatotomias para drenagem, com prevalência no gênero masculino (64%), com média de idade de 48 anos, provenientes a maioria do interior do Piauí (56%), com tempo médio de internação de 19,2 dias, taxa de mortalidade pós-cirurgia de 28% e 24% de reoperações. As principais indicações cirúrgicas foram abscesso pancreático (60%) e pseudocisto infectado (20%). A pancreatite aguda grave complicada com abscesso ou pseudocisto infectado é uma doença mais prevalente em homens adultos, com um tempo de internação elevado. A complicação tratada com a cirurgia para drenagem do pâncreas de urgência com apresenta uma elevada taxa de mortalidade e de reabordagens cirúrgicas. A ausência de radiologia intervencionista no serviço levou todos os pacientes à abordagem cirúrgica. A procedência elevada dos pacientes do interior do Piauí retrata a falta de estrutura e baixa complexidade dos hospitais regionais. CONCLUSÃO: A cirurgia para drenagem do pâncreas é um procedimento com uma elevada morbimortalidade e um longo tempo de internação, devendo ser realizado em um hospital de alta complexidade, com cirurgiões com formação em cirurgia hepatobiliopancreatica e restrita indicação, para que se diminuam as complicações decorrentes do procedimento.

PALAVRAS-CHAVES: PANCREATITE AGUDA|PANCREATOTOMIA|MORBIDADE

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1350

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CANCER DE VESICULA BILIAR EM COLECISTECTOMIAS DE URGÊNCIA: INCIDÊNCIA EM 272 PACIENTES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL (FACID), CLARA CAROLINE RIBEIRO FIGUEIREDO (FACID), IARA SANTOS SILVA (FACID), RAFAELA RABELO DE SOUSA (FACID), CAMILA DE SOUZA ALMEIDA ARAÚJO (FACID), VITORIA NEIVA PINHEIRO CORREIA (FACID), FERNANDA MARIA GONÇALVES DE SOUSA MOURA (FACID)

RESUMO: : O carcinoma de vesícula biliar possui uma incidência muito baixa e eleva taxa de mortalidade. É a quinta mais comum neoplasia do trato gastrointestinal e a mais comum da árvore biliar. No Brasil, alguns estudos mostram uma frequência de 1,68 a 2,3% em pacientes submetidos à colecistectomia por colelitíase. Ocasionalmente o câncer de vesícula é encontrado na emergência por conta da ocorrência concomitante com colecistite aguda, colelitíase e coledocolitíase com obstrução da árvore biliar. Pacientes com colelitíase apresentam um risco de 4-5 vezes maior para o aparecimento da neoplasia. De acordo com as análises histopatológicas, grande parte são adenocarcinomas (85-90%), seguido de carcinomas de células escamosas, indiferenciados e neoplasia primária. **OBJETIVOS:** Realizar levantamento epidemiológico da incidência de câncer nas colecistectomias de urgência realizadas no hospital público de referência em Teresina, Piauí nos anos de 2010 a 2012. **MATERIAIS E METODOS:** Foi realizado uma pesquisa documental, retrospectiva, caráter descritivo e abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu através da revisão das fichas histopatológicas do pacientes submetidos à colecistectomia de urgência. Os parâmetros avaliados foram sexo e tipo histopatológico. **RESULTADOS:** Foram realizadas 272 colecistectomias de urgência, observando-se que 4,77% (13 pacientes) foram diagnosticados com câncer de vesícula biliar. O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma 84,61% (11 pacientes). 11 pacientes eram do sexo feminino (84,61%) e 2 do sexo masculino (15,39%). O diagnóstico do câncer de vesícula biliar configura-se como um grande desafio ao cirurgião, ainda mais tratando-se de uma cirurgia de urgência. Durante o ato operatório existe uma grande dificuldade no reconhecimento precoce da doença ainda mais tratando-se de uma cirurgia de urgência com processo inflamatório e fibrose instalada. O estudo evidenciou incidência mais alta da neoplasia (4,77%) quando comparada à colecistectomia eletiva (2,3%) segundo a literatura. **CONCLUSÃO:** A prevalência de carcinoma de vesícula biliar em colecistectomias de urgência foi considerada elevada quando comparada a colecistectomia eletiva. Dessa forma destaca-se ainda mais a experiência do cirurgião no diagnóstico precoce bem como na orientação adequada quanto ao seguimento com histopatológico desses pacientes após a alta hospitalar.

PALAVRAS-CHAVES: CANCER DE VESICULA BILIAR | COLECISTITE AGUDA | INCIDENTAL

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1356

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Qualidade de Vida em Pacientes com Pancreatite Crônica Submetidos à Cirurgia de Beger

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JULIANA LUCENA DE QUEIROZ (SANTA CASA DE SÃO PAULO), RICARDO TADASHI NISHIO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR. (SANTA CASA DE SÃO PAULO), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANDRE DE MORICZ (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: A pancreatite crônica é uma doença inflamatória de caráter progressivo e irreversível, resultando em substituição do parênquima pancreático por fibrose e metaplasia ductal. Essas alterações podem manifestar-se tanto através da atrofia glandular como da formação de um pseudotumor inflamatório. 1 O tratamento da pancreatite é inicialmente clínico. No entanto, sabe-se que cerca de 50% dos pacientes evoluem com alguma condição que necessite tratamento cirúrgico, seja por dor intratável, desnutrição ou complicações locais ligadas ao pseudotumor inflamatório. 2 O presente estudo pretende avaliar o pós operatório de pacientes submetidos à cirurgia de Beger em relação à qualidade de vida. Trata-se de estudo transversal no qual seis pacientes foram considerados aptos à participação no projeto e foram submetidos a formulário de pesquisa que avaliou a qualidade de vida do paciente (SF-36) após a cirurgia de Beger. Resultados: O presente estudo constatou que os pacientes consideram que a sua saúde está boa no presente momento, semelhantemente há 01 ano atrás. Os pacientes não referiram dificuldade alguma para realização de atividade do dia a dia. Além disso, não relataram que deixaram de realizar alguma atividade diária por conta do seu estado de saúde física ou mental. No entanto, a saúde física ou mental interferiram de forma moderada com relação às atividades sociais. Os pacientes também não apresentaram queixa algica nas últimas quatro semanas. Quando indagados sobre sintomas de depressão, falta de energia e cansaço, a maioria não apresentou esses sintomas nas últimas quatro semanas. Relataram que apresentavam-se com vigor, vontade e felizes. No entanto, suas atividades sociais foram afetadas em pequena parte do tempo por problemas físico ou emocionais. Esse estudo permitiu demonstrar que a qualidade de vida dos pacientes submetido à cirurgia de Beger encontra-se favorável e que a dor, principal causa para indicação da cirurgia, encontra-se resolvida.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreatite Crônica | Cirurgia de Beger | Qualidade de Vida

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1365

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS PUGLIESI SMIRNE GOI (USF - BRAGANÇA PAULISTA), ANA CAROLINA TRENTINI IZAR (USF - BRAGANÇA PAULISTA), ANA CARLA FRANCO UBINHA (USF - BRAGANÇA PAULISTA), CHRISTIAN BORNIA MATTAVELLI (USF - BRAGANÇA PAULISTA), GABRIELLA LUCATO ZUNTA (USF - BRAGANÇA PAULISTA), MARINA FANELLI LUCHIARI MILANI (USF - BRAGANÇA PAULISTA), SILAS SOARES CAVALCANTE (USF - BRAGANÇA PAULISTA), DANILO TOSHIO KANNO (USF - BRAGANÇA PAULISTA)

RESUMO: ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO Introdução: O íleo biliar é uma complicação da colelitíase e se comporta como uma oclusão intestinal mecânica devido à impactação de um ou mais cálculos na luz do intestino, como resultado de uma comunicação anômala entre o trato gastrointestinal e o sistema biliar. Ele representa aproximadamente 3% dos casos de obstrução intestinal mecânica e sua manifestação clínica engloba quadro de náuseas, vômitos e dor abdominal, sinais e sintomas de obstrução intestinal como distensão abdominal e constipação. Sintomas relacionados com a vesícula biliar estão presentes em apenas metade dos pacientes. Relato de caso: O trabalho em questão faz relato de caso de obstrução de intestino delgado causada pela passagem de um cálculo biliar por uma fistula biliodigestiva, com sintomatologia típica de obstrução mecânica intestinal. Paciente feminina, 55 anos, admitida no Pronto-Socorro do Hospital Universitário São Francisco, com queixa de dor abdominal tipo cólica em hipocôndrio direito, associada a vômitos de conteúdo bilioso, três vezes ao dia, precedidos de náuseas. Nega febre, icterícia, colúria e acolia. Refere parada das evacuações há seis dias. Ao exame físico: apresentava-se em regular estado geral, descorada 2+/4+, desidratada +/4+, afebril e anictérica. Ao exame abdominal, evidenciava-se dor à palpação profunda em HD, abdômen flácido, timpanismo à percussão e ausência de irritação peritoneal. Foi solicitada ultrassonografia de abdômen total, que evidenciou vesícula biliar hipodistendida, com múltiplos cálculos em seu interior e acentuada distensão líquido-gasosa de alças de delgado, associada à imagem ovalada calcificada em interior de alça. Optou-se por laparotomia exploradora, enterotomia e retirada do cálculo com posterior enterorrafia. Conclusão: Apesar da raridade da doença, conclui-se que há facilidade diagnóstica quando há conhecimento do seu quadro clínico, em associação à solicitação adequada de exames laboratoriais e radiológicos, resultando em efetiva resolução da doença. Bibliografia: DE OLIVEIRA CAMPELO, M.R.; CHAVES, J.P.G.; MENEGOLA, V.M. Íleo biliar: um relato de caso. Revista da AMRIGS, v. 59, n. 1, p. 35-38, 2015. MARÇAL, M.B.; SANTOS, L.M.P.; SOUSA, A.V. Abdome agudo obstrutivo secundário a íleo biliar: relato de caso. GED gastroenterol. endosc. dig, v. 33, n. 4, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: Colelitíase | Íleo | Obstrução Intestinal

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1389

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DOENÇA DE CASTLEMAN: RELATO DE CASO, REVISÃO SISTEMÁTICA E ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS 32 CASOS PUBLICADOS.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR (UNIVASF), LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA (UNIVASF), HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES (UNIVASF), SANDRA LUCIA LODI PERES (UNIVASF), ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO (UNIVASF), THIAGO JARDIM PEREIRA (UNIVASF), BRENO CARVALHO CAVALCANTE (UNIVASF)

RESUMO: INTRODUÇÃO Doença de Castleman (CD) é uma doença linfoproliferativa rara de etiologia desconhecida descrita inicialmente em 1954. CD localizada no pâncreas é ainda mais incomum com apenas 32 casos publicados até os dias atuais. OBJETIVO Nosso objetivo é apresentar um relato de caso de CD em cabeça de pâncreas e realizar uma revisão sistemática do assunto com análise retrospectiva de todos os casos anteriores publicados. MÉTODO Realizamos uma revisão sistemática da literatura usando o banco de dados do PubMed. Selecionamos os artigos utilizando combinações de texto com as palavras: "follicular lymphoreticuloma, lymph node hamartoma, linfoid angiohamartoma, giant lymph hyperplasia and benign giant lymphoma, Castleman's disease e pancreas". Incluímos todos os artigos em português ou inglês que reportassem pelo menos um caso de CD no tecido pancreático ou peripancreático. RESULTADOS Apresentamos um caso de uma paciente sexo feminino com diagnóstico incidental de tumoração em cabeça de pâncreas durante a avaliação de uma colelitíase sintomática. A ultrassonografia de abdome evidenciava tumoração em cabeça de pâncreas responsável por dilatação de vias biliares extra-hepáticas associada a colelitíase, achados confirmados por posterior colangiorrressonância e ressonância de abdome superior. Submetida a laparotomia com achado de lesão de aproximadamente 5 cm em cabeça de pâncreas. Realizada enucleação da lesão com preservação de parênquima pancreático e colecistectomia. Paciente recebeu alta hospitalar no 1º dia pós-operatório. Anatomopatológico mostrou proliferação linfoide atípica. Imuno-histoquímica confirmando doença de Castleman, variante hialino-vascular. Não encontramos predileção por sexo ou tipo histológico específico para doença localizada no pâncreas, entretanto parece haver uma predileção por populações mais idosas. O diagnóstico é geralmente feito no pós-operatório pelo anatomopatológico e imuno-histoquímica que diferencia os achados de linfoma de células B de baixo grau. Apenas um caso de sucesso no diagnóstico pré-operatório. A doença quando acomete o pâncreas, geralmente é do tipo localizada o que determina bom prognóstico e cura pela cirurgia. Dois óbitos relacionados a doença foram publicados, porém atribuídos a comorbidades ou tipo multissistêmico. A doença deve ser incluída no diagnóstico diferencial de tumores de pâncreas, o diagnóstico pré-operatório poderia diminuir a morbidade do tratamento. BIBLIOGRAFIA: MATUSMOTO et al 2015 CECKA et al 2013 FU et al 2012

PALAVRAS-CHAVES: CASTLEMAN'S DISEASE | DOENÇA DE CASTLEMAN | PÂNCREAS

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1396

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DOENÇA DE CASTLEMAN LOCALIZADA NA CABEÇA DO PÂNCREAS: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDSON GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR (UNIVASF), LARISSA DE MELO FREIRE GOUVEIA SILVEIRA (UNIVASF), HUGO ALESSI LIMA MARTINS SOARES (UNIVASF), SANDRA LUCIA LODI PERES (UNIVASF), ADALBERTO CAMPINHO CLEMENTINO FILHO (UNIVASF), THIAGO JARDIM PEREIRA (UNIVASF), BRENO CARVALHO CAVALCANTE (UNIVASF)

RESUMO: INTRODUÇÃO Doença de Castleman (CD) é uma doença linfoproliferativa rara de etiologia desconhecida descrita inicialmente em 1954. CD localizada no pâncreas é ainda mais incomum com apenas 32 casos publicados até os dias atuais. OBJETIVO Nosso objetivo é apresentar um relato de caso de CD em cabeça de pâncreas e realizar uma revisão sistemática do assunto com análise retrospectiva de todos os casos anteriores publicados. MÉTODO Realizamos uma revisão sistemática da literatura usando o banco de dados do PubMed. Selecionamos os artigos utilizando combinações de texto com as palavras: "follicular lymphoreticuloma, lymph node hamartoma, linfoid angiohamartoma, giant lymph hyperplasia and benign giant lymphoma, Castleman's disease e pancreas". Incluímos todos os artigos em português ou inglês que reportassem pelo menos um caso de CD no tecido pancreático ou peripancreático. RESULTADOS Apresentamos um caso de uma paciente sexo feminino com diagnóstico incidental de tumoração em cabeça de pâncreas durante a avaliação de uma colelitíase sintomática. A ultrassonografia de abdome evidenciava tumoração em cabeça de pâncreas responsável por dilatação de vias biliares extra-hepáticas associada a colelitíase, achados confirmados por posterior colangiorressonância e ressonância de abdome superior. Submetida a laparotomia com achado de lesão de aproximadamente 5 cm em cabeça de pâncreas. Realizada enucleação da lesão com preservação de parênquima pancreático e colecistectomia. Paciente recebeu alta hospitalar no 1º dia pós-operatório. Anatomopatológico mostrou proliferação linfoide atípica. Imuno-histoquímica confirmando doença de Castleman, variante hialino-vascular. Não encontramos predileção por sexo ou tipo histológico específico para doença localizada no pâncreas, entretanto parece haver uma predileção por populações mais idosas. O diagnóstico é geralmente feito no pós-operatório pelo anatomopatológico e imuno-histoquímica que diferencia os achados de linfoma de células B de baixo grau. Apenas um caso de sucesso no diagnóstico pré-operatório. A doença quando acomete o pâncreas, geralmente é do tipo localizada o que determina bom prognóstico e cura pela cirurgia. Dois óbitos relacionados a doença foram publicados, porém atribuídos a comorbidades ou tipo multissistêmico. A doença deve ser incluída no diagnóstico diferencial de tumores de pâncreas, o diagnóstico pré-operatório poderia diminuir a morbidade do tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: CASTLEMAN'S DISEASE | DOENÇA DE CASTLEMAN | PÂNCREAS

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1414

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Gastrocistostomia Aberta de Pseudocisto Pancreático - Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO MONTEIRO PIMENTEL (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), RENAN BRITO NOGUEIRA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ), BRUNO BERNABÉ LUBRAICO (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), IGOR FECURY LIMA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), LAISA ALVES DE SOUZA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), PAULO HENRIQUE RIBEIRO DE OLIVEIRA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), SAMY CHITAYAT (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ/HPM), FLAVIO DOS SANTOS ANTUNES (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA DE MACAÉ)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os Pseudocistos são coleções crônicas de líquido associadas ao pâncreas. Ao contrário dos cistos verdadeiros, não apresentam revestimento epitelial. Eles ocorrem, geralmente da pancreatite alcoólica ou biliar e do trauma externo ao pâncreas e acredita-se que resultem do comprometimento dos ductos pancreáticos. Embora a maioria das coleções pancreáticas agudas desapareça espontaneamente, algumas não o fazem, e as secreções ricas em enzimas incitam uma resposta inflamatória local e formam uma parede ou capsula ? Pseudocisto-. Tradicionalmente, um pseudocisto era definido como qualquer coleção de líquido que persiste por mais de 4 a 6 semanas e desenvolve uma capsula inflamatória que permitiria uma drenagem cirúrgica interna. A tomografia computadorizada (TC) é o exame padrão ouro para o diagnóstico de pseudocisto pancreático. RELATO DE CASO: Homem, 38 anos, negro, etilista pesado, procurou ambulatório de cirurgia geral com relato de diversas internações por quadro de pancreatite alcoólica (uma delas com internação de 3 meses em CTI pela gravidade do quadro), queixando-se na consulta de massa abdominal em região epigástrica, saciedade precoce e náuseas, submetido a TC abdome que evidenciou formação expansiva, hipodensa e regular na topografia de cabeça de pâncreas, medindo 69x68,3mm, com densidade líquida e impregnação parietal pelo meio de contraste. O paciente foi submetido a laparotomia e evidenciado pseudocisto com secreção esbranquiçada, inodora em seu interior. Realizado gastrocistostomia da parede posterior do estômago com pseudocisto, em plano único, sem intercorrências. No pós-operatório paciente evoluiu com íleo metabólico e ascite, apresentou melhora após prócinéticos e uso de albumina sendo realizada alta hospitalar após 10 dias de internação. CONCLUSÃO: A maior parte dos pseudocistos tem resolução espontânea, contudo podem ocorrer complicações agudas como infecção, rotura e sangramento, em complicações crônicas como obstrução biliar, trombose de veia esplênica ou porta e dificuldade no esvaziamento gástrico. Nestes casos, o tratamento de drenagem cirúrgica, percutânea ou endoscópica está indicado. O tratamento cirúrgico tem sido uma boa opção em virtude da dificuldade de acesso aos métodos endoscópicos no sistema único de saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Pseudocisto pancreatico |Gastrocistostomia |Cirurgia Geral

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1442

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor de Frantz: um importante diagnóstico diferencial de massa abdominal em jovens.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO HEBER LOPES DE CARVALHO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), JOÃO CARLOS GEBER JÚNIOR (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), SUELLEN VIEIRA DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), ANNY PRISCILA GUTEMBERG PINTO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), SEBASTIÃO DUTRA DE MORAIS JÚNIOR (HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE), FERNANDA LORIATO NAZARETH (HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE), ANDRE LUIS DE AQUINO CARVALHO (HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O tumor pseudopapilar sólido do pâncreas, também conhecido como tumor de Frantz (TF), é uma entidade clínico-patológica rara que ocorre principalmente em mulheres (10:1), sobretudo entre 20 e 30 anos. Descrito primeiramente, por Virginia K. Frantz em 1959, é definido como uma neoplasia maligna de baixo grau do pâncreas exócrino. Em geral são tumores assintomáticos até que se tornem grandes o suficiente, quando então se mostram como massa abdominal com ou sem dor. O diagnóstico pode ser feito por exames de imagem e o exame histopatológico demonstra massa sólida com estruturas pseudopapilares e pseudocísticas com rica microvasculatura em proporções variadas. O tamanho médio desses tumores é de 6cm e possuem crescimento lento, contudo são capazes de invadir as adjacências tais como estômago, duodeno e baço. As raras metástases são preferencialmente em fígado e Pulmão. O objetivo é relatar um caso de TF em adolescente submetida à duodenopancreatectomia. RELATO DO CASO: LAS, feminino, 16 anos, previamente hígida, procurou atendimento com queixa de dor abdominal de forte intensidade em hipocôndrio direito e epigástrico há 3 meses, de forma intermitente, inicialmente com crises que duravam horas passando a durar dias, associada a náuseas e vômitos. Ultrassonografia abdominal mostrou lesão expansiva, sólida, ovalada, de contornos definidos, de ecotextura heterogênea, entre lobo esquerdo do fígado e cauda do pâncreas confirmada em avaliação posterior com ressonância magnética, que precisou a localização em cabeça e pâncreas. A biópsia percutânea guiada por tomografia computadorizada demonstrou proliferação neoplásica com áreas sólidas e papilares altamente compatível com TF. Em avaliação imagenológica de tórax e abdome não foram evidenciadas metástases. Optou-se pela duodenopancreatectomia com preservação pilórica com ressecção completa de massa tumoral localizada em cabeça e corpo do pâncreas. CONCLUSÃO: Embora seja uma condição rara, representando 0,2 ? 2,7% dos tumores malignos do pâncreas, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de pseudocisto pancreático, tumores neuroendócrinos do pâncreas e cistoadenoma mucinoso, sobretudo em jovens do sexo feminino que se apresentam com massa abdominal assintomática ou dor leve. Sua aparência radiológica clássica é uma indicação cirúrgica, ficando a biópsia para casos duvidosos. A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha e seu prognóstico é excelente com a sobrevida em 10 anos chegando próxima a 90%.

PALAVRAS-CHAVES: tumor de Frantz | neoplasia pancreática | tumor sólido pseudopapilar

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1443

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Dificuldade Diagnóstica e de Manejo do Íleo Biliar

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA BERNARDES VIEIRA MAIA (UNIRG), DANIELA CRISTINA ENDRES (UNIRG), MARCIO BARBOSA DE OLIVEIRA (UNIRG), LAYLLA LÚCIA BORGES PINHEIRO (UNIRG), THIAGO DELMONDES FEITOSA (UNIRG), BRENDA SILVEIRA DIAS (UNIRG), RAQUEL COSTA BATISTA DE QUEIROZ (UNIRG), CELSO ROCHA DA SILVA (UNIRG)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** Alguns casos de litíase biliar podem evoluir para complicações, tais como: coledocolitíase, colangite, pancreatite aguda biliar, e mais raramente, fístula íleo biliar. De 0,3-0,5% dos portadores da doença calculosa biliar, formam uma fístula entre a vesícula e algum segmento intestinal, os cálculos passam para o trato digestivo causando obstrução intestinal, fazendo o íleo biliar. **OBJETIVOS:** Revisão da literatura a respeito do raro quadro de fístula íleo biliar, que muitas vezes não é incluído nos diagnósticos diferenciais dos quadros obstrutivos intestinais. Debater as controvérsias no manejo do quadro. **METODOLOGIA:** Revisão crítica de literatura com base em artigos publicados sobre fístula íleo biliar. As buscas foram realizadas nas bases: PubMed, Bireme e Scielo, com data de publicação entre 2011 e 2016. Os artigos escolhidos podiam ser em inglês, português ou espanhol. **RESULTADOS:** As publicações encontradas concordam que o sexo mais acometido por íleo biliar é o feminino, entre 65-70 anos. Enquanto não ocorrer a obstrução mecânica do intestino por cálculo, o quadro é assintomático. A obstrução intestinal por cálculo tende a ocorrer a nível válvula íleo cecal, quadros de obstrução intestinal tem vários diagnósticos diferenciais, o que aumenta a dificuldade diagnóstica. Apenas 20-35% dos casos apresentam a tríade de Rigler (obstrução do intestino delgado, pneumobilia e cálculo aberrante no trato gastrointestinal); quase sempre, o diagnóstico é concluído ao visualizar a fístula no ato operatorio. A abordagem cirúrgica primária é consenso dos autores, e consiste na desobstrução do íleo, realizando uma enterolitotomia. O tratamento definitivo envolve a colecistectomia e o fechamento da fístula íleo biliar. Alguns autores referem que o prognóstico é melhor em pacientes submetidos somente a enterolitotomia, porém até 9% destes tem recidiva. Para outros pesquisadores, a colecistectomia só deve ser realizada nos casos de colecistite gangrenosa e pedras residuais. **CONCLUSÃO:** Muitas vezes o diagnóstico de íleo biliar é fechado após a laparotomia, pois além da baixa incidência, não tem um quadro clínico típico. Outra dificuldade do quadro é manejo, uma vez que não é consenso na literatura. Há concordância quanto a medida emergencista de desobstrução do local obstruído, entretanto apesar de a medida corretiva aumentar o prognóstico, ela aumenta a recidiva.

PALAVRAS-CHAVES: LITÍASE BILIAR|FÍSTULA ÍLIO BILIAR|OBSTRUÇÃO INTESTINAL

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1507

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome Sump: um relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO SANTIAGO MOREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), MILLENE IVANIA FERREIRA LEITE BARBOSA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), RAMONN CHAVES DA SILVA RODRIGUES (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), THIAGO SOUZA E SILVA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), NORTON NUNES DE LIMA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), NINA ROSA TENÓRIO LIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), VICTOR CARVALHO MACIEL GIRÃO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE)

RESUMO: Introdução A síndrome Sump é uma rara complicação associada a anastomose coledocoduodenal e pode ser caracterizada por dor intermitente, pancreatite e colangite de repetição. Causada pelo contato de resíduos gástricos, esta complicação da coledocoduodenoanastomose caracteriza-se pela obstrução do colédoco distal. Relato do caso: Homem de 78 anos procurou serviço de emergência do Hospital Getúlio Vargas em Recife, em outubro de 2016, com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, intermitente, há cerca de 8 meses, com episódio de icterícia. Negou febre e calafrios no mesmo período. O paciente havia sido submetido a cirurgia com realização de coledocoduodenoanastomose latero-lateral em fevereiro de 2014 visando tratamento de litíase de via biliar. Dois anos após procedimento cirúrgico evoluiu com quadro de dor abdominal, descrito anteriormente. Durante investigação, foi realizada Colangiorressonância magnética, com achados de imagens hipointensas em T2 em colédoco médio e diminuição de calibre em seu terço distal. Paciente foi submetido a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica. Durante o procedimento foi visualizada a coledocoduodenoanastomose pérvia e ampla, com realização de colangiografia sem evidência de estenoses ou obstruções. Durante exploração de colédoco distal foi realizada esfínterectomia e foram evidenciados cálculo biliar com 1,8 cm e debris. A síndrome Sump é uma complicação rara em pacientes submetidos a coledocoduodenoanastomose latero-lateral. O segmento de colédoco entre a anastomose e a ampola de Vater atua como reservatório de bile estagnada com acúmulo de detritos, cálculos e bactérias. O acúmulo desse conteúdo torna o ambiente propício para a proliferação de bactérias, existindo assim, duas formas clínicas para a síndrome: inflamatória ou infecciosa e disabsortiva. Na primeira, os sintomas possíveis são náuseas, dor abdominal, vômitos, icterícia, febre e calafrios. Na forma disabsortiva podem ocorrer diarreia e esteatorréia. Colangite, pancreatite, abscessos hepáticos e cirrose biliar são complicações possíveis dessa síndrome. Nesse caso, optou-se por tratamento por via endoscópica com esfínterectomia e o paciente permaneceu assintomático. Conclusão: conforme estabelecido atualmente, o tratamento preferencial para a Síndrome Sump é a esfínterectomia por via endoscópica, que apresenta bons resultados. A opção de correção cirúrgica fica, portanto, reservada para casos de recidiva após esfínterectomia endoscópica.

PALAVRAS-CHAVES: Colangiopancreatografia; síndrome sump;|coledocoduodenoanastomose; colangite;|icterícia; pancreatite; abscesso hepático

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1515

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pseudotumor hepático associado à IgG4: diagnóstico diferencial benigno de colangiocarcinoma

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIENE CENTENO ABEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), ANTONIO NOCCHI KALIL (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA), GUSTAVO ANDREAZZA LAPORTE (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA), ERICO PEREIRA CADORE (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA), RODOLFO DOS SANTOS MONTEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RAMON MAGALHÃES MENDONÇA VILELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), THIAGO KENJI KUROGI GAMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA), RODRIGO CHAVES PIOVEZANI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA)

RESUMO: Introdução: a colangite esclerosante associada à IgG4 faz parte do espectro de doenças relacionadas à IgG4, sendo uma condição fibrosante e inflamatória que pode simular um colangiocarcinoma. O objetivo deste relato é ampliar o espectro de raciocínio clínico para diagnósticos diferenciais benignos de colangiocarcinoma. Relato de Caso: homem, 54 anos, ex-tabagista, apresentou quadro clínico de icterícia obstrutiva associada a dor abdominal, vômitos e perda ponderal de 16 kg em 3 meses. Exames laboratoriais mostravam elevação dos valores de bilirrubinas e enzimas hepáticas, com enzimas pancreáticas inalteradas. À colangiopressonância sugeriu-se processo neoplásico (colangiocarcinoma). Devido ao difícil acesso à lesão, realizou-se colangiografia e drenagem percutânea com encaminhamento para quimioterapia paliativa. Após 3 ciclos de quimioterapia em esquema Cisplatina+Gencitabina com melhora significativa, a lesão foi avaliada como ressecável durante nova avaliação, sendo realizada hepatectomia esquerda (I, II, III, IVa e b) e reconstrução em Y-de-Roux. Ao anatomopatológico da peça obteve-se diagnóstico de colangite esclerosante crônica ativa. Foi então avaliada a dosagem sérica de IgG4 que revelou 15.200 mg/L (valores de referência: 30-2.010 mg/L), configurando o diagnóstico de colangite esclerosante associada à IgG4. A análise imunohistoquímica da peça cirúrgica identificou expressiva impregnação por IgG4, corroborando o diagnóstico. Conclusões: a presença de uma estenose de aspecto maligno com massa correspondente no exame de imagem é suficiente para o diagnóstico de colangiocarcinoma. No entanto, o diagnóstico diferencial de colangite esclerosante associada à IgG4 pode estabelecer prognósticos muito melhores e com morbidades consideravelmente menores que o mais preocupante diagnóstico diferencial de câncer pancreático obstrutivo, tornando-se necessária a divulgação da condição clínica aqui descrita para o aprimoramento do manejo destes pacientes. Referências: Nakazawa T, Naitoh I, Hayashi K, Miyabe K, Simizu S, Joh T. Diagnosis of IgG4-related sclerosing cholangitis. *World Journal of Gastroenterology*? : WJG. 2013;19(43):7661-7670 Ehlken H, Schramm C. Primary sclerosing cholangitis and cholangiocarcinoma: pathogenesis and modes of diagnostics. *Dig Dis*. 2013;31(1):118-25 Nakazawa T, Naitoh I, Hayashi K, et al. Diagnostic criteria for IgG4-related sclerosing cholangitis based on cholangiographic classification. *J Gastroenterol*. 2012;47(1):79-87

PALAVRAS-CHAVES: Colangite esclerosante | Diagnóstico diferencial | IgG4

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1540

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tuberculose simulando neoplasia de pâncreas.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO FURIAN EL AMMAR (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), RODRIGO PETERSEN SAADI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), THIAGO PICOLLI MORSCH (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), RAFAEL COSTA E CAMPOS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL), MARCELO GARCIA TONETO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL)

RESUMO: INTRODUÇÃO Tuberculose é uma doença comum em países em desenvolvimento. O acometimento pancreático é extremamente raro e seu diagnóstico diferencial com carcinoma de pâncreas pode ser um desafio. O objetivo dos autores é apresentar um caso de tuberculose pancreática, demonstrando a dificuldade diagnóstica dessa doença. RELATO DE CASO Mulher, 50 anos, apresenta-se com dor abdominal e emagrecimento de 15 kg. Exame físico normal. VSG e a proteína C reativa aumentados. Raio x de tórax normal. Tomografia computadorizada identificou lesão expansiva, junto ao bordo superior do corpo do pâncreas, medindo 5,7 x 2,5cm. Ressonância magnética, apesar de sugestiva, não era conclusiva para neoplasia de pâncreas. Ecoendoscopia identificou lesão sem plano de clivagem com o corpo do pâncreas. Punção aspirativa não evidenciou neoplasia, e o PCR para M. Tuberculosis foi negativo. Foi indicada videolaparoscopia com biópsia. O anatomopatológico mostrou inflamação crônica granulomatosa com necrose caseosa, compatível com tuberculose. Pesquisa de BAAR foi negativa. Foi feito o diagnóstico de tuberculose pancreática e iniciou-se o tratamento. Quatro meses após o tratamento houve desaparecimento da lesão nos exames de controle. CONCLUSÃO Apesar de infrequente, deve-se sempre lembrar da tuberculose nos diagnósticos diferenciais de massas pancreáticas, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Além disso, o caso mostra a importância da elucidação completa do diagnóstico antes de uma atitude terapêutica radical.

PALAVRAS-CHAVES: tuberculose pancreática | carcinoma de pâncreas | diagnóstico diferencial

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1549

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÃO IATROGÊNICA DE VIAS BILIARES: ANÁLISE DE PACIENTES SUBMETIDOS A HEPÁTICO - JEJUNOSTOMIA EM Y DE ROUX NO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE - PE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MILLENE IVANIA FERREIRA LEITE BARBOSA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), RODRIGO SANTIAGO MOREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUILA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), NINA ROSA TENÓRIO LIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), RAMONN CHAVES DA SILVA RODRIGUES (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), THIAGO SOUZA E SILVA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), NORTON NUNES DE LIMA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), VICTOR CARVALHO MACIEL GIRÃO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE)

RESUMO: Introdução: As lesões e estenoses cirúrgicas dos ductos biliares são consideradas um acidente grave e são causadas na maioria dos casos por trauma cirúrgico. Desta forma, justifica-se a importância do diagnóstico precoce desta patologia, bem como a análise da reconstrução biliar pela técnica de Hepp-Couinaud, com hepático-jejunostomia em Y de Roux, sendo esta uma excelente opção para correção dessas lesões. Objetivo: O objetivo do presente estudo foi avaliar os casos de lesões iatrogênicas de vias biliares tratados na clínica cirúrgica do HGV nos últimos dois anos. Método: Foi realizada uma análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes internados no HGV, com hipótese diagnóstica de lesão iatrogênica de vias biliares. Foram incluídos pacientes com lesões provenientes de procedimentos realizados no próprio serviço e em outras instituições. Os prontuários foram revisados e obtidas as seguintes variáveis: procedência do paciente, idade, sexo, data da cirurgia inicial, sintomas, tempo de evolução, valores da bilirrubina, fosfatase alcalina, GGT, TGO, TGP, TAP, além do tipo de cirurgia realizada para correção da lesão, complicações, permanência hospitalar e condições do paciente na alta hospitalar. Resultados: Foram confirmados oito casos de lesão iatrogênica de vias biliares. Destes, cinco pacientes eram do sexo feminino e dois no sexo masculino, com idades variando entre 18 e 62 anos. Os sinais ou sintomas mais frequentes foram icterícia, dor abdominal, febre, náuseas e colúria. Em relação à terapêutica cirúrgica, a hepático-jejunostomia em "Y" de Roux foi o procedimento mais empregado. Conclusões: As lesões iatrogênicas das vias biliares ainda representam um desafio para os cirurgiões e sua ocorrência está mais relacionada a procedimentos realizados em hospitais não especializados. A principal medida a ser adotada é a prevenção da lesão. Após sua ocorrência, esta deve ser corrigida em hospitais com equipe médica treinada. Sendo a hepático-jejunostomia em Y de Roux a técnica cirúrgica com melhores resultados. Referências bibliográficas1. ANDRADE A.C., Reconstrução cirúrgica da estenose cicatricial de vias biliares pós-colecistectomia. Rev. Col. Bras. Cir. vol.39 n.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2012.2. FORTUNATO A.A et al. Análise comparativa de lesão iatrogênica de vias biliares em colecistectomias laparotômicas e videolaparoscópicas, Arq. Bras. Cir. Dig. vol.27 n.4 São Paulo Nov./Dec, 2014.

PALAVRAS-CHAVES: LESÃO DE VIAS BILIARES; HEPP-COUIAUD|DUCTO BILIAR; HEPATICOJEJUNOSTOMIA|LESÃO IATROGÊNICA;COLÚRIA; ICTERÍCIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1557

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Colecistite alitiásica aguda: Relato de caso e revisão de literatura

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRÉ JIN FUJIOKA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), GABRIEL PINTO LARA FALEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), LAWRENCE PASCOAL JUNQUEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), MARCELA CAMPOLINA MUNIZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Introdução: A colecistite alitiásica aguda (CAA) trata-se de uma inflamação da vesícula biliar sem evidência de cálculos em seu interior. Ocorre em cerca 2-15% de todos os casos de colecistite aguda, se manifestando mais comumente em homens que apresentam comorbidade associada. A CAA costuma surgir cerca de duas semanas após um quadro clínico grave, como cirurgias de grande porte, traumatismo grave, queimaduras de grande extensão corporal, doença renal terminal, leucemia e infecções. Objetivo: Apresentar um caso de colecistite alitiásica aguda, analisar as manifestações clínicas e recordar a literatura. Método: Paciente de 23 anos, masculino, previamente hígido, apresentou quadro de dor em hipocôndrio direito, de grande intensidade associada a náuseas, vômitos e febre baixa. Admitido em pronto atendimento, onde apresentou leucocitose e iniciou-se antibioticoterapia empírica. Realizado ultrasonografia abdominal (US), 02 dias após admissão que não evidenciou sinais de colecistite aguda e colelitíase. Submetido a tomografia computadorizada (TC) abdominal, que constatou sinais de colecistite alitiásica. Paciente transferido para o Hospital Universitário Ciências Médicas, no 8º dia do início dos sintomas, mantendo quadro de dor em hipocôndrio direito. Ao exame físico apresentou febre baixa, abdome doloroso e sinal de Murphy positivo. US abdominal evidenciou CAA. Realizada videolaparoscopia que identificou abscesso perivesicular bloqueado por epíplon, empiema de vesícula e necrose de seu fundo. Procedeu-se a colecistectomia videolaparoscópica associada a drenagem do leito vesicular. Paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial, recebendo alta em boas condições. Conclusão: O diagnóstico de CAA é baseado em achados clínicos, laboratoriais e de imagem. Os dados clínicos frequentemente encontrados são inespecíficos. Portanto a suspeita de CAA deve ser avultada em quadros de febre inexplicável, leucocitose e desenvolvimento de dor na região de hipocôndrio direito. A US e a TC são os métodos de imagem de escolha para o diagnóstico. Já para a estratégia terapêutica, preconiza-se a abordagem cirúrgica. A CAA é uma condição rara e difícil de ser identificada, entretanto, uma avaliação inicial cuidadosa, associada a solicitação de exames complementares, permite realizar um diagnóstico precoce e reduzir a morbimortalidade associada a síndrome.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistite Alitiásica Aguda | Colecistite | Vias biliares

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1592

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÍLEO BILIAR: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA JULIA DE JESUS CANDEA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), NAYARA FALCÃO RODRIGUES (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), BRUNO ALMEIDA LESSA CASTRO (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), YURI NÓBREGA ROCHA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), PEDRO HENRIQUE DE CARVALHO MOTA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), FELIPE PEÇANHA VENTO (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA), TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCÂNTARA)

RESUMO: Introdução: O íleo biliar é definido como a obstrução do trato gastrointestinal devido a um cálculo biliar. Complicação rara e potencialmente grave da coledocistite, é responsável por cerca de 1 a 4% das obstruções intestinais, sendo mais comum em pacientes idosos e do sexo feminino. Relato de Caso: paciente masculino, 37 anos, deu entrada na Emergência do Hospital Central de Fortaleza, com quadro de parada da eliminação de flatos e fezes há 24 horas, além de vômitos fecalóides. Negava história de cirurgia prévia. Ao exame, apresentava-se desidratado, com dor à palpação profunda difusamente, sem sinais de peritonite. Iniciou-se suporte clínico com hidratação venosa rigorosa, dieta oral zero e sonda nasogástrica (SNG) em aspiração. Durante investigação, realizou tomografia de abdome que demonstrou ruptura da vesícula biliar e estrutura ovalada com calcificações em sua composição obstruindo o íleo terminal. Indicada laparotomia exploradora que evidenciou colecistite com intenso processo inflamatório, fístula colecistoduodenal, além de distensão difusa de alças de delgado e cálculo biliar de 6 x 4 cm impactado em íleo terminal. Realizada colecistectomia aberta, correção de processo fistuloso e debridamento dos bordos da lesão duodenal. Optado realizar duodenorrafia sem exclusão pilórica e derivação gastrojejunal pela boa amplitude e risco mínimo de estenose. No intraoperatório, foi posicionada SNG em aspiração, sonda nasoenteral (SNE) para alimentação e dreno tubulolaminar. Pós operatório (PO) imediato na UTI, sem necessidade de drogas vasoativas e com início de NPT. A dieta por SNE foi iniciada no 3º PO. Recebeu alta hospitalar no 12ºPO, tolerando bem a dieta por via oral. O dreno tubulolaminar permaneceu inocente, sem evidência de deiscência da rafia duodenal. Conclusão: O diagnóstico de íleo biliar é difícil, ainda mais quando o paciente está fora do perfil epidemiológico, dependendo frequentemente de exames que imagem, que podem demonstrar obstrução intestinal mecânica, pneumobilia e cálculo ectópico na luz intestinal, caracterizando a clássica Tríade de Rigler. Porém mais de 50% dos diagnósticos só são firmados durante a laparotomia. O conhecimento prévio deste quadro é principalmente importante em atendimentos de emergência, pois o tratamento é eminentemente cirúrgico. O principal do tratamento cirúrgico é a resolução da obstrução intestinal, sendo a correção da fístula determinada por vários fatores, dentre eles o estado geral do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: ÍLEO | BILIAR | COLELITÍASE

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1610

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE LESÃO CÍSTICA DE VIAS BILIARES: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO SOUZA E SILVA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), RODRIGO SANTIAGO MOREIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), BRUNO MARINHO PINTO DE ÁGUIA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), MILLENE IVANIA FERREIRA LEITE BARBOSA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), ANA CECÍLIA CARVALHO TORRES (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE), RAMONN CHAVES DA SILVA RODRIGUES (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), NINA ROSA TENÓRIO LIRA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), FRANCIS ANDREW DA SILVA SOUSA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - RECIFE/PE), RAISSA DE ALMEIDA MARTINS (HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - HR)

RESUMO: Introdução: Cistos biliares são dilatações primárias envolvendo um segmento ou toda árvore biliar. Eram originalmente classificados como cistos de colédoco pelo seu envolvimento extra-héptico. No entanto, a classificação original foi revisada em 1977 incluindo cistos intra-hepáticos. A incidência é rara, sendo a maior parte dos casos relatados em países asiáticos. O diagnóstico costuma ser realizado nos primeiros anos de vida e menos de 20% após os vinte anos de idade, geralmente com achado relacionado a complicações do cisto. O quadro clínico típico é de dor abdominal, massa em quadrante superior e icterícia. Relato do caso: RSS, sexo masculino, 50 anos, natural e procedente de Vitória de Santo Antão, tabagista, realizou cirurgia de colecistectomia convencional por colelitíase em setembro 2014 evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. Referiu que após 3 meses apresentou episódios de dor em hipocôndrio direito. Procurou serviço de saúde onde realizou USG que não evidenciou alterações. Após 4 mês paciente apresentou novo episódio álgico associado a icterícia, prurido, colúria e acolia fecal. Diante deste quadro paciente procurou serviço de saúde em sua cidade onde foi realizada uma CRNM que mostrou imagem cística de contornos levemente lobulados medindo 2,8 x 2,2 cm em íntima relação com parede duodenal. Realizada duodenoscopia que mostrou papila amplamente abaulada, de consistência habitual, mucosa adjacente hiperemiada e friável ao toque. Realizado biópsia cujo resultado foi fragmentos de mucosa justa papilar duodenal, moderado infiltrado inflamatório misto inespecífico em lâmina própria e microcistificação de glândulas. O paciente foi submetido a ultrassom endoscópica que definia ducto colédoco apresentando discreta ectasia medindo 6mm de diâmetro. Paciente foi submetido a CPRE em março de 2015 onde foi realizado papilotomia ampla e confirmado o cisto de coledoco tipo III. Conclusão: O diagnóstico de cisto de colédoco deve ser lembrado em pacientes com relato de icterícia e dor abdominal com dilatação de vias biliares sem evidências de fator obstrutivo. A correção de lesões císticas de vias biliares varia de acordo com o tipo baseado na classificação de Todani: cisto do tipo III tratado com CPRE e seguimento ambulatorial, devido ao baixo potencial de malignização e alta morbidade em cirurgias de ressecção. O tratamento cirúrgico fica reservado aos pacientes que não respondem ao tratamento endoscópico ou que desenvolvam sinais de malignização.

PALAVRAS-CHAVES: CISTOS BILIARES; CISTOS DE COLÉDOCO | DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES; | JUNÇÃO BILIOPANCREÁTICA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1613

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cólica biliar após colecistectomia: relato de caso sobre vesícula biliar remanescente

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), FABIANA CASSIANO VICENTE (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), RAFAEL ALVES CARVALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), MARCOS LANNA BICALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), LARISSA AMARAL CARREGAL (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), RAPHAEL SEGATO VAZ DE OLIVEIRA (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), DAFNE MARIA VILLAR GONÇALVES (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK)

RESUMO: Introdução: A colecistectomia videolaparoscópica é considerada padrão-ouro no tratamento da colelitíase sintomática. Porém, até 40% dos pacientes persistem com sintomas após a cirurgia, correspondendo à síndrome pós-colecistectomia. Esta ocorre mais comumente devido a causas não biliares: doença do refluxo gastro-esofágico, doença úlcero-péptica, doenças do pâncreas ou fígado, intestino irritável, coronariopatia. Entre as causas biliares estão: coledocolitíase, estenose biliar traumática, disfunção do esfícter de Oddi e vesicular biliar residual. Esta última é considerada causa rara com poucos relatos na literatura médica. Relato do caso: JAMS, 37 anos, mulher, admitida em pronto-atendimento com episódios de dor em cólica no epigástrio e hipocôndrio direito associados à náuseas e vômitos. As queixas iniciaram progressivamente há 2 anos após as refeições. História de colecistectomia aberta há 18 anos por colecistite aguda. Exame físico: dor em hipocôndrio direito com defesa local. Exames laboratoriais sem alterações. Ultrassonografia: coto vesicular residual contendo duas imagens sugestivas de litíase (9,6 e 7,4 mm), com hepatocolédoco de calibre normal, sem dilatação de vias biliares. Endoscopia digestiva alta: pangastrite endoscópica leve. Colangioressonância: colecistectomia prévia e imagem sacular comunicante com hepatocolédoco (neovesícula) com imagens hipointensas compatíveis com microcálculos, sem dilatação de vias biliares. Submetida a videolaparoscopia, sendo encontrado intenso bloqueio em topografia da vesícula biliar, envolvendo omento, estômago e duodeno. Após a liberação das aderências, foi visualizada vesícula biliar residual, dissecada até identificação do ducto cístico e artéria cística, com clipamento triplo de ambas as estruturas igualmente a colecistectomia habitual. Procedido o descolamento da vesícula biliar remanescente do leito hepático com eletrocautério. A peça foi extraída pelo portal umbilical. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar após dois dias da cirurgia. Exame anátomo-patológico: vesícula biliar com áreas de atrofia da mucosa, vasos ectásicos, focos de hemorragia e infiltrado mononuclear, compatível com colecistite crônica. Manteve-se assintomática no seguimento ambulatorial. Conclusão: O relato mostra um caso em que vesícula biliar remanescente foi causa de síndrome pós-colecistectomia após 18 anos da cirurgia. O tratamento cirúrgico foi realizado inteiramente por videolaparoscopia com melhora completa dos sintomas.

PALAVRAS-CHAVES: síndrome pós-colecistectomia | vesícula biliar residual | colelitíase

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1617

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DE FRANTZ: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL SANT'ANA ZUCOLOTO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA), PALOMA ALVES BEZERRA MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), PAULO ALVES BEZERRA MORAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO)

RESUMO: Introdução: A neoplasia pseudopapilar sólida do pâncreas denominada tumor de Frantz é um tumor relativamente raro, correspondendo por 0,2 a 2,7% de todas as neoplasias pancreáticas.¹ A etiopatogenia é desconhecida. Tem baixo potencial metastático. De modo geral, 90% destes tumores ocorrem em mulheres sendo 85% em pacientes com menos de 30 anos.² Pode cursar com dor abdominal ou pode ser um achado incidental de exames de imagem como a tomografia computadorizada de abdome.³ O tratamento se dá com ressecção da lesão e/ou pancreatectomia.²Relato de caso: Paciente de 22 anos, sexo feminino, admitida no pronto socorro de um Hospital Universitário com relato de dor em andar superior de abdome com início há 10 meses, de forte intensidade, constante, em pontada e/ou queimação, com irradiação para dorso. Refere melhora parcial em decúbito lateral direito e piora após refeições copiosas. Hemograma, função renal, hepática e pancreática com valores normais. Apresentou CA 19-9 e CEA dentro dos limites da normalidade. Foi submetida à ressonância nuclear magnética que evidenciou lesão sólida/cística encapsulada na transição do corpo/cauda pancreáticos, compatível com alteração neoplásica primária, sugestiva de tumor de Frantz. Foi submetida à laparotomia, sendo realizada uma pancreatectomia corpo-caudal associada à omentectomia e esplenectomia. Ao inventário da cavidade: ausência de líquido livre, ausência de implantes hepáticos ou peritoneais, presença de linfonodomegalias em omento maior, hilo esplênico, tronco celíaco, hilo hepático e raiz da cólica. Realizada biópsia peritoneal, do linfonodo da cadeia 16, do hilo hepático e tronco celíaco. Achados histopatológicos conclusivos de neoplasia sólida pseudopapilar do pâncreas (tumor de Frantz), sem demais alterações. Paciente evoluiu de maneira satisfatória, tendo alta após 30 dias de internação. Segue em acompanhamento clínico pelo serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário. Conclusão: Tumor de Frantz foi descrito pela primeira vez em 1959, sendo uma patologia rara com pouco mais de 600 relatos na literatura.² Este relato nos traz à tona a importância de considerarmos como um diagnóstico diferencial, a neoplasia pseudopapilar sólida do pâncreas em pacientes com queixa de dor em andar superior de abdome, principalmente em mulheres jovens, mesmo sendo esse um achado raro de ser encontrado na população.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor de Frantz | neoplasia | pâncreas

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1623

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VESÍCULA BILIAR RESIDUAL COMO CAUSA DE SÍNDROME PÓS-COLECISTECTOMIA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO SIMÕES DE SENA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), MARCELO FERNANDES MAIA DE LIMA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), RODRIGO SPÍNOLA E SILVA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HENRIQUE MOURA PARREIRA (HOSPITAL MARCIO CUNHA), HIGOR SOUZA CARLECH (HOSPITAL MARCIO CUNHA), ELCIO ANTUNES DOS SANTOS (HOSPITAL MARCIO CUNHA), FELIPE MOURA PARREIRA (POLICIA MILITAR DE MINAS GERAIS), ANDERSON FREITAS DE SOUZA ASSIS MORAIS (HOSPITAL MARCIO CUNHA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As causas mais comuns de síndrome pós-colecistectomia são desordens extra biliares, tais como pancreatite crônica, doença ulcerosa péptica, doença do refluxo gastroesofágico e síndrome do intestino irritável. Apenas em uma minoria dos casos os sintomas se devem a patologias próprias do trato biliar. A remoção parcial da vesícula biliar, que gera a permanência de vesícula residual ou remanescente é uma causa rara desta síndrome. Este artigo objetiva reportar um caso de paciente com dor abdominal recorrente secundária a ocorrência de vesícula residual. RELATO DE CASO: Mulher de 34 anos, branca, apresentou-se com história de episódios recorrentes de dor intensa no hipocôndrio direito, associados a náuseas e vômitos nos últimos 6 meses, evoluindo com dor abdominal intensa na última semana associados a colúria e acolia fecal, havendo também, relato de ter sido submetida a colecistectomia há 2 anos. Ao exame: paciente icterica, abdome flácido, doloroso em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. A avaliação ultrassonográfica evidenciou cálculos em topografia de vesícula biliar. Abordagem com colangiressonância referiu presença de tecido vesicular remanescente com vários cálculos em seu interior além de coledocolitíase. Culminou-se com a submissão da paciente a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica possibilitando a retirada de cálculo da via biliar principal após papilotomia endoscópica, sendo posteriormente realizada colecistectomia laparoscópica com remoção do remanescente de vesícula biliar com múltiplos cálculos em seu interior. CONCLUSÃO: A colecistectomia é o procedimento de escolha para o tratamento das colecistites agudas e crônicas com taxas de morbidade de em torno de 2% a 11% e com mortalidade de 0,06% a 0,1%. A colecistectomia subtotal é um procedimento bem aceito, seguro e uma alternativa definitiva à colecistectomia convencional em situações difíceis. Toda a mucosa residual deve ser removida e o ducto cístico deve ser ligado, no intuito de evitar a síndrome pós-colecistectomia, substrato da produção em questão.

PALAVRAS-CHAVES: VESICULA BILIAR | SINDROME POS-COLECISTECTOMIA | DIAGNOSTICO

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1627

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE WOLFHART-KUGELBERG-WELANDER (AMIOTROFIA ESPINHAL TIPO 3): RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL ALVES CARVALHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), TARCISIO VERSIANI AZEVEDO FILHO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), EDUARDO TOMAZ FROES (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), RODRIGO GUIMARÃES CORRADI (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), PABLO SILVA DOS ANJOS (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), DAFNE MARIA VILLAR GONÇALVES (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), PEDRO POLASTRI LIMA PEIXOTO (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK), LARISSA AMARAL CARREGAL (HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A amiotrofia espinhal (AE) é uma afecção autossômica recessiva caracterizada por fraqueza e paralisia muscular proximal progressiva devido à degeneração dos motoneurônios inferiores da medula. Poucos são os casos descritos na literatura de pacientes portadores da doença submetidos a procedimentos cirúrgicos e não há um consenso sobre qual a melhor via de acesso ou método anestésico para essa população. RELATO DO CASO: Paciente de 24 anos, portador de AE tipo 3, obesidade mórbida e síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono, em acompanhamento no ambulatório de Distrofias Musculares do Hospital Júlia Kubitschek (HJK). Limitação importante da deambulação e atividades cotidianas desde a época pré-escolar. Apresentou cólicas biliares recorrentes, colelitíase confirmada por ultrassonografia. Avaliado por equipe multidisciplinar e optou-se por colecistectomia videolaparoscópica, com reserva de leito UTI devido à presença de fatores preditores de via aérea difícil e a dificuldade de ventilação intrínseca da doença. O procedimento se deu por anestesia geral, intubação por fibrobroncoscopia. Não houve intercorrências intra-operatórias. O paciente foi extubado na sala de operação e manteve bom padrão respiratório, sendo dispensado o leito de terapia intensiva. Realizou exercícios respiratórios com a equipe de fisioterapia durante todo o pré e pós-operatório. Apresentou melhora clínica lenta, menor tolerância à dieta oral no 1º DPO (paciente restrito ao leito), com posterior aceitação. Intercorreu com pneumonia em base pulmonar esquerda, provavelmente complicação de atelectasia, tratada com antibioticoterapia e fisioterapia, com melhora clínica importante. No 8º DPO, a despeito da evolução favorável, apresentou dispneia súbita e rebaixamento do sensorio. Foi transferido à UTI, porém evoluiu com insuficiência respiratória grave e óbito, antes que pudesse ser realizada intubação oro-traqueal. O evento foi interpretado como tromboembolismo pulmonar, mesmo em uso de enoxaparina profilática. CONCLUSÃO: Há relatos escassos sobre cirurgia nesta população, com diferentes propostas anestésicas, incluindo anestesia geral, peridural e venosa total, além de vias de acesso à cavidade. A videolaparoscopia foi preferida por seus já conhecidos menores índices de morbidade. É necessário estar atento ao perfil do paciente portador de atrofia e distrofias devido à dificuldade em mobilizar secreções e limitação de movimento, de forma a prever as possíveis complicações.

PALAVRAS-CHAVES: amiotrofia espinhal | colecistectomia videolaparoscópica | fisioterapia respiratória

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1638

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA HEPÁTICA DIREITA APÓS COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO DE PIERI COAN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RACHID EDUARDO NOLETO DA NOBREGA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FRANCISCO JAVIER DAVILA SALAMEA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), MONICA ALEXANDRA JIMENEZ ZERPA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), RAISA BRINGHENTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA)

RESUMO: Introdução: Colecistectomia videolaparoscópica é o tratamento padrão para colelitíase sintomática. Há ainda a presença de taxas consideráveis de lesão vasculares e de via biliar. Pseudoaneurismas da artéria hepática direita são raros após a lesão vascular e de via biliar na colecistectomia videolaparoscópica e apresentam grande complexidade no seu manejo representando um desafio para o cirurgião. Relato: A.M.L., 79 anos, feminina, interna para realização de colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia transoperatória após episódio de pancreatite biliar aguda leve. No transoperatório foi identificada vesícula biliar contraída, com intensa fibrose entre o infundíbulo e a via biliar principal causada por cálculo impactado - Síndrome de Mirizzi. Na tentativa de dissecação do triângulo de Calot houve secção longitudinal da via biliar principal e da artéria hepática direita. Optado por conversão para técnica aberta, controlado sangramento com rafia de lesão vascular, realizado colecistectomia e colocado dreno de Kehr em via biliar principal. Colangiografia transoperatória demonstrava boa passagem de contraste para o duodeno. No pós-operatório paciente apresentou quadro de pancreatite aguda e hemorragia digestiva alta autolimitada. Nova colangiografia transdreno de Kehr mostrou migração de dreno causando obstrução de papila duodenal e tomografia computadorizada (TC) de abdome hematoma no leito da vesícula biliar e pseudoaneurisma em artéria hepática direita com cerca de 1 cm de diâmetro; endoscopia digestiva alta sem alterações. Recebeu alta hospitalar após com marcadores de colestase e função hepática normalizados, dreno de Kehr fechado sem novos episódios de exteriorização de sangramento. Colangiografia transdreno no retorno ambulatorial não apresentava alterações - retirado dreno. Quarenta dias após a alta, paciente apresentou quadro de hemorragia digestiva alta com instabilidade hemodinâmica. Endoscopia digestiva alta demonstrava hemobilia e TC aumento do pseudoaneurisma em artéria hepática direita (1,9cm). Realizado arteriografia que demonstrava sangramento arterial importante - realizada embolização de pseudoaneurisma. Paciente apresentou boa evolução e melhora do quadro hemodinâmico. Conclusão: Pseudoaneurisma de artéria hepática direita é uma rara, porém potencialmente fatal complicação de lesão iatrogênica vascular e de via biliar em colecistectomia videolaparoscópica. Seu diagnóstico é desafiador e o tratamento complexo.

PALAVRAS-CHAVES: Pseudoaneurisma de artéria hepática direita | Síndrome de Mirizzi | Colecistectomia videolaparoscópica

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1639

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento cirúrgico de adenoma viloso de papila duodenal - Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENATO DE CASTRO PEREIRA ROBERTO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), ALEXANDRA MANO ALMEIDA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), ANA PAULA FARIA MAIA PORTUGAL (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA), ANDERSON CARLOS BRASIL VASCONCELOS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA)

RESUMO: Introdução: Os tumores benignos de papila duodenal são raros, representado como mais frequente o adenoma viloso. Alguns autores acreditam na existência de um caráter pré-maligno, considerando que a degeneração maligna ocorre em 30% a 40% dos casos. O tratamento ainda permanece controverso, persistindo a dúvida quanto à conduta cirúrgica mais adequada, ressecção local ou duodenopancreatectomia. Relato de caso: Paciente L. C. A. S., 51 anos, agricultor, casado, natural de Quixelô e procedente de Iguatu. Tabagista e ex-etilista. Refere que há 2 anos iniciou prurido intenso associado à icterícia progressiva e perda ponderal (6kg em 8 meses). Relata episódios de febre com calafrios nesse período. Procurou atendimento médico no hospital regional de Iguatu, tendo realizado uma colangiorressonância em 29/06/16 que evidenciou pequena lesão sólida expansiva em projeção de papila duodenal, determinando moderada dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Nega internações e cirurgias prévias. Ao exame físico, bom estado geral, icterícia (2+/4+), afebril, cooperativo. Abdome plano, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes, fígado palpável a 5cm do RCD. Realizada Ecoendoscopia em 09/08/16 que evidenciou em topografia de papila duodenal lesão hipoecóica com cerca de 35mm em seu maior eixo, com invasão local de camada muscular, bem como realizada biópsia da lesão. Biópsia de papila duodenal com adenoma viloso com displasia de alto grau. Paciente foi submetido à cirurgia no dia 02/09/16, onde no intraoperatório evidenciou-se tumoração pediculada de cerca de 4cm envolvendo mucosa e papila duodenal. Realizada excisão de lesão papilar seguida de papilotomia ampla, após congelação de biópsia incisional que confirmou a benignidade do tumor, e colecistectomia com colangiografia. Houve visualização e cateterização do ducto de Wirsung. Biópsia da peça cirúrgica revelou adenoma viloso com focos de displasia de alto grau. Paciente evoluiu satisfatoriamente, assintomático recebendo alta hospitalar no 10º PO. Conclusão: Uma vez que se trata de uma afecção rara, a conduta de tratamento é objeto de grande discussão. A duodenopancreatectomia é a abordagem preferível para o tumor viloso, no entanto é um procedimento de alta taxa de morbimortalidade, justificado em pacientes com baixo risco cirúrgico e naqueles com alta chance de recidiva local. Nas lesões que se mostrarem benignas, opta-se por excisão local com margens de segurança precisas.

PALAVRAS-CHAVES: Adenoma de papila | tumor de via biliar | ressecção local

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1654

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ÍLEO BILIAR - UM RELATO DE CASO NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA EM MACAPÁ 2017

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO DA SILVA JUNIOR (FAMEMA), WANDERSON WILLIAN DOS SANTOS DIAS (HOSPITAL CRISTO REDENTOR), BRUNO DA SILVA PINGARILHO (UNIFAP), SAMUEL LAUER FILHO (UNIFAP), ANTONIO WALTER RAYMONDI LIZANA (UNIFAP), ELINALDO DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS (UNIFAP), TAMIRES IEMES VICHIAOFF (UNIMAR), HELUZA MONTEIRO DE OLIVEIRAF (UNIFAP)

RESUMO: Introdução: O Íleo biliar é complicação rara da colecistite decorrente de uma comunicação anormal entre a via biliar e o tubo digestivo a qual permite a migração de um cálculo biliar volumoso para a luz entérica. É responsável por 1% a 4% de todos os casos de obstrução intestinal mecânica e apresenta maior prevalência em pacientes com mais de 65 anos. O presente caso relata a história de um paciente com 38 anos de idade com historia previa de colelitase que evolui com quadro de íleo biliar. Relato de caso: Paciente sexo masculino, D.M.E 38 anos, procurou atendimento no serviço de emergência por apresentar história de dor abdominal difusa há quatro dias, tendo esta se intensificado nas 24 horas precedentes, associada a náuseas, vômitos e distensão abdominal. Relata episódios anteriores autolimitados de dor abdominal em região epigástrica e em hipocôndrio direito. Historia médica pregressa de colelitíase diagnosticada há 02 anos, com episódios frequentes de dor em hipocôndrio direito, autolimitado, nega ter realizado cirurgias anteriores e ou abdominais prévias. Na avaliação da admissão, paciente apresentava-se desidratado, discretamente hipocorado, taquipnéico, levemente taquicárdico e normotenso. Abdome difusamente doloroso à palpação, com redução dos ruídos hidroaéreos e descompressão brusca dolorosa presente. Exames laboratorias o hemograma com leucocitose (18.000cel/mm³ sendo 78% de segmentados, Ht, Hb, plaquetas e eletrólitos normais. A radiografia de abdome evidenciou distensão e níveis hidroaéreos em alças do intestino delgado e o Rx de tórax não apresentava alterações. Diagnosticou-se como abdome agudo e iniciado as medidas de suporte com reposição volêmica, introdução de sonda nasogástrica e solicitado avaliação da equipe de cirurgia geral. Conclusão: Paciente avaliado pela equipe de cirurgia geral onde optou-se pela laparotomia com acesso mediano, durante o ato operatório foi identificado corpo estranho em região de íleo terminal sem sinais sofrimento de alça a 30cm da válvula ileocecal onde foi realizado enterostomia mais retirada de calculo biliar de 3 cm aproximadamente e enterorrafia e posterior lavagem de cavidade abdominal e administração de antibioticoterapia com ceftriaxone e metronidazol encaminhado para enfermaria com evolução clinica favorável e alta hospitalar com dez dias.

PALAVRAS-CHAVES: ÍLEO BILIAR|ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO|LAPAROTOMIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1665

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SCHWANNOMA PANCREÁTICO: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CECÍLIA ARAÚJO CARNEIRO LIMA (IMIP - INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA), MARIA LUÍSA MONTEIRO DE OLIVEIRA (IMIP - INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA), LUCIANA DE HOLANDA LIMA DORNELAS CÂMARA (IMIP - INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA), EUCLIDES DIAS MARTINS FILHO (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO (RICO - REAL INSTITUTO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA)), THALES PAULO BATISTA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO (RICO - REAL INSTITUTO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA)), ANA CAROLINE DE SOBRAL MELO PATU (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO (RIO - REAL INSTITUTO DE ONCOLOGIA)), PAULA CARVALHO DE ABREU E LIMA BRITO (LABORATORIO ADONIS CARVALHO), JEFFERSON CORREIA DE SOUZA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO (RIO - REAL INSTITUTO DE ONCOLOGIA))

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Schwannoma pancreático é uma neoplasia rara originada das células de Schwann. Geralmente esses tumores ocorrem nas extremidades, podendo ser encontrados em uma menor proporção em cabeça e pescoço, mediastino e retroperitônio, sendo incomuns na região pancreática. Afetam adultos com a mesma distribuição entre os sexos com variação considerável de tamanho. Menos de 50 casos de schwannoma pancreático foram descritos na literatura estrangeira nos últimos trinta anos, não sendo encontrada nenhuma referência na literatura brasileira. RELATO DE CASO: Uma mulher de 24 anos, sem comorbidades prévias, descobriu incidentalmente uma tumoração no pâncreas através de TC para investigação de dor abdominal. Procurou o serviço de cirurgia oncológica, sendo submetida a realização de uma RM que evidenciou uma tumoração na cabeça do pâncreas medindo 2,1x1,7x1,9 cm. A paciente foi submetida, na nossa instituição, a uma gastropancreatoduodenectomia com anatomopatológico confirmando uma neoplasia fusocelular com margens livres. A imuno-histoquímica apresentou painel positivo para S100 consistente com Schwannoma benigno. No momento, a doente se encontra em seguimento clínico sem qualquer sinal de doença recorrente. CONCLUSÃO: Os schwannomas pancreáticos são neoplasias raras que surgem de fibras autonômicas simpáticas ou parasimpáticas, ambas percorrendo o pâncreas como ramos do nervo vago. A média de idade dos pacientes acometidos é de 55 anos com igual distribuição entre os sexos. Os principais sintomas relacionados à doença incluem dor abdominal e perda de peso. Os exames de imagem utilizados no diagnóstico são a TC ou RM de abdome total. A biópsia guiada por ecoendoscopia é uma opção útil ao diagnóstico pré-operatório. Citologicamente, os schwannomas são caracteristicamente compostos por células em forma de fuso e a imuno-histoquímica é útil com painel fortemente positivo para proteína S-100. O tratamento definitivo é cirúrgico e se limita, na maioria das vezes, a enucleação simples. Nas revisões de casos a ressecção mais comum foi a pancreaticoduodenectomia (32%). Isso se explica, principalmente, pela dificuldade no diagnóstico preciso e a relação com o tamanho do tumor. Uma avaliação histopatológica por congelação deve ser realizada, se possível, pois ajuda a evitar uma ressecção mais radical. No entanto, quando os tumores se tornam maiores e com risco de sangramento associado, uma ressecção mais extensa pode ser necessária.

PALAVRAS-CHAVES: schwannoma, células de schwann, tumor benigno|tumor pancreático, schwannoma pancreático, raro|gastroduodenopancreatectomia, S-100, pâncreas

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1681

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pancreatite Autoimune: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS ROBERTO CARVALHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JÉSSICA MONTENEGRO PONTES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GABRIELLA SANCHO LEITE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOSANN FREDERICO RIBEIRO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Introdução: Pancreatite autoimune (PAI) é uma doença crônica, rara e benigna, que causa aumento focal ou difuso do pâncreas, tornando-o caracteristicamente fibrótico e inflamatório, cuja clínica se assemelha bastante com o carcinoma de pâncreas. Acomete em maioria homens de meia idade. Os corticoides podem induzir uma remissão completa da doença, embora possam ocorrer recidivas após a interrupção do tratamento. Relato de Caso: R.V.S., masculino, 63 anos, deu entrada no serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano, em João Pessoa/PB, com queixa de icterícia, perda de peso, acolia fecal, colúria e prurido. Tomografia de abdome evidenciou dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas com abaulamento da cabeça do pâncreas. Colangiorressonância mostrou discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas, aumento do calibre do hepato-colédoco (9.0 mm), com redução gradativa do seu calibre. Realizado CPRE, que mostrou dilatação de vias biliares e afilamento de colédoco distal. Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico com vistas à duodenopancreatectomia. Porém, no intra-operatório foi evidenciado volumoso tumor de cabeça de pâncreas, multinodular, com extravasamento grosseiro da sua cápsula e extensão para corpo e cauda do mesmo; colédoco dilatado e endurecido, medindo aproximadamente 1 cm de diâmetro e nódulo hepático no segmento III. Foram realizadas derivação biliodigestiva e biópsias múltiplas. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. O laudo histopatológico evidenciou pancreatite crônica com denso infiltrado linfoplasmocitário com eosinofilia, fibrose intensa periductal e periacinar e focos de flebite; ausência de sinais de malignidade em todas as amostras. O estudo imunológico posterior corroborou o diagnóstico de pancreatite autoimune. O paciente fez uso de prednisolona 40 mg/dia, reduzida gradativamente, durante 8 semanas, com resolução completa do quadro clínico. Conclusão: Por ser uma doença incomum, o diagnóstico de PAI muitas vezes é diagnosticado apenas no resultado anatomopatológico e imuno-histoquímico. Portanto, é importante que o cirurgião tenha conhecimento e índice de suspeição desta doença durante os achados intra-operatórios na tentativa de reduzir a incidência de realização de cirurgias de maior morbidade, considerando que a PAI responde muito bem ao tratamento clínico, melhorando as chances de uma sobrevida maior e melhor após uma intervenção cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreatite Autoimune | Icterícia Obstrutiva | Pâncreas

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1682

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pancreatite Aguda por Hipertrigliceridemia: Relato de Caso e Revisão Bibliográfica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VITOR PEREIRA FREGONEZZI (FACULDADE INGÁ), ADORÍSIO BONADIMAN (FACULDADE INGÁ), WANDERLISTER DUQUE TAVARES (FACULDADE INGÁ), BRUNA MENDONÇA LEITE (FACULDADE INGÁ), ESTELLA THAISA SONTAG DOS REIS (FACULDADE INGÁ)

RESUMO: Relato de Caso: Mulher, 33 anos, com história de dor abdominal, de início súbito, em região epigástrica com irradiação para região lombar alta, de forte intensidade, associada à náusea, vômitos e taquidispnéia. Abdome distendido, doloroso difusamente a palpação. Exames complementares na admissão: Amilase 930U/l; Lipase 1.026U/l; Triglicérides (TG) 3.731mg/dL; Radiografia de tórax: sinais de congestão do parênquima pulmonar em bases e derrame pleural bilateral; Ultrassonografia de abdome: Hepatopatia difusa grau II, sugerindo esteatose, processo inflamatório pancreático; Tomografia computadorizada: sinais de pancreatite aguda (PA) necrotizante, borramento peripancreático, Classificação de Balthazar E. Introdução: A PA tem como etiologias principais colelitíase e etilismo. Entretanto, níveis elevados de TG sérico são responsáveis por até 10% de todos os casos, ocupando o terceiro lugar na causa de PA. Paciente com PA e níveis de TG acima de 1000mg/dl sugere como etiologia a hipertrigliceridemia. O presente estudo visa abordar a importância do diagnóstico da hipertrigliceridemia como fator etiológico da PA. Discussão: O tratamento da PA por hipertrigliceridemia será planejado de acordo com a gravidade do quadro e a presença ou não de infecção. Derivados do ácido fibríco, estatinas, niacina e ômega 3 são as opções terapêuticas disponíveis atualmente. Para redução imediata do TG é disponível a plasmaférese, estudos comprovam a redução da morbimortalidade deste método. Tratamento não farmacológico inclui: redução de peso, dieta hipolipídica e exercício físico regularmente. No respectivo caso, como tratamento adotou-se suporte clínico, jejum, hidratação controlada, estatina e fibrato. Permaneceu em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por 9 dias, 3 três dias em enfermaria e posteriormente, alta hospitalar com desfecho clínico resolutivo e satisfatório. Conclusão: A PA por hipertrigliceridemia apesar de relativamente incomum deve sempre ser investigada em pacientes com diagnóstico de PA sem colelitíase ou história de etilismo. Deve-se elucidar o diagnóstico e tomar conduta imediata, pois o excesso de TG é mostrado como fator de mau prognóstico, associado a aumento no número de internações em UTI e forma grave de PA.

PALAVRAS-CHAVES: pancreatite por hipertrigliceridemia | pancreatite por hiperproteïnemia | pancreatite aguda

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1688

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Síndrome Sump associada a litíase biliar intra-hepática

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THATIANA MACHADO BRASIL (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO), RICARDO CORTEZ VASSALLO (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO), JOSE JULIO DO REGO MONTEIRO FILHO (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO), CAROLINA ALMEIDA DE GUEDES VAZ (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO), CLARISSE DE MOURA CUBRIC (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO), MARINA CARRIELLO MULULO (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO), EMÍLIO TOSTO NETO (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO)

RESUMO: Objetivo: Relatar um caso raro de Síndrome Sump (SS) em paciente submetida a derivação biliodigestiva (BD) à Madden, relacionado à coledocolitíase e cálculos intra-hepáticos primários, tratado com sucesso por via endoscópica. Método: Estudo qualitativo com dados obtidos através de anamnese, exames complementares, revisão de prontuário, registro fotográfico e revisão bibliográfica. Descrição do caso e Resultados: Paciente sexo feminino, 64 anos, deu entrada na emergência referindo dor abdominal, náuseas e icterícia há 2 dias, evoluindo com hipotensão e palpitações. Exame físico: Ictérica 2+/4+, taquicárdica, normotensa, afebril. Abdome doloroso à palpação superficial e profunda em epigástrio e hipocôndrio direito, Sinal de Murphy +. Relata colecistectomia prévia ?2 vezes?, sendo a última intervenção em 2001 (SIC). Tomografia computadorizada de abdome: Aerobilia e importante dilatação de vias biliares intra-hepáticas. Laboratório: Leucócitos 17.200 com 3% de bastões, bilirrubina total 3,52, bilirrubina direta 2,95, amilase 153, lipase 166, fosfatase alcalina 919 e gama gt 1574. Colangiressonância: múltiplas falhas de enchimento intra-hepáticas e em terço proximal do colédoco sugestivas de cálculos. Por meio de CPRE foi visualizada anastomose BD à Madden ampla e diagnosticada SS associada a coledocolitíase e múltiplos cálculos intra-hepáticos, procedendo papilotomia ampla sem intercorrências, com remoção de lama e pequenos cálculos em terço distal, seguido de cateterismo pela anastomose com retirada de vários cálculos de 2-3 mm e lama biliar. Foram necessárias mais três sessões de CPRE, para remoção de cálculos intra-hepáticos. A paciente apresentou evolução favorável, com melhora clínica e laboratorial. Conclusão: É cada vez mais rara a SS, pelo fato da BD à Madden ter perdido espaço para procedimentos endoscópicos e radiológicos. O tempo médio para manifestação dos sintomas é de 6 anos, porém no caso descrito ocorreu após 16 anos da BD. A CPRE foi diagnóstica e terapêutica para o caso relatado, sendo o tratamento preferencial para SS a esfínterectomia por via endoscópica. Em caso de falha, a alternativa é a confecção cirúrgica de anastomose BD em Y de Roux. Bibliografia: Sharma. M; Ma. A; Mohan.P. Role Of upper gastrointestinal endoscopy in the treatment of sump syndrome. Tropical Gastroenterology 2012;33(1):73-75 Storm. A; Thompson. C. Endoscopic management of sump syndrome resulting from endoscopic choledochogastrostomy. GIE Journal 2015;83(5):1037

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome Sump | Derivação biliodigestiva | Litíase intra-hepática

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1690

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: A IMPORTÂNCIA DA COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA COLEDOCOLITÍASE: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: YASMIN BIONE DINIZ (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), DEBORAH MACÊDO RIGONI PRANDINI (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), MAFIRA PEREIRA SAFT (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), BRUNA MARTINS NEIVA BRINGEL (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), RONE ANTONIO ALVES ABREU (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS), CAMILA MONTEIRO DA ROCHA (INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS)

RESUMO: OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre a importância da Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPRE) no diagnóstico e tratamento da coledocolitíase. MÉTODOS: Estudo descritivo e bibliográfico que teve a coleta de dados baseada em Artigos Científicos indexados nas fontes de Pesquisa online: Pubmed, LILACS e Scielo. Sendo os termos chaves utilizados na busca: CPRE, coledocolitíase, colecistectomia. RESULTADOS: A coledocolitíase é definida como a presença de um ou mais cálculos no interior do colédoco. Ela acontece de duas formas. Primária, que é a forma mais rara, onde os cálculos se formam diretamente no interior do colédoco e são chamados de cálculos pigmentares castanhos, responsável por 10% dos casos, compostos por: bilirruginato de cálcio misturado com bactérias, proteínas e pequena parcela de colesterol. Os cálculos secundários são responsáveis por 90% dos casos, e acontecem como uma complicação da colelitíase de 8-20% dos casos. Pode sugerir a presença de coledocolitíase quando houver dilatação igual ou superior a 0,5 cm de diâmetro no colédoco em pacientes com diagnóstico de colelitíase. O exame padrão ouro para o diagnóstico de coledocolitíase é a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE), que tem a vantagem de ser também potencialmente terapêutica. O tratamento da colelitíase é cirúrgico, sendo a colecistectomia por via laparoscópica o padrão-ouro. Por muitos anos a colecistectomia aberta (CA) com coledocotomia ou esfínteroplastia com limpeza do ducto biliar eram o padrão-ouro para o tratamento de ambas as patologias. Durante a última década a colecistectomia laparoscópica (CL), substituiu a CA no tratamento da litíase biliar. As dificuldades técnicas no tratamento laparoscópico da coledocolitíase e o desenvolvimento da CPRE têm levado a amplas possibilidades de tratamentos cirúrgicos endoscópicos para pacientes com colelitíase e coledocolitíase suspeitos. A CPRE terapêutica consiste na canulação da papila maior seguida de esfínterotomia com retirada de cálculos. A morbidade é de cerca de 5-8%, e a mortalidade geral é de cerca de 0,2-0,5%. O índice de sucesso terapêutico fica em torno de 71-75% no primeiro procedimento, e de 84-95% após múltiplos procedimentos. CONCLUSÃO: A abordagem da coledocolitíase por CPRE intra-operatória, guiada por cateterização da papila hepatopancreática através do ducto cístico seguida de colecistectomia videolaparoscópica mostrou-se segura e eficaz.

PALAVRAS-CHAVES: COLEDOCOLITÍASE | CPRE | COLECISTECTOMIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1695

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO IRRESSECÁVEL COM METÁSTASE RETROPERITONEAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: STHEFÂNIA MENDONÇA FRIZOL (UNIVERSIDADE DE FRANCA), CRYSTHYAN MAGNO DE JESUS SIQUEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FRANCA), NAÍNA LIMA DA SILVEIRA (UNIFRAN), ANA CLAUDIA FERNANDES AZARIAS (UNIFRAN), DANIELLE LEMES DUTRA (UNIFRAN), CRISTINA HELENA TEOLOGIDES MARCON (UNIFRAN), PHILLIPE BUGNER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FRANCA)

RESUMO: Colangiocarcinomas são tumores raros das vias biliares que representam menos de 2% dos cânceres malignos. Os pacientes só apresentam sintomas em fases mais avançadas da doença e é neste momento que grande parte dos diagnósticos são feitos. Para identificar essas alterações de forma precoce é necessário ter em mente em casos de icterícia obstrutiva os colangiocarcinomas. Os avanços em exames de imagem e nas técnicas cirúrgicas têm aumentado a sobrevivência nos últimos anos e aventado uma expectativa de possibilidade de cura. No entanto, ainda são poucos os pacientes que possuem critérios para tratamento. O caso descrito despertou o interesse devido a sua raridade e decorrente à melhora clínica e laboratorial frente à intervenção de drenagem biliar endoscópica associada à quimioterapia. As informações foram coletadas na Enfermaria de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Franca e revisado prontuário do paciente. O levantamento bibliográfico foi realizado através dos bancos de dados Scielo, Pubmed e Lilacs. Relato do Caso: O caso clínico se refere a um paciente atendido no Pronto Atendimento da Santa Casa de Misericórdia de Franca com síndrome colestática à esclarecer em que foi diagnosticado colangiocarcinoma em estágio avançado, classificação de Bismuth IIIA. O tratamento cirúrgico não foi instituído devido ao tumor já se apresentar estágio avançado e a presença de metástases retroperitoneais, tornando-o irressecável. A drenagem biliar endoscópica foi realizada como terapia paliativa e proposto quimioterapia após a alta hospitalar. Conclusão: Tumores da árvore biliar são relativamente incomuns. O diagnóstico do colangiocarcinoma é difícil e mesmo com todos os avanços da medicina, ainda são necessários estudos para melhor caracteriza-lo. É importante ter em mente que ele é um essencial diagnóstico diferencial da icterícia com padrão colestático e que se o tratamento em grande parte das vezes será apenas paliativo, devido ao diagnóstico tardio, deixando muitas vezes os pacientes um prognóstico bastante reservado.

PALAVRAS-CHAVES: Colangiocarcinoma | Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica | Prótese Biliar

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1700

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pancreatite Aguda por Ascaris lumbricoides - Um Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NAYARA FALCÃO RODRIGUES (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA), BRUNO ALMEIDA LESSA CASTRO (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA), ANA JULIA DE JESUS CANDEA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA), YURI NÓBREGA ROCHA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA), PEDRO HENRIQUE DE CARVALHO MOTA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA), TADEU JOSÉ FONTENELE LEITE CAMPOS (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA), CHARLES OLIVEIRA DA SILVEIRA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA), DANILO DE ANDRADE LIMA (HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA)

RESUMO: Introdução: A infestação pelo Ascaris lumbricoides representa a principal forma parasitária que acomete a espécie humana. Usualmente este verme se instala na luz intestinal, porém em alguns casos, eles podem migrar para outros locais como os ductos pancreáticos, os ductos biliares e a vesícula biliar. Devido a estas localizações não usuais, os pacientes podem desenvolver complicações como colangite, colecistite, abscesso hepático e pancreatite aguda. As causas mais frequentes de pancreatite aguda são a litíase biliar e o etilismo. Assim, a infestação pelo Ascaris é incomum como causa de pancreatite, principalmente entre os pacientes adultos. Relato de Caso: Paciente, 30anos, feminino, internada por quadro de dor abdominal em hipogástrio com evolução de aproximadamente 30 dias. Nas ultimas 24h antes do internamento, a dor passou a ser difusa com irradiação para dorso, sendo associada com náuseas, vômitos e hiporexia. Não apresentou icterícia, colúria e/ou acolia fecal. Ao exame: bom estado geral, anictérica, afebril, taquípneica e pulso de 120bpm; abdome globoso, doloroso a palpação superficial e profunda, principalmente em abdome inferior, sem sinais de irritação peritoneal. História Patológica Pgressa: sem comorbidades e sem cirurgias prévias; com relato de verminose há 01 ano sem tratamento. Exames: Hb: 12,9; Leuco: 22.010; Palq: 347.000; Ur: 109; Cr: 1,75; BT: 1,54; BD: 0,70; BI: 0,84; TGO: 32; TGP: 44; Amilase: 1337; Lipase: 531; LDH: 1671; GGT: 106; FA: 97. UGS Abdominal: vesícula biliar com imagem ecogênica linear (Ascaris?), pâncreas heterogêneo e aumentado de volume. Paciente evoluiu com pancreatite grave, ficando internada na UTI durante 03 dias. Avaliada pela cirurgia geral, foi indicado inicialmente tratamento clínico e piperazina. Após melhora, paciente foi submetida à colecistectomiavideolaparoscópica, com a remoção de áscaris da vesícula biliar. Conclusão: A invasão das vias biliares por Ascaris é um evento raro, devido à tortuosidade e ao diâmetro reduzido do ducto cístico. O diagnóstico pode ser feito durante a cirurgia ou através da US ou colangiopancreatografiaendoscópica retrógrada (CPRE). A US é o exame de escolha no diagnóstico de ascaridíase biliar, particularmente da vesícula biliar. O quadro clínico da ascaridíase biliar quase sempre se assemelha a outras colecistopatias, sobretudo as litiásicas. O tratamento preconizado consiste na administração de drogas anti-helmínticas e a remoção do verme por via endoscópica ou cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreatite | Ascaris | Colecistectomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1734

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Exploração laparoscópica de vias biliares após insucesso da CPRE em tratar um caso de coledocolitíase

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FÁBIO CALANDRINI RODRIGUES (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), NIMER RATIB MEDREI (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), ANDRÉ ARAUJO DE MEDEIROS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), LUIZ FLAVIO DE ANDRADE REIS (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE), SAMARA NASER (HOSPITAL DA REGIÃO LESTE)

RESUMO: Introdução: A conduta ideal no paciente com colecistolitíase e coledocolitíase concomitantes ainda permanece controversa. A CPRE seguida de colecistectomia é o método preferido atualmente, embora estudos randomizados tenham demonstrado que a colecistectomia associada a exploração laparoscópica das vias biliares tem eficácia e segurança semelhantes. Relato de caso: Paciente FMF, feminina, 84 anos, branca, viúva, natural de Fortaleza/CE, residente no DF há 40 anos, compareceu ao Pronto-Socorro de Cirurgia Geral com queixa de ? dor na barriga há um dia?. Paciente referia dor abdominal em hipocôndrio direito, de forte intensidade, em cólica, sem irradiação, que piorava cerca de 1 hora após alimentação, há um dia, associada a hiporexia e calafrios/febre (não aferida); Negava náuseas, vômitos, alteração de hábito intestinal e urinárias. Ao exame físico se apresentava em regular estado geral, hipocorada (+/4+), anictérica, eupneica, afebril. Abdome globoso, doloroso à palpação profunda em HD, com sinal de Murphy presente. Exams laboratoriais mostraram discreta leucocitose Bilirrubinas Totais de 1,9 mg/ dL, além de aumento das transaminases e enzimas canaliculares. Foi realizada colangiorressonância nuclear magnética que mostrou falha de enchimento em colédoco distal sugerindo presença de cálculo único, com dilatação de vias biliares a montante. A paciente foi então submetida à CPRE, na qual foi realizada papilotomia ampla e tentativa de remoção do cálculo sem sucesso. Após 7 dias foi realizada cirurgia videolaparoscópica para colecistectomia com colangiografia intra-operatória, na qual se verificou que o cálculo permanecia na via biliar. Procedeu-se à exploração das vias biliares por meio de coledocotomia, com sucesso em desobstruir a via biliar comum, comprovado por nova colangiografia ao final do procedimento. Conclusão: A conduta ideal no paciente com colecistolitíase e coledocolitíase concomitantes ainda permanece controversa. A CPRE seguida de colecistectomia é o método preferido atualmente, embora estudos randomizados tenham demonstrado que a colecistectomia associada a exploração laparoscópica das vias biliares tem eficácia e segurança semelhantes. Embora a taxa de sucesso atual da CPRE no tratamento da coledocolitíase seja de cerca de 90%, nem todos os casos são resolvidos por essa técnica. Por exemplo em casos de variações anatômicas em estômago ou duodeno, em casos de cálculos grandes e impactados, e/ou associados a estenose de vias biliares.

PALAVRAS-CHAVES: Coledocolitíase | Laparoscopia | Exploração de vias biliares

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1740

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DRENAGEM TRANSGÁSTRICA NO TRATAMENTO DO PSEUDOCISTO PANCREÁTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE MOULIN NAUMANN (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI), DAVID SUCUPIRA CRISTINO (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI), CAMILA PACHECO E SOUZA DA SILVA (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI), GUILHERME COSTA E SILVA (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI), STEPHANIE GIULIANNE SILVA MORELLI (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI), MAURICIO ANDRADE AZEVEDO (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI), CASSIANA PESSOA KOTZIAS (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI), RODRIGO DE OLIVEIRA LIMA (COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI)

RESUMO: O pseudocisto pancreático (PP) é a complicação mais comum de pancreatite com incidência aproximada de 14,6% nas pancreatites agudas e 41,8% nas pancreatites crônicas. São as afecções mais comuns após episódios de pancreatite crônica, pancreatite por trauma e álcool induzidas. Os cistos originados das pancreatites não alcoólicas tem incidência baixa 1,6 - 4,5%. As formações císticas podem ser de origem intrapancreáticas (necrose de tecido pancreático) ou extrapancreática (acúmulo de secreção fora do parênquima pancreático), são mais frequentes no sexo masculino e na faixa etária adulta. Paciente M.V, sexo masculino, com 58 anos, com queixa de dor abdominal em faixa, de início pela manhã, de forte intensidade, refratária a analgesia, associado à náuseas, vômitos, anorexia, perda de peso de 15 kg no último mês. Relatava episódios prévios semelhantes sem busca de atendimento médico. Como antecedentes pessoais etilista crônico com consumo de destilados diariamente, tabagista 45 anos/maço, negava cirurgias ou patologias conhecidas. Solicitado TC de abdome contrastado: observou volumoso processo expansivo cístico na topografia da porção cefálica e processo uncinado pancreático, com paredes espessas e irregulares densificando a gordura adjacente, medindo cerca de 8.7 x 8.4 cm, sem aparente comunicação com o ducto pancreático principal, porém causando efeito compressivo com discreta ectasia do ducto pancreático (4mm) e moderada dilatação da árvore biliar, demais porções do parênquima pancreático de aspecto habitual. Impressão radiológica: processo expansivo cístico na topografia cefálica pancreática determinando dilatação moderada das vias biliares que no contexto clínico podendo corresponder a pseudocisto pancreático. Realizado gastrotomia transversa na parede anterior gástrica, localização da parede do pseudocisto através de punção do mesmo e aspiração de 20 ml de conteúdo líquido citrino que fora enviado posteriormente a análise laboratorial (citologia e cultura ? posteriormente negativos), incisão da parede posterior gástrica transversa de aproximadamente 8 cm comunicando a parede anterior do pseudocisto com a parede posterior gástrica, com drenagem de grande quantidade de conteúdo citrino, controle da hemostasia local. A Drenagem Laparotômica é uma técnica segura de ser realizada com alto índice de sucesso na drenagem, com baixa índice de recidiva e relativamente com pouca mortalidade e morbidade associadas.

PALAVRAS-CHAVES: pseudocisto pancreático | drenagem transgástrica | pancreatite

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1751

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tecido Pancreático Ectópico na Vesícula Biliar

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PLINIO CARLOS BAU (PUCRS), ANGELICA MARIA LUCCHESI (PUCRS), FÁBIO BARLEM HOHMANN (PUCRS)

RESUMO: O pâncreas ectópico ou heterotópico é uma anormalidade de origem embriológica e é definida pela presença de tecido pancreático histologicamente identificado fora da topografia normal sem qualquer conexão anatômica, vascular ou neural com a glândula. É uma condição patológica rara, mas com o potencial de causar sintomas graves, às vezes atribuídos a causas idiopáticas. Os autores apresentam um paciente assintomático submetido a colecistectomia laparoscópica por pólipos com o laudo da patologia descrevendo a presença de tecido pancreático associado. Uma breve revisão da literatura também é apresentada. O pâncreas ectópico ou heterotópico é uma anormalidade de origem embriológica e é definida pela presença de tecido pancreático histologicamente identificado fora da topografia normal sem qualquer conexão anatômica, vascular ou neural com a glândula. É uma condição patológica rara, mas com o potencial de causar sintomas graves, às vezes atribuídos a causas idiopáticas. Os autores apresentam um paciente assintomático submetido a colecistectomia laparoscópica por pólipos com o laudo da patologia descrevendo a presença de tecido pancreático associado. Uma breve revisão da literatura também é apresentada.

PALAVRAS-CHAVES: pâncreas ectópico | vesícula biliar | colecistectomia laparoscópica

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1788

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÃO PANCREÁTICA NA SINDROME DE VON HIPPEL LINDAU

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE DE MORICZ (SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUCAS MORETO BETINI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR. (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCOS BELOTTO DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARINA DE PAULA CANAL (SANTA CASA DE SÃO PAULO), RONI DE CARVALHO (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução:A doença de von Hippel Lindau é uma síndrome hereditária, autossômica dominante, manifestada por uma variedade de tumores. Critérios diagnósticos em casos isolados: 2 Hemangioblastomas (de SNC ou retina) ou de 1 Hemangioblastoma somado a uma manifestação visceral. Nos casos familiares 1 manifestação é suficiente para o diagnóstico. Classificada em tipo I: Hemangioblastomas, Cistos e Carcinomas renais e Doença cística pancreática; esses pacientes não apresentam feocromocitoma. Tipo IIA: Hemangioblastomas, Feocromocitoma e tumores de ilhotas pancreáticas; esses pacientes não apresentam Carcinoma de rim. Tipo IIB: Hemangioblastomas, Feocromocitoma, tumores renais e pancreáticos. Anormalidades pancreáticas são comuns na doença de Von Hippel Lindau. Cistos pancreáticos simples e Cistoadenomas serosos são na maioria assintomáticos, podendo causar sintomas por compressão extrínseca. A prevalência de tumores neuroendócrinos do Pâncreas em series clínicas variam entre 9 e 17%. Estes podem metastatizar para o fígado e produzir sintomas devidos a peptídeos secretados. A maioria destes tumores são assintomáticos. O tratamento de tumores neuroendócrinos é cirúrgico, com ressecção nas lesões maiores que 3 cm de diâmetro no corpo ou cauda, ou 2 cm na cabeça do pâncreas. De uma série de 3 casos da Santa Casa de São Paulo, uma paciente com tipo I, segue em tratamento expectante com boa evolução, um segundo caso do tipo IIB, realizou Nefrectomia por nódulo renal em 06/2016, recusou a Pancreatectomia e recebe Sunitimibe, sem sinal de metástase em 1 ano de seguimento e o terceiro caso, também tipo IIB, realizou Pancreatectomia Subtotal.Caso clínico:M. L. F.O, 63 anos com nódulo solido 4,4 cm em rim esquerdo e nódulo em adrenal esquerda 4,9 cm, múltiplos cistos e pâncreas completamente calcificado com nódulo solido 2,3 cm em cauda de pâncreas. Realizado em 08/02/2017 Nefroadrenalectomia radical esquerda e Pancreatectomia Subtotal com Colectomia e derivação biliodigestiva colédocoduodenal. Paciente com boa evolução no pós operatório, recebe alta da UTI no 3º dia de pós operatório, sendo realimentada por boca no 5º pós operatório com boa aceitação da dieta.Conclusão:Bons resultados com o tratamento cirúrgico da Nefrectomia a curto e médio prazos e da Pancreatectomia a curto prazo. A longo prazo vamos comparar o tratamento cirúrgico e não cirúrgico dos tumores pancreáticos.

PALAVRAS-CHAVES: PÂNCREAS|VON HIPPEL LINDAU|PANCREATECTOMIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1793

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO DA PANCREATITE AGUDA BILIAR: RECENTES EVIDÊNCIAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: HENRIQUE AUGUSTO LINO (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA), BIANCA LISA DE FARIA (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA), DANILO NADAL RODRIGUES (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA), FÁBIO MONTEIRO MOTA (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE ITAÚNA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A pancreatite aguda biliar(PAB) é a forma mais comum da condição resultante da ativação de enzimas pancreáticas, por obstrução biliar, sendo causa de graves complicações. Com o surgimento de evidências, novos paradigmas surgiram sobre seu tratamento.OBJETIVO: Rever as condutas no tratamento da PAB.MÉTODO: Revisão bibliográfica com os descritores DeCS/MeSH ?pancreatitis;acute? e ?management? nos bancos de dados ACCESSSS, PubMed, Scielo e Cochrane Library, selecionados: 2 ensaios clínicos randomizados(ECR), 9 revisões sistemáticas, narrativas e meta-análises(MA), 3 sumários e 1 estudo transversal.RESULTADOS: A PAB grave, definida por mais de dois critérios de Ramsom ou por critérios tomográficos, deve ser prontamente abordada, com analgesia, anticoagulação, antiácidos, reposição hidroeletrólítica, suporte nutricional e ventilatório. MA sugerem uso de opioides, não sendo constatadas complicações que impeçam seu uso, como a suspeita hipertonia no esfíncter de Oddi, desfecho não comprovado em ECR. O lavado peritoneal não é mais preconizado, por não reduzir complicações. Antibióticos, conforme MA, são indicados apenas em evidência de necrose infectada. Coleções assépticas são de abordagem clínica, através das medidas citadas, e a necrose séptica, grave, é indicação cirúrgica. Antes abordada através de necrosectomia precoce, sua abordagem inicial deve ser drenagem por cateter, sendo a necrosectomia reservada em casos refratários e realizada tardiamente. Sua abordagem precoce não demonstrou redução da resposta inflamatória sistêmica em ECR, enquanto o desbridamento tardio, 3 a 4 semanas após instalação do quadro, resultou em menor morbimortalidade. Não há definição de qual tipo de abordagem cirúrgica, se fechada ou aberta, é a melhor para a necrosectomia, demandando estudos adicionais, porém, técnicas minimamente invasivas demonstraram menor incidência de complicações pós-operatórias, sendo escolha em serviços experientes. A colecistectomia previne recorrências de PAB, colelitíase e colangite, sendo indicada. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com papilotomia e extração dos cálculos é controversa, não demonstra redução da morbidade, porém especialistas ainda defendem a prática.CONCLUSÃO: PAB é potencialmente letal e imprevisível, devendo ser imediatamente abordada, clínica ou cirurgicamente, para evitarem-se complicações adicionais. Sobre seu tratamento cirúrgico, observa-se tendência para o uso futuro de abordagens minimamente invasivas.

PALAVRAS-CHAVES: pancreatite aguda | biliar | tratamento

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1810

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMOSSUCUS PANCREATICUS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IDVALDO SALAZAR MARTINS MESSIAS (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARRICHIO), FELIPE MARTINS DEVAI (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARRICHIO), CAMILA ABELHA BINATTO (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARRICHIO), HISASHI AOYAGI (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARRICHIO), CAROLINA BARROS DA ROCHA (HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARRICHIO)

RESUMO: RESUMO:O Hemosuccus pancreáticos é uma causa de hemorragia digestiva alta. A etiologia mais frequente e a ruptura de um aneurisma de artéria esplênica associado a uma pancreatite aguda ou crônica. Outras causas seriam a pancreatolitíase e o pseudocisto de pâncreas. É mais frequente em homens e está relacionada a ingestão de álcool. O tratamento muitas vezes é tardio pela dificuldade em se fazer o diagnóstico. Palavras chave: hemosuccus pancreaticus, pseudohepobilia, wirsunrragia

INTRODUÇÃO Hemosuccus pancreaticus é uma causa de hemorragia gastrointestinal secundária à ruptura de um aneurisma ou pseudo-aneurisma da artéria esplênica ou de seus ramos, no interior do ducto pancreático. Menos comumente, as artérias gastroduodenal e hepática estão envolvidas (Viana; Ishikawa; Menezes, 2005). O alcoolismo tem sido descrito como a principal causa de pancreatite com complicação vascular e sangramento gastrointestinal espontâneo (Eckhauser et al,1980). Já nos casos de etiologia biliar a formação de pseudocisto e pseudo-aneurisma é menos frequente. O primeiro caso foi relatado por Lower E Farrel (1931). Sandblom (1970) foi o primeiro a descrever um caso de ruptura de aneurisma para o ducto de Wirsung. O relato clínico mostra a condução de um caso, de paciente admitida no pronto socorro com hemorragia digestiva persistente, icterícia e história de pseudocisto pancreático, com internações anteriores pelo mesmo motivo e exames inicialmente sem anormalidade.

PALAVRAS-CHAVES: hemosuccus pancreaticus|pseudohepobilia|wirsunrragia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1832

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HEMATOMA INTRAMURAL DE DUODENO SECUNDÁRIO À PANCREATITE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO HENRIQUE BOTTO DE OLIVEIRA (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), RAIZA SAMEICA ESPER (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), RODRIGO CAMPOS OCARIZ (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), FLORA SPECIAN SARTORI (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), LUCAS MARCELO DIAS FREIRE (UNICAMP), FRANCISCO CALLEJAS NETO (UNICAMP), EVERTON CAZZO (UNICAMP)

RESUMO: Introdução: O hematoma duodenal intramural espontâneo é uma doença incomum e geralmente relacionada à terapia anticoagulante. Outras causas incluem várias doenças pancreáticas, colagenoses, úlceras pépticas e aneurisma pancreaticoduodenal. Objetivo: Descrever um caso de hematoma intramural duodenal causado por episódio de agudização de pancreatite crônica. Resultados: JCAP, masculino, branco, 43 anos, etilista crônico há 25 anos (2 litros de destilados/dia). Antecedente de pancreatite aguda há 5 anos. Queixa de forte dor típica há 3d e melena. À admissão tinha leucograma = 15mil/uL, hemoglobina = 16g/dl, amilase = 99U/L. Fez CT com sinais de pancreatite crônica e volumoso hematoma submucoso duodenal desde o bulbo até a 3ª porção com sangramento ativo intramural em território de artéria gastroduodenal. À EDA: duodeno com grande hematoma submucoso, sem sangramento ativo para a luz. Hb de controle de 12g/dl; indicada angioembolização de a. gastroduodenal. Após o procedimento, houve piora da dor; CT evidenciou abdomen agudo perfurativo. À laparotomia: duodeno isquêmico com hematoma volumoso de parede e rotura duodenal de 6cm de extensão do bulbo até o arco, e pancreatite aguda. Feita rafia duodenal, exclusão pilórica e gastroenteroanastomose em Y de Roux. Paciente evolui com fístula duodenal de alto débito. Iniciado tratamento com NPP, octreotida e antibioticoterapia, evoluindo com regressão em 9 dias. CT de controle mostrou regressão do hematoma e manteve pancreatite crônica, sem agudização. EED mostrou exclusão pilórica e gastroenteroanastomose pérvia. Seguido por 1 mês sem intercorrências. Conclusões: Uma das complicações mais raras e fatais da pancreatite é o sangramento espontâneo de vasos intestinais. Ocorre erosão de vasos por extravasamento de enzimas proteolíticas. Os sintomas incluem dor, melena, hematêmese e sangramento retroperitoneal. O diagnóstico inclui EDA, CT e angiografia. As terapias incluem reparo cirúrgico, endoscópico e técnicas endovasculares. A embolização arterial é a mais recomendada no manejo dos sangramentos. Cirurgia deve ser considerada apenas em pacientes hemodinamicamente instáveis. O presente caso demonstra a necessidade de alto grau de suspeição para o diagnóstico de sangramentos causados por pancreatite, além da possibilidade de complicação grave e rara após embolização (perfuração visceral), com necessidade de rápida intervenção.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreatite alcoólica | Hemorragia gastrointestinal | Duodenopatias

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1835

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Adenocarcinoma de vesícula biliar com achado incidental de tumor do estroma gastrointestinal sincrônico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO FERNANDES DE ALVARENGA (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), GIULIANO CAMPOLIM GAGLIOTI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), GLAUCO LEONEL PERTICARRARI OSÓRIO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), LORRAINE CRISTINA PASSOS MARTINS (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), CAMILA ALOISE CRUZ (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: Introdução: O adenocarcinoma de vesícula biliar é relativamente incomum, apesar de corresponder ao câncer mais comum do trato biliar. Sua patogênese é pouco entendida e apresenta, em geral, prognóstico ruim. O tumor do estroma gastrointestinal é o mais comum tumor mesenquimal do trato digestivo e, por sua heterogeneidade histológica, seu prognóstico é bastante variável, apesar de apresentar boa resposta com o atual tratamento quimioterápico. Relato de caso: Paciente de 67 anos, do sexo feminino, com diagnóstico prévio de colelitíase sintomática foi submetida a colecistectomia laparoscópica eletiva em 18/08/2016. Exame anatomopatológico da peça operatória revelou adenocarcinoma de vesícula biliar, estágio T2. Tomografia computadorizada de abdome para estadiamento realizada em 11/10/2016 mostrou espessamento gástrico exofítico de 5cm em corpo gástrico e não foram encontradas alterações de vias biliares, lesões hepáticas ou linfonodomegalias. Realizada endoscopia digestiva alta em 05/11/2016, que visualizou lesão exofítica submucosa de 3cm em região cárdica. Exame anatomopatológico de biópsia da lesão foi sugestivo para tumor do estroma gastrointestinal. Paciente foi submetida em 21/11/16 a ampliação de leito cístico com ressecção de segmento hepático V e linfadenectomia de hilo hepático, além de gastrectomia total e reconstrução em Y, em mesmo procedimento sem intercorrências. Em 3º dia de pós-operatório, foi introduzida dieta enteral e, em 5º dia de pós-operatório, foi diagnosticada fístula de anastomose esôfago-jejunal, que evoluiu para fechamento com tratamento conservador. Recebeu alta em 17º dia de pós-operatório, sem novas intercorrências. Exame anatomopatológico da peça operatória evidenciou tumor do estroma gastrointestinal de alto grau com margem esofágica livre, segmento V hepático livre de comprometimento neoplásico, linfonodos gástricos (30) e hepáticos (11) sem metástases. Atualmente, paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial com Oncologia Clínica, que iniciou adjuvância com imatinibe. Conclusão: A ocorrência sincrônica de tumores do estroma gastrointestinais e carcinomas gastrointestinais tem sido esporadicamente descrita, porém fatores fisiopatológicos comuns não foram evidenciados e ambos parecem constituir entidades patológicas distintas. A maior parte dos carcinomas sincrônicos foi de origem gástrica, ao passo que a associação com tumores de vias biliares parece ser bastante rara.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias da vesícula biliar | Tumores do estroma gastrointestinal | Tumores sincrônicos

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1846

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ASPECTOS CIRÚRGICOS E PÓS-CIRÚRGICOS DA ATRESIA BILIAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLARISSA MENEZES MONTEIRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES (UNIT)), JOSÉ PASSOS DE OLIVEIRA JUNIOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), ITALO DANTAS RODRIGUES (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), GABRIEL MARTINS TOMAZ ROCHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), ELIZIA REGINA AMANCIO MEDRADO DE ALMEIDA (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES), ALLEF ROBERTO GOMES BEZERRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES)

RESUMO: INTRODUÇÃO A atresia biliar é um distúrbio multifatorial com evolução variada, possuindo como causas uma associação entre fatores infecciosos e autoimunes e que se configura como a causa cirúrgica mais comum para colestase neonatal. A portoenterostomia de Kasai é um procedimento de escolha para restituição do fluxo biliar. OBJETIVO Revisar os aspectos atuais sobre a atresia biliar englobando a importância dos procedimentos cirúrgicos e fatores associados do pós-tratamento. METODOLOGIA Trata-se de um estudo de revisão baseado na pesquisa de artigos atuais na base de dados SCIELO e PUBMED nos meses de janeiro e fevereiro de 2017. Utilizaram-se como descritores: atresia biliar, Kasai, colestase neonatal e pós-cirúrgico. RESULTADOS E DISCUSSÃO O procedimento cirúrgico de Kasai mostra-se como uma boa ferramenta como procedimento de ponte, permitindo a retenção do fígado nativo. O bom prognóstico da doença associa-se com menor grau de fibrose hepática, proliferação ductal e ausência de malformação da placa ductal. Além disso, a padronização do manejo protocolizado com o trabalho pré-operatório uniforme, a técnica cirúrgica e o manejo pós-operatório parecem ser os fatores coesivos para um melhor resultado. No pós-cirúrgico, o uso de esteroides no manejo ainda é controverso, apesar de existir evidências de que altas doses possuem alguns efeitos benéficos. Seu uso tem sido comprovadamente associado a uma diminuição das citocinas sistêmicas, redução da inflamação no local e maior liberação de bilirrubina. A antibioticoterapia também é foco de muitas controvérsias. Entretanto o uso de cefalosporinas de terceira geração ainda é citado a fim de se evitar infecções. CONCLUSÃO Constatou-se que, a atresia biliar é uma colestase do recém-nascido e tem bom prognóstico dependente do tratamento cirúrgico. Sabe-se que o paciente, na maioria dos casos, apresenta boa melhora da icterícia e o uso de esteroides tem acelerado esse progresso ao passo que o uso de antibióticos ainda não é consenso entre os pesquisadores. MOREIRA, R. K. et al. Biliary Atresia: A Multidisciplinary Approach to Diagnosis and Management. Arch Pathol Lab Med?Vol 136, July 2012. E.J. BIJL, et al. The long-term outcome of the Kasai operation in patients with biliary atresia: a systematic review. Netherland, vol. 71, no 4 may 2013. TYRASKIS A.; DAVENPORT M. Steroids after the Kasai procedure for biliary atresia: the effect of age at Kasai portoenterostomy. London SE5 9RS, UK, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: ATRESIA BILIAR|KASAI|COLESTASE NEONATAL

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1864

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RUPTURA ESPONTANEA DE DUCTO COLEDOCO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLA MARIANA GONÇALVES CARVALHO E SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), MAYARA MAGRY ANDRADE DA SILVA (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), RAIMUNDO NONATO VAZ DE SOUSA FILHO (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), ÁLISSON DUARTE MARTINS (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), ISADORA MARIA MATIAS BATISTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), MAURO ANDRÉ GONÇALVES CARVALHO E SILVA (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), HUDYSON OLIVEIRA ROCHA (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), WELLIGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O ducto colédoco é uma parte terminal das vias biliares permitindo a excreção da bile. Ele é formado entre o canal cístico vindo da vesícula biliar e do ducto hepático comum vindo das vias biliares intra-hepáticas. A perfuração espontânea do sistema biliar extra-hepático é extremamente rara, com exceção da ruptura da vesícula que ocorre em 3% a 10% dos casos de colecistite aguda. A fisiopatologia desse processo pode ser explicada pela presença de anomalias congênitas ou doenças obstrutivas adquiridas. O aumento da pressão intraluminal conduz para um enfraquecimento do fluxo sanguíneo e do suplemento linfático do ducto colédoco, causando a necrose da parede e a perfuração. O objetivo do trabalho foi relatar um caso de perfuração espontânea de ducto colédoco abordado na emergência de um hospital público de referência de Teresina-PI. RELATO DE CASO: C.M.L.C, feminina, 75 anos, deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor abdominal, vômitos, febre e icterícia. Realizou exames complementares US e TC abdominal que sugeriram colecistite aguda complicada (espessamento parietal, dilatação das vias biliares e líquido espesso pericolecístico). Foi submetida a laparotomia exploradora evidenciando perfuração espontânea de ducto colédoco de aproximadamente 1cm com vazamento de bile na cavidade associado a coledocolitíase e colecistite aguda. Realizado colecistectomia com exploração das vias biliares com retirada dos cálculos, colangiografia intra-operatória e drenagem das vias biliares com dreno de Kher. A paciente recebeu alta no 5o dia de pos-operatório sem intercorrências. O dreno de Kher foi retirado no 21o dia após controle radiológico. CONCLUSÃO: A colecistite aguda tratada na urgência pode ser associada com complicações maiores como a perfuração espontânea da via biliar, e esta deve ser devidamente tratada na urgência por um cirurgião com experiência em cirurgia hepatobiliar.

PALAVRAS-CHAVES: Coledocolitíase | Ruptura espontânea | Colecistite aguda

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1881

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COLECISTITE CALCULOSA EM 2 PACIENTES COM SÍNDROME DE BARDET-BIEDL.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS RENATO SALES BEZERRA (HOSPITAL GETULIO VARGAS), MIGUEL AUGUSTO ARCOVERDE NOGUEIRA (HOSPITAL GETULIO VARGAS), VINICIUS DE OLIVEIRA FERRO (HOSPITAL GETULIO VARGAS), LEVY DE AGUIAR PONTES (HOSPITAL GETULIO VARGAS), THIAGO SOARES GONDIM MEDEIROS (HOSPITAL GETULIO VARGAS), MARIA DALLARA BARROSO E SILVA (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), NATHAN CAVALCANTE DE ARAUJO JUNIOR (FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL), ANDREA DE CASTRO SILVA (UNINOVAFAP)

RESUMO: A síndrome de Bardet-Biedl (SSB) é uma rara afecção caracterizada pela presença de obesidade, polidactilia, distrofia retiniana, hipogonadismo, atraso no desenvolvimento e malformações renais. Neste relato, os autores apresentam dois casos de SSB associado a colecistite calculosa não documentado ainda na literatura existente.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Bardet-Biedl | Obesidade | Vesícula biliar

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1882

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pancreatite por Leptospirose: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENATA THOMAZ KATZENELSON (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), GABRIELLA LUCATO ZUNTA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), LAÍS AGUILLAR GOMES (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), RENATA FILOMENA BONATTI RAMOS DE ARAUJO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), TIBERIO AUGUSTO OLIVEIRA COSTA (HOSPITAL SÃO FRANCISCO), GABRIEL MOSTARO FONSECA (HOSPITAL SÃO FRANCISCO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Leptospirose é uma zoonose e sua transmissão ocorre pelo penetração através da pele da *Lepstospira interrogans* a partir do contato com urina de animais infectados ou água contaminada. OBJETIVO: Relatar um caso de acometimento renal e pancreático causado por Leptospirose e compará-lo com a literatura. RELATO DE CASO: A.A.P.O, feminino, 41 anos, residente em área rural, com quadro de cefaleia hemicraniana esquerda, dor abdominal difusa e oligúria há 7 dias. Apresentava-se em regular estado geral, desidratada, descorada, icterícia, com abdome doloroso à palpação difusa e edema em membros inferiores de 2+/4+. Solicitados exames laboratoriais que evidenciaram leucocitose com desvio a esquerda, aumento da creatinina, ureia, amilase, fosfatase alcalina e bilirrubina direta. Com hipótese diagnóstica de IRA e optou-se por jejum, hidratação endovenosa, antibioticoterapia empírica e sintomáticos. Evoluiu com quadro febril, hipotensão, flapping em membros superiores e inferiores, piora da icterícia, cefaleia e da dor abdominal, sendo indicado tratamento dialítico. Com hipótese diagnóstica de Síndrome Ictérica Febril e Pancreatite Aguda solicitou-se sorologias para Febre Amarela, Dengue, Leptospirose, provas de atividades reumáticas, exames de imagem e novos exames laboratoriais. Evidenciou-se aumento da Bilirrubina direta, Amilase, Lipase e TGO e TGP mantiveram-se dentro dos padrões de normalidades, decréscimo da Ureia e Creatinina, provas reumáticas negativas e sorologia positiva para Leptospirose. Com diagnóstico de Pancreatite e Injúria Renal Aguda por Leptospirose foi introduzido antibioticoterapia, mantido jejum e hidratação endovenosa. A paciente evoluiu bem e segue em acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: A leptospirose é uma doença infecciosa de início abrupto com manifestações variáveis sendo dividida em fase precoce, que é autolimitada e a fase tardia, que pode ocorrer evolução para manifestações clínicas graves. A pancreatite associada à leptospirose é infrequente e deve suspeitar-se partir do quadro de dor abdominal, icterícia e aumento da amilase e lipase. Todavia, a IRA pode cursar com aumento da amilase, o que torna a diferenciação diagnóstica difícil. CONCLUSÃO: Em pacientes com dor abdominal associada a Leptospirose, deve-se suspeitar de acometimento pancreático e diferenciar se a elevação da amilase é consequente a IRA, visando o melhor prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreatite | Dor Abdominal | Leptospirose

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1888

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Colecistectomia aberta em paciente com ducto cístico duplo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VANESSA DOMICIANO DE SOUZA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CUIABÁ), DOUGLAS DOLCE DOMINGUES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CUIABÁ)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A duplicação da vesícula biliar é uma anomalia congênita rara. Este achado operatório com dois ductos císticos pode levar a dificuldade diagnóstica ou lesão iatrogênica da via biliar principal. O objetivo deste estudo é relatar um caso de colecistectomia aberta em paciente com septação de vesícula biliar e com duplicação do ducto cístico. **RELATO DO CASO:** Paciente feminina, 57 anos, negra, apresentou-se com história de dor abdominal eventual de moderada intensidade em hipocôndrio direito, com piora após ingestão de alimentação gordurosa, sem febre, icterícia ou colúria. Relatava história de várias crises de dor tipo cólica em hipocôndrio direito, com início há dois anos. Nega comorbidades. O exame físico era normal. Exames laboratoriais dentro dos limites da normalidade. A ultrassonografia revelou litíase biliar e ausência de dilatação das vias biliares. A paciente foi submetida à colecistectomia aberta e no ato operatório foi observada vesícula biliar de aspecto inflamatório crônico, com paredes espessadas. Foi realizada dissecação cuidadosa do hilo, com identificação do ducto cístico. A via biliar principal e sua junção com o ducto cístico foram identificadas e visto outro ducto "cístico", confirmado após análise minuciosa da anatomia biliar. Mantido ambos ductos císticos e a artéria cística isolados. Para excluir lesão da via biliar principal foi realizada identificação dos ductos hepáticos comum, direito e esquerdo. A vesícula biliar foi dissecada do seu leito, sendo realizado ligadura da artéria cística, seguida da ligadura de ambos ductos císticos. Realizado a secção de ambos os ductos císticos. A abertura da vesícula evidenciou ducto cístico duplicado com septação completa da vesícula biliar confirmados pelo exame anatomo-patológico. A paciente teve boa evolução. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico pré-operatório de duplicação da vesícula biliar é sempre muito difícil, uma vez que a sintomatologia é indistinguível dos casos de vesícula única. Pode ser, entretanto, um achado incidental. A vesícula dupla pode ser detectada durante um estudo ultrassonográfico cuidadoso. O diagnóstico preciso de duplicação da vesícula biliar deve ser estabelecido no ato operatório, com colangiografia, para excluir a ocorrência de lesão da via biliar principal. O exame da vesícula no final da operação e anatomopatológico são necessários para estabelecer o diagnóstico de certeza.

PALAVRAS-CHAVES: COLECISTECTOMIA | DUCTO CÍSTICO DUPLO | LESÃO VIA BILIAR

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1916

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COLEDOCOLITÍASE ASSOCIADA À ELEVAÇÃO DE CA 19-9 SUPERIOR A 1000 U/L

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO BOSCO CHADU JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - MG (UFU)), MARIANA DE GREGORIO FARIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA), JEFFERSON ALVIM DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA), RAFAEL PIRES RESENDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA), CRISTHIAN RODRIGO SEQUEIROS PENA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA), ISMARA LOURDES SILVA JANUARIO CHADU (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A coledocolitíase é uma complicação relativamente comum da colelitíase, ocorrendo em cerca de 8 a 18% dos casos. O CA 19-9 é um antígeno carboidrato de superfície, atuando como marcador tumoral de neoplasias do pâncreas e vias biliares, estômago ,etc. A elevação do CA 19-9 pode ocorrer em doenças benignas , porém não é uma condição comum. Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso de elevação de CA 19-9 acima de 1.000 U/l em um caso de coledocolitíase. RELATO DO CASO: MWRB , 86 anos, feminino e procedente de Uberlândia ? MG. A paciente apresentava história de dor abdominal tipo cólica em hipocôndrio direito, vômitos , astenia e relato de icterícia. Negava colúria, acolia fecal e febre.Ao exame físico apresentava icterícia moderada.Os exames laboratoriais mostravam bilirrubina total de 5,39 mg/dl, direta de 3,91 mg/dl e indireta de 1,48 mg/dl. A fosfatase alcalina era de 367 U/L e gama GT de 427 U/L. A hemoglobina era de 5,8 g/dl. O ultrassom de abdome evidenciou dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas e vesícula biliar distendida com cálculos no seu interior. Solicitado CA 19-9 e tomografia de abdome que mostrou formação nodular com centro hipodenso no hepatocolédoco distal com dilatação das vias biliares .O Ca 19-9 era de 1.148 U/l. A ressonância de vias biliares mostrou vesícula biliar de conteúdo heterogêneo e afilamento do colédoco distal com suspeita de neoplasia.Diante da possibilidade de neoplasia optamos pela abordagem cirúrgica. Paciente foi então submetida à colecistectomia com colangiografia intra operatória(CIO) por videolaparoscopia. A CIO mostrou dilatação das vias biliares e cálculos na via biliar principal sem passagem do contraste para o duodeno. Realizada exploração transcística com retirada de vários cálculos da via biliar. Posicionada sonda nasogástrica transcística. Paciente evoluiu com queda progressiva das enzimas canaliculares e bilirrubinas. Após quatro semanas apresentava CA 19-9 de 38 U/l. Foi então realizada colangiografia pela sonda que apresentou vias biliares de calibre normal , sem cálculos ou obstrução e boa passagem do contraste para o duodeno.CONCLUSÃO: Os níveis elevados de CA 19-9 não pode ser condição absoluta para diferenciação entre doenças benignas e malignas das vias biliares. A coledocolitíase pode ser uma condição benigna com altos níveis de CA 19-9, porém em pacientes idosos e com elevação acentuada do marcador tumoral doenças malignas devem sempre serem descartadas.

PALAVRAS-CHAVES: COLEDOCOLITIASE | CA 19-9 | BENIGNA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1922

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PANCREATITE AGUDA NO HOSPITAL SÃO PAULO DA EPM-UNIFESP

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO NOGUEIRA SAKAYA (UNIFESP - EPM), FRANZ ROBERT APODACA TORREZ (UNIFESP - EPM), ALBERTO GOLDENBERG (UNIFESP - EPM), EDSON JOSÉ LOBO (UNIFESP - EPM), GASPAS DE JESUS LOPES FILHO (UNIFESP - EPM), JOSÉ ANTÔNIO RIBEIRO TAVIERA (UNIFESP - EPM)

RESUMO: Objetivo: A pancreatite aguda é uma doença sistêmica caracterizada pelas diferentes formas de apresentação clínica e radiológica que a mesma pode adotar. Tem como etiologia uma série de fatores, sendo os principais em 80% a 90% das vezes de origem biliar e o consumo do álcool. Os aspectos epidemiológicos da doença embora bem conhecidos são o resultado de estudos realizados em outros centros. É nosso objetivo apresentar as características clínicas e epidemiológicas da doença no serviço de urgências do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina ? UNIFESP. Método: Estudo retrospectivo a partir da revisão de prontuários médicos de pacientes admitidos de forma consecutiva com o diagnóstico de pancreatite aguda. Os critérios de inclusão foram idade acima de 15 anos de idade, o diagnóstico foi realizado de acordo a presença de 2 de 3 critérios (dor abdominal, aumento dos níveis de lipase e/ou lipase sérica três vezes acima do limite superior da normalidade e método radiológico com alteração pancreática) e classificados segundo o escore de Ranson. Resultados: Entre Janeiro de 2011 e dezembro de 2015 foram internados 182 pacientes, a média de idade foi de 51 anos, discreto predomínio do sexo feminino (53,84%). O fator etiológico principal foi o biliar em 78,6%, seguido do álcool em 13,2% e em 8,2% dos casos, não possível identificá-lo. Após a estratificação 84% foram qualificados como leve e 16% grave. Dos pacientes qualificados como graves 80% tiveram 3 critérios positivos e 20% 4 ou mais, desses doentes 6 evoluíram para o óbito. Conclusão: O perfil epidemiológico dos pacientes com pancreatite aguda em nosso serviço se assemelha aos já publicados em outros centros, o principal fator etiológico é a de origem biliar, a incidência é maior em adultos jovens e com discreto predomínio do sexo feminino. A maioria dos pacientes graves que apresentavam 3 critérios de Ranson positivos no momento da internação tiveram boa evolução, mostrando assim a necessidade de adotar novas formas de estratificação e classificação da doença.

PALAVRAS-CHAVES: PANCREATITE AGUDA | ESCORE RANSON | PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1949

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR EM PACIENTE DE 17 ANOS - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CRISTIANO DA COSTA CASAES FILHO (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), ROBERTO CARLOS ARAÚJO JUNIOR (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), ANDRÉ LUIZ FERMINO (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), FERNANDA MARIA DAMASCENO SHIMADA (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR PAULO PRATA), ISADORA ALESSIO DOMICIANO (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR PAULO PRATA), OSVALDO CAIEL FILHO (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), MARCIO PIZARRO PIMENTA (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), IRINEU FERREIRA TEIXEIRA (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS)

RESUMO: Introdução: O câncer da vesícula biliar ocorre 2 a 3 vezes mais frequente em mulheres do que em homens, sendo mais de 75% dos pacientes com mais de 65 anos de idade (1,2). Vários fatores têm sido associados a um maior risco de desenvolvimento do câncer da vesícula biliar, entre eles a colelitíase é o mais comum, chegando a estar presente em 75% a 95% dos casos (2). Relato de caso: Paciente E.F.C, 17 anos, feminina, parda, estudante, natural e procedente de Barretos, procurou atendimento na Unidade de Pronto Atendimento na cidade de Barretos-SP com quadro de dor torácica e epigastralgia há 2 meses com piora dos sintomas há 1 mês. Realizou ultrassonografia no período com laudo sugerindo a hipótese de neoplasia de vesícula biliar. Apresentava dor à palpação em hipocôndrio direito com sinal de Murphy positivo. Mediante o quadro, foi encaminhada à Santa Casa de Misericórdia de Barretos para investigação e tratamento. Durante a internação foram realizados: Tomografia Computadorizada de abdome e Colangio-pancreatografia por Ressonância Nuclear Magnética, esta ultima evidenciando lesão sólida, séssil, de base larga, junto à parede da região fúndica da vesícula biliar, com crescimento exofítico, sem sinais de acometimento do parênquima hepático circunjacente; lesão com características semelhantes, menor, vista na parede posterior; sem evidencias de dilatação de vias biliares intra ou extra-hepáticas, nem cálculos no colédoco. A conduta terapêutica final foi a Colecistectomia simples videolaparoscópica. Não houve contaminação da cavidade por produtos biliares. O anatomopatológico demonstrou adenocarcinoma bem diferenciado, polipóide com invasão em profundidade, até a submucosa, não sendo observada invasão angiolinfática e com margens cirúrgicas livres de comprometimento. A paciente recebeu alta após recuperação cirúrgica, em boas condições clínicas. Encaminhada para seguimento ambulatorial, mantendo-se assintomática e estando sem sinais de recidiva da doença. Conclusão: Os métodos de tratamento curativo incluem colecistectomia simples ou estendida, a depender do grau de estadiamento (1,2,3). Porém, na maioria dos casos, o tratamento do câncer de vesícula biliar é paliativo por apresentarem lesões avançadas e irresssecáveis no momento do diagnóstico (2,3). No caso descrito, a colecistectomia foi o tratamento adequado para a paciente uma vez que esta apresentava estadiamento T1a, ou seja, tumor confinado à mucosa ou submucosa da vesícula biliar (2).

PALAVRAS-CHAVES: ADENOCARCINOMA | VESÍCULA BILIAR | COLECISTECTOMIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1954

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA NECROSE PANCREÁTICA: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAMILA MARIA NASCIMENTO FIRME (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), JOSE JULIO FARIAS DE ARRUDA (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), ADNEA CANDIDO GALDINO SIQUEIRA (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), VICTOR MELO DINIZ (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), CAMILA CORREIA PIMENTEL CAMPELO (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), EUNIVALDO FERNANDES DE HOLANDA (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO), GUILHERME DA CONTI OLIVEIRA SOUSA (HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DE PERNAMBUCO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A pancreatite aguda (PA) é uma condição inflamatória do pâncreas, com evolução imprevisível. Litíase biliar e alcoolismo são os fatores etiológicos mais comuns e respondem por cerca de 80% dos casos em adultos. Na maioria das vezes, o diagnóstico é baseado na presença de dor abdominal e indicadores bioquímicos de lesões pancreáticas. A Tomografia Computadorizada (TC) é o melhor exame de imagem para diagnosticar as lesões pancreáticas e estratificar a doença que, associada à condição clínica do paciente, permite diagnosticar complicações, como a necrose, e mostra detalhes anatômicos, para orientar punções, aspirações e intervenção cirúrgica, quando indicadas. RELATO DE CASO: Paciente, J.C.N., 44 anos, sexo masculino, natural e procedente de Recife, agente penitenciário, sem comorbidades. Procurou o SPA (Serviço de Pronto Atendimento) do HSE em 02/11/2016 com queixa de dor em hipocôndrio direito há 3 meses, com piora há uma semana. Negava etilismo e tabagismo. Submetido a exames laboratoriais (Leucócitos 14.420, amilase 1273, lipase 7917) e TC de abdômen com achado de espessamento do pâncreas associado a densificação e borramento dos seus contornos e coleções líquidas peripancreáticas. Paciente evoluiu com persistência de dor abdominal, piora laboratorial, sendo realizada nova TC após 21 dias do internamento com achado de volumosa formação cística na retrocavidade em relação com o corpo do pâncreas, medindo 13,6 x 11,1 x 9cm nos maiores diâmetros, sugestivo de necrose não encapsulada. Paciente submetido a drenagem do pseudocisto por via endoscópica na 5ª semana da admissão e posteriormente submetido a duas novas abordagens endoscópicas com necrosectomia após uma semana. Paciente recebeu alta hospitalar após dois dias do último procedimento, mantém acompanhamento ambulatorial com o serviço. CONCLUSÃO: Coleções pancreáticas agudas ou crônicas são uma das complicações mais comuns da pancreatite. Podem ser resultado da inflamação devida a trauma, pós-cirurgia, pós-transplante ou obstrução dos ductos pancreáticos. A ocorrência de infecção nestas coleções é um evento sério e constitui uma indicação consensual para tratamento agressivo. A abordagem terapêutica clássica tem sido, ao longo de décadas, a laparotomia com necrosectomia que, porém, apresenta complicações dramáticas em muitos doentes. No entanto, com o advento de novas e mais avançadas ferramentas endoscópicas, a drenagem endoscópica minimamente invasiva tornou-se a abordagem preferencial.

PALAVRAS-CHAVES: PANCREATITE AGUDA|NECROSE PANCREÁTICA|PSEUDOCISTO

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1961

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de Caso: Íleo biliar

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALINE TIEMI KANO SILVA (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), RENATO DE MEDINA COELI (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), CARLOS ROCHA MAIA (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), RAÍSSA DE OLIVEIRA AQUINO SHUFFNER (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), LEANDRO ADAMI VASQUES (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), FERNANDA MARSICO DO COUTO TEIXEIRA (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), MATHEUS SILVA DE SOUZA BERÇOT (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), AFRA ROANA SIQUEIRA DE CASTRO (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES)

RESUMO: IntroduçãoO Íleo biliar é complicação rara da colecistite decorrente de uma comunicação anormal entre a via biliar e o tubo digestivo a qual permite a migração de um cálculo biliar volumoso para a luz entérica. É responsável por 1% a 4% de todos os casos de obstrução intestinal mecânica e apresenta maior prevalência em pacientes com mais de 65 anos. Relatamos o caso de paciente com diagnóstico de colelitíase prévia que apresentou obstrução intestinal devido ileo biliar. Relato de casoPaciente feminino de 62 anos, admitida na emergência do Hospital Federal Cardoso Fontes com dor em hipocôndrio direito associado a náuseas e vômitos de 5 dias de evolução, nega febre no período.Ao exame físico paciente hipocorada, com taquipneia, taquicardia e sudorese.Abdome distendido, doloroso a palpação difusamente, com descompressão dolorosa.Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose com desvio, PCR e escórias nitrogenadas aumentadas, gasometria arterial com acidose metabólica. O exame de imagem realizado foi a Tomografia computadorizada de abdome e pelve sem contraste demonstrando pneumoperitонеo, liquido livre e imagem hiperdensa em alça ileal, sendo interrogado intussuscepção ou cálculo impactado, com dilatação a montante, vesícula escleroatrófica e aerobilia. Indicado laparotomia exploradora de emergência.No intraoperatório, liquido entérico livre em cavidade, identificado pequena solução de continuidade jejunal bloqueada a cerca de 60cm do ângulo de treitz com calculo volumoso de 4cm de diâmetro impactado a 1m do treitz, com dilatação amontante. Foi realizado extração do calculo com posterior enterorrafia. Vesícula biliar com intenso bloqueio de toda loja sem evidencia de extravasamento de líquido biliar, optado por não abordar.Paciente evoluiu bem no pós operatório imediato, permanecendo internada por 8 dias em antibioticoterapia, com melhora da função renal e do quadro de sepse.Segue em acompanhamento ambulatorial. ConclusãoO tratamento cirúrgico do ileo biliar envolve a enterotomia fora da área de obstrução, em área livre de sofrimento vascular, seguido de ordenha do cálculo com sua extração e rafia da enterotomia. Quando existe processo inflamatório intenso na topografia da vesícula biliar, é mais prudente não se abordar a região, devido ao risco de lesões iatrogênicas graves.Concluimos que a doença calculosa vesicular pode provocar o aparecimento de complicações graves, razão pela qual devemos pensar na indicação da colecistectomia eletiva.

PALAVRAS-CHAVES: Colelitíase | Obstrução intestinal | abdome agudo

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1981

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO DO PÂNCREAS: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: UIRÁ FERNANDES TEIXEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), EDUARDO MADALOSSO ZANIN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), TATIANA MIE MASUKO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), DIEGO INÁCIO GOERGEN (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), MARCOS BERTOZZI GOLDONI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), FABIO LUIZ WAECHTER (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA), PAULO ROBERTO OTT FONTES (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA)

RESUMO: Introdução: Tumores neuroectodérmicos primitivos (PNET) apresentam-se como formas raras de neoplasias com diferentes graus de diferenciação. Em casos raros, PNETs podem surgir em órgãos sólidos com células neuroectodérmicas, como no pâncreas. Além deste caso, somente 18 casos de PNET pancreático foram descritos na literatura mundial. Essa neoplasia ocorre predominantemente em crianças e adolescentes. Geralmente insidiosos ou assintomáticos mesmo em estágios avançados. Apesar do mau prognóstico, tratamento cirúrgico ou/e quimioterapia são os tratamentos aceitos. Relato do Caso: Mulher, 28 anos, admitida na emergência com dor epigástrica há 14 dias associada a prurido cutâneo difuso, icterícia, colúria e acolia. Ao exame físico: bom estado geral e massa endurecida em região epigástrica e hipocôndrio direito. CEA e CA19-9 normais. Ultrassom abdominal demonstrou massa volumosa, heterogênea e hipoecóica de cerca de 13x9x13 cm em região epigástrica. Apresentava áreas císticas em seu interior, entre o lobo hepático esquerdo e o pâncreas. Também mostrou dilatação do ducto intrahepático e ducto biliar comum proximal. TC com contraste mostrou massa com componentes líquidos e sólidos com captação intensa do contraste intravenoso. Não demonstrou infiltração local. Paciente foi submetida à gastroduodenopancreatectomia. Aparência macroscópica da massa era sólida e cística, encapsulada e multiloculada com áreas de necrose. Maior diâmetro de 11,5 cm. Patologia mostrou neoplasia de pequenas células redondas azuis com citoplasma organizado em ninhos com estroma fibrovascular. Poucas mitoses e muitas áreas de necrose evidenciadas. Imunohistoquímica fortemente positivo para CD99, vimentina, CKM e CD 56. Boa recuperação pós-operatória. Sem sinais de recidiva após 3 anos. Quimioterapia e radioterapia não foram utilizadas; já que paciente foi classificada como ressecção R0. Conclusão: PNETs devem ser considerados no diagnóstico de tumores como os de pequenas células pouco diferenciadas, carcinomas neuroendócrinos, pancreatoblastomas e outros. Imunohistoquímica é muito útil no diagnóstico. Não há sinais nem sintomas específicos de PNETs. Sintomas tendem a ser insidiosos. TC e RMN são os exames mais utilizados. PNETs são tumores agressivos freqüentemente diagnosticados já com metástases. A associação entre cirurgia para controle local e quimioterapia é priorizada apesar de ainda não haver conclusão definitiva do melhor tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor Neuroectodérmico Primitivo do Pâncreas|Sarcoma|Neoplasia de tecidos moles

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1983

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Colecistite alitiásica com perfuração da vesícula biliar

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NILTON GHIOTTI DE SIQUEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE/UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE), ELCIMAR DOS REIS DA SILVA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), LARISSA MARTINS PELUSO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), LOEMA DO AMARAL FIRMINO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), NATALI PIRES MENDES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), PEDRINHO DE OLIVEIRA LOPES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), RODRIGO DO AMARAL FIRMINO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE)

RESUMO: Introdução: A colecistite aguda pode ter apresentação clínica atípica e retardar o diagnóstico aumentando a morbi-mortalidade. A não visualização da vesícula biliar associado a presença de coleção intra-abdominal deve levar a suspeita de perfuração dessa víscera. Relato do Caso: Paciente a 2 meses apresentou quadro de dor abdominal aguda, intensa e difusa com irradiação p/ região dorsal. Foi medicado sintomaticamente na UPA. Evoluiu com melhora parcial da dor e aumento do volume abdominal, vômitos pós-prandiais e edema de MMII. Realizou US de abd. (23/09/16) com diagnóstico de provável hematoma sub-capsular hepático, sendo internado. A tomografia computadorizada em 29/09/16 e uma ressonância magnética em 17/10/16 demonstravam coleção organizada desde o espaço sub-frênico direito, espaço de Morrison, flanco direito, mesogástrico e flanco esquerdo, sem dilatação de via biliar e a vesícula biliar não era visualizada. A FA e GGT eram mais de 10x o valor de referência, transaminases normais e albumina 2,6g/dL. Foi formulada a HD de perfuração de vesícula biliar com coleperitônio organizado. Em 28/10/16 foi submetido à drenagem percutânea da coleção com saída de 3000ml de secreção espessa e biliosa. A drenagem diminuiu progressivamente ficando claramente biliosa e o CT após 4 semanas apresentava apenas loja em espaço sub-frênico direito. Foi realizado fistulografia pré-operatória que contrastou a vesícula e vias biliares. Submetido a colecistectomia e drenagem da loja residual com alta hospitalar no 3º dia de PO. Conclusão: Os achados esperados num exame de US para colecistite aguda não foram encontrados¹. Uma coleção intra-abdominal de grande volume dificulta determinar a origem da lesão. O paciente não cursou com sepse, que seria esperado nesses casos em que a taxa de mortalidade pode alcançar até 20%². Durante a investigação clínica e mesmo na laparotomia não foram encontrados cálculos em vesícula biliar³. Também não havia fatores de risco como idade avançada, doenças cardiovasculares, malignidades, uso de corticoesteróides ou imunossupressão² ou clínica que pudesse predizer uma perfuração de vesícula durante o curso de uma colecistite alitiásica⁴, até porque a vesícula biliar não foi descrita em nenhum método de imagem empregado, porém havia elevação de FA e GGT. Acreditamos que a drenagem prévia da extensa coleção com diminuição expressiva do conteúdo tenha contribuído para o sucesso do procedimento minimizando os riscos de coleções residuais.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistite Alitiásica | Coleperitônio | drenagem percutânea

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1996

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ATUALIZAÇÃO DOS AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO DE OBSTRUÇÕES PANCREATOBILIARES: CPRE versus CPRM

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LANUCY PEIXOTO DOS SANTOS (FACULDADE ATENAS), LETÍCIA MARQUES NOGUEIRA (FACULDADE ATENAS), MARCOS PAULO BORGES MENDANHA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), GUILHERME AUGUSTO FÉLIX DA SILVA (FACULDADE ATENAS), BERNARD MOREIRA DE OLIVEIRA (FACULDADE ATENAS), CARLOS PEREIRA DE ARAÚJO JUNIOR (FACULDADE ATENAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) configura-se na técnica de realizar uma endoscopia digestiva concomitantemente com a imagem fluoroscópica para diagnosticar e tratar doenças associadas ao sistema biliopancreático. Já a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) utiliza a ressonância magnética, um teste não invasivo que produz imagens de seção transversal do corpo, utilizada também no diagnóstico de patologias da árvore biliar. OBJETIVO: Comparar os exames de imagem, CPRE e CPRM, através de uma revisão bibliográfica evidenciando a superioridade de cada método no diagnóstico e tratamento de doenças pancreatobiliares. MÉTODOS: Este é estudo retrospectivo e os dados foram coletados nos sites Scielo, Bireme, Lilacs e PubMed®. Os critérios incluem trabalhos publicados nos últimos 5 anos. RESULTADOS: A CPRE possui sensibilidade de 95%, especificidade de 85%, valor preditivo positivo de 82% e valor preditivo negativo de 96% e acurácia de 95% no diagnóstico de coledocolitíase. A sensibilidade da CPRM varia em torno de 89% e sua especificidade de 67%, valor preditivo positivo de 93%, valor preditivo negativo de 50% e acurácia de 85% (PISANI, 2013). CONCLUSÕES: Atualmente, a conduta mais eficaz no manejo das patologias pancreatobiliares é a CPRE, padrão-ouro no diagnóstico e tratamento, além de possuir uma recuperação rápida. A mesma apresenta maior facilidade quanto à interpretação de suas imagens, já que demonstram o local preciso dos referenciais anatômicos, dispostos em plano frontal. Diferentemente da CPRM, em que as imagens são obtidas em plano transversal e têm de ser reconstruídas mentalmente para que o cirurgião tenha um entendimento do ponto de obstrução das vias biliares. A CPRE deve ser aplicada naqueles pacientes onde existe diagnóstico de cálculos nas vias biliares ou diante da possibilidade de descompressão nos processos obstrutivos por outras causas, tais como neoplasias e ascaridíase. No entanto, a CPRM deve ser utilizada naqueles pacientes com icterícia ou suspeita de alterações nas vias biliares, sem um diagnóstico preciso, nos casos em que a CPRE está impossibilitada de ser realizada, além de ser uma opção diante às técnicas invasivas. BIBLIOGRAFIA1. PISANI, Julio Cesar. Estudo comparativo entre a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) e a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) no diagnóstico das obstruções bílio-pancreáticas. 2013.

PALAVRAS-CHAVES: coledocolitíase|colangiopancreatografia retrógrada endoscópica|colangiopancreatografia por ressonância magnética

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2002

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: GLUCAGONOMA NÃO FUNCIONANTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL KRIEGER MARTINS (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), RODRIGO ALTENFELDER SILVA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), ADHEMAR MONTEIRO PACHECO JR. (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), MARCOS BELOTTO DE OLIVEIRA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), ANDRE DE MORICZ (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), MAYA CHAIMOVITZ SILBERFELD (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), GIULIANA OLIVI TANAKA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO), BRUNA DE PAIVA ANACLETO (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução Os tumores neuroendócrinos são entidades raras na prática médica, com incidência na população em torno de 2,5 a 5 /100.000 habitantes. Em se tratando do pâncreas são formas incomuns e heterogêneas dessas neoplasias, sendo divididos em funcionantes e não funcionantes. Dentre os tumores funcionantes, os glucagonomas têm uma marcada raridade, com incidência de 0,01-0,1 de casos/100.000 habitantes. A maioria apresenta quadro clínico inespecífico: dor abdominal, náuseas, vômitos e anemia. Os glucagonomas apresentam-se principalmente com: Eritema necrolítico migratório, perda de peso, diabetes mellitus/intolerância à glicose e anormalidade em mucosa, sendo que a maioria dos pacientes já apresenta metástases ao diagnóstico. O diagnóstico de tumores neuroendócrinos é feito por meio de marcadores tumorais, quadro clínico, exame de imagem e histopatologia. Existem poucos casos relatados na literatura de glucagonomas silenciosos, que em geral são achados incidentais. Relato de caso Paciente do sexo masculino de 60 anos, antecedente pessoal de HAS, queixa-se de dor abdominal há 1 ano, associada a distensão abdominal, meteorismo, constipação intestinal e perda de 7kg em 6 meses, com dor a palpação em epigástro e com massa palpável em flanco esquerdo. Exames laboratoriais e marcadores tumorais sem alterações. A tomografia evidenciou formação nodular circunscrita com realce hipervascular em cabeça de pâncreas e formação cística retroperitoneal, de paredes finas e conteúdo homogêneo, medindo aproximadamente 30,5x27,3x26cm. No primeiro tempo cirúrgico identificou-se o cisto, com drenagem de seu conteúdo, identificação de sua origem mesentérica e exérese da cápsula. No segundo tempo, realizou-se duodenopancreatectomia com preservação pilórica. O pós operatório ocorreu sem intercorrências. O anatomo patológico da peça revelou neoplasia neuroendócrina do pâncreas grau 2, com índice proliferativo de 5% e produtor de glucagon e sinaptofisina. Conclusão O caso relatado apresenta o quadro clínico de um paciente com Cisto de Mesentério de grandes proporções, cuja investigação diagnóstica resultou no achado de um glucagonoma silencioso. Ambas entidades são raras, sendo a incidência do cisto estimada em 1/100.000 e 1/250.000 admissões hospitalares. Para o doente em questão tal associação foi crucial, uma vez que propiciou diagnóstico de uma entidade neoplásica em estágios iniciais, passível de cura e bom prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: tumor neuroendócrino | Glucagonoma | Cisto Mesentérico

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2022

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COLEDOCOLITÍASE PRIMÁRIA ASSOCIADA AO PÂNCREAS ANULAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUILSON GERALDO COELHO JUNIOR (FACULDADE ATENAS), BERNARD MOREIRA DE OLIVEIRA (FACULDADE ATENAS), LAURA CÉSAR ANTUNES (FACULDADE ATENAS), CARELL PERES MARRA (FACULDADE ATENAS), ISADORA BRAGA GARCIA NUNES (FACULDADE ATENAS), IURY CAMARGOS NERY FERREIRA (FACULDADE ATENAS), DANYLLO FIGUEIREDO ALVARENGA (FACULDADE ATENAS), HAMILTON ALEXANDRE GROSMANN BARBOSA (FACULDADE ATENAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O pâncreas anular é uma anomalia congênita rara causada pela má rotação do broto ventral do pâncreas durante a embriogênese em que o anel de tecido pancreático circunda a segunda porção do duodeno. É a segunda anomalia mais comum do pâncreas, acometendo mais crianças do que em adultos. A apresentação clínica é variável. Os sinais e sintomas tornam-se visíveis após a infância com quadro clínico caracterizado por dor abdominal, obstrução duodenal crônica, icterícia obstrutiva, pancreatite e massa em cabeça de pâncreas. Já os sintomas mais comuns em adultos são a dor abdominal náuseas e vômitos e hematêmese. O diagnóstico é realizado por meio de exames de imagem como colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, tomografia computadorizada de abdome, porém o diagnóstico definitivo é realizado durante procedimento cirúrgico. RELATO DE CASO: Paciente sexo feminino, 31 anos, comparece ao ambulatório de cirurgia geral referindo dor em hipocôndrio direito associado a aumento da bilirrubina total e direta. Ecografia abdominal evidenciou coledocolitíase com dilatação de vias biliares e canalículos biliares intra-hepáticos com alguns pequenos cálculos. História prévia de colelitíase sintomática sendo submetida à colecistectomia há 12 anos. Realizado diagnóstico de coledocolitíase primária e indicado procedimento cirúrgico, com proposta de derivação bileodigestiva. No ato operatório foi identificada grande quantidade de aderências próxima a topografia da vesícula biliar; o ducto colédoco estava dilatado distalmente, com pâncreas anular envolvendo o duodeno. Realizada secção e rafia do pâncreas anular com identificação e expansão do duodeno a sua circunferência fisiológica. Realizou-se coledocolitotomia, com exérese de grande quantidade de cálculos de coloração amarronzada, friáveis, procedido de anastomose bileodigestiva em Y de Roux com alça biliar transmesocólica a 40cm do ângulo de Treitz. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. CONCLUSÃO: O pâncreas anular é uma anomalia congênita pancreática com apresentação clínica variável, sendo sua associação com coledocolitíase um evento raro. Exames de imagem sugerem o diagnóstico, porém, a abordagem cirúrgica é confirmatória ao identificar uma banda de tecido pancreático envolvendo o duodeno. O tratamento de pâncreas anular é cirúrgico. Logo, a correção cirúrgica desta anomalia congênita deve ser individualizada de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Pâncreas anular | Anomalia pancreática | Coledocolitíase primária

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2122

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Uncinectomia na abordagem de tumor neuroendócrino do pâncreas associado à Síndrome de Von Hippel-Lindau: Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CLARA ANTUNES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RENATO GOMES CAMPANATI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JOAO BERNARDO SANCIO R. RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ISABELA SOARES FONSECA BATISTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GUSTAVO GOMES GRATEKI (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), ATHOS MIRANDA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), FRANCISCO NOLASCO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), VIVIAN RESENDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: Introdução: Os tumores neuroendócrinos (NET) do pâncreas são neoplasias epiteliais com diferenciação neuroendócrina predominante, de crescimento lento, caracterizadas pela capacidade de armazenar e secretar peptídeos e neuroaminas. Apresenta incidência inferior a 1 a cada 100.000 habitantes/ano, estando 10% a 17% dos casos associados à Síndrome de Von Hippel-Lindau (VHL). A literatura ainda é escassa no que se refere à uncinectomia na abordagem de NET pancreático associado a VHL. Caso clínico: Trata-se de uma paciente do sexo feminino, de 39 anos de idade, portadora de VHL, diagnosticada em 2010. História prévia de duas ressecções de hemangioblastomas cerebelares. Compareceu a consulta ambulatorial referindo quadro de dor abdominal associada a náuseas e vômitos ocasionais. Tomografia computadorizada de abdome e colangiopancreato ressonância magnética (CPRM) e ecoendoscopia evidenciaram um pâncreas de aspecto policístico, com massa em topografia de processo uncinado, medindo 3,9 cm, além de hemangiomas hepáticos nos segmentos III e V. Exames laboratoriais mostraram função pancreática preservada. A paciente foi então submetida a uncinectomia pancreática com preservação do ducto pancreático principal, procedimento por via laparotômica, sendo evidenciado pâncreas de aspecto policístico. O procedimento teve aproximadamente três horas de duração, sem intercorrências. Posicionado dreno de Blake peri ressecção. A paciente evoluiu com fístula pancreática de alto débito no 3o dia pós-operatório, além de coleção intra-abdominal peri-pancreática. A paciente foi submetida a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com papilotomia ampla e posicionamento de prótese plástica no ducto pancreático principal. Após evolução arrastada, a paciente teve alta 40 dias após a abordagem cirúrgica, apresentando remissão completa da fístula no terceiro mês pós-operatório. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica revelou tratar-se de tumor neuroendócrino bem diferenciado do pâncreas ? NET G1. Atualmente, a paciente encontra-se no sexto mês pós-operatório, em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: A preservação do pâncreas por meio da uncinectomia é importante na manutenção da função pancreática em uma paciente com tumor neuroendócrino associado à Síndrome de Von Hippel-Lindau. A presença de pâncreas policístico nestes pacientes é considerada um fator de elevado risco para a ocorrência de fístulas pancreáticas de alto débito e de difícil controle pós-operatório.

PALAVRAS-CHAVES: Tumores Neuroendócrinos do pâncreas | Síndrome de Von Rippel-Lindau | Uncinectomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2125

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTOGASTROSTOMIA CIRÚRGICA COMO ABORDAGEM DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO : RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ADRIANE VIDEIRA LOPES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE ASSIS), DECIO LUIZ SILVA MAZZINI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE ASSIS), MARIA VITÓRIA CURY VIEIRA SCATIMBURGO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE ASSIS), MARIANA PANNO RIBEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE ASSIS), MARIA ALICE SOBREIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE ASSIS)

RESUMO: **INTRODUÇÃO :** O pseudocisto de pâncreas é definido como coleção de suco pancreático encapsulado por tecido de granulação ou fibroso, geralmente decorrente de sequela de pancreatite aguda , pancreatite crônica ou trauma. Possui uma ocorrência de 10 a 15 % dos casos de pancreatite aguda e de até 40% nos casos de pancreatite crônica. Atualmente os avanços nas técnicas operatórias permitiu um maior arsenal cirúrgico e minimamente invasivo no tratamento de pseudocisto pancreático. **RELATO :** M.J.S , Masculino, 42 anos , etilista crônico , em acompanhamento com a cirurgia geral devido pancreatite alcoólica e pseudocisto de pâncreas previamente drenado via transgástrica há 1 ano. Deu entrada em nosso serviço, com quadro de dor abdominal em epigástrio e hipocôndrio direito com irradiação para dorso há 4 dias. Acompanhando o quadro apresentava dispnéia e taquipnéia. Realizado EDA , onde apresentou como conclusão : Compressão extrínseca gástrica . Na Tomografia computadorizada de abdome , foi evidenciado presença de Pseudocisto de pâncreas , de aproximadamente 2 litros de volume. Optado pela realização de drenagem via cistogastrostomia cirúrgica devido volume e compressão gástrica . Procedimento realizado sem intercorrências , paciente evoluiu bem em enfermaria , recebendo alta hospitalar no 5º PO. **CONCLUSÃO:** A terapêutica cirúrgica constitui abordagem comum para o manejo de pseudocistos sintomáticos de pâncreas em muitos centros, apesar da morbidade acentuada e da mortalidade. Hoje em dia apesar dos adventos da ultrassonografia endoscópica , abordagens minimamente invasivas tem ganhado um maior espaço dentre o tipo de escolha técnica . Atualmente opta-se , preferentemente, pelo tratamento conservador , pois em cerca de 50% dos casos ocorre regressão espontânea. Nos casos onde há a indicação terapêutica de drenagem , pode-se realizar a aspiração percutânea por agulha, drenagem contínua por cateter ou endoscópica transmural . As técnicas cirúrgicas convencionais mais empregadas são drenagem interna (cistogastroanastomose, cistoduodenoanastomose e cistojejunoanastomose) ou externa. A indicação cirúrgica se faz na impossibilidade ou falência da drenagem transparietal ou endoscópica, persistência dos sintomas, aumento progressivo do volume e complicações (infecção, ruptura, hemorragia e obstrução do trato digestivo).

PALAVRAS-CHAVES: pseudocisto pancreático | tratamento endoscópico | pancreatite

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2135

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: HETEROTOPIA PANCREÁTICA EM PÁPILA DUODENAL, UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NATÁSSIA ALBERICI ANSELMO (FACERES), FERNANDA FORTUCI RESENDE BOTELHO (FACERES), CARLOS DARIO DA SILVA COSTA (FACERES), PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO (FACERES), RAPHAEL RAPHE (FACERES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Heterotopia pancreática é uma anomalia congênita definida pela presença de tecido pancreático sem continuidade com o pâncreas, de patogenia pouco conhecida. Normalmente, é um diagnóstico de achado de imagem, visto que é uma patologia assintomática. RELATO DE CASO: LROC, sexo feminino, 63 anos, encaminhada de outro serviço com diagnóstico de pancreatite aguda (PA) leve. Antecedentes: revascularização do miocárdio, colecistectomia laparotômica há 30 anos, Diabetes Mellitus, HAS e dislipidemia. Exame físico: anictérica, abdome flácido, RHA presente, indolor à palpação e sem visceromegalias palpáveis. Exames laboratoriais significantes, GGT 584 (46 U/l). Ressonância Magnética (RM), evidenciado cálculo no ducto colédoco, promovendo dilatação a montante e pâncreas sem alterações. Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), sem sucesso na cateterização da papila devido a um possível processo inflamatório local, com biópsia mostrando heterotopia pancreática. Permaneceu internada mantendo elevados os valores de GGT. Em nova CPRE programada após 10 dias, evidenciado dilatação de colédoco e coledocolitíase de grandes dimensões, com realização de papilotomia, porém sem sucesso na retirada de cálculos. Optado por intervenção cirúrgica eletiva, no entanto, paciente apresentou quadro de colangite (dor abdominal, febre e icterícia), com hipotensão e oligúria, sendo admitida na UTI. A paciente tinha um quadro crescente de bilirrubina, às custas de bilirrubina direta, sendo realizada exploração de vias biliares com retirada dos cálculos e hepaticojejunostomia em Y de Roux. Pós-operatório (PO) sem intercorrências, alta no 6º PO, com queda crescente de bilirrubinas. Atualmente, em acompanhamento ambulatorial assintomática e enzimas normalizadas. CONCLUSÃO: A heterotopia pancreática é uma apresentação rara e pouco sintomática. Seu diagnóstico frequentemente se dá por achado de exame. Uma localização no duodeno e ainda uma obstrução de vias biliares, como no caso apresentado, mostra-se ainda mais rara.

PALAVRAS-CHAVES: Heterotopia Pancreática | Papila Duodenal | Icterícia Obstrutiva

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2146

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE PÂNCREAS: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BERNARD COSTA FAVACHO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), RAFAEL MAIA DE SOUSA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FERNANDA VEIGA GONÇALVES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA), GABRIELA TRINDADE GÓES (HOSPITAL OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal, entretanto, os GIST primários de pâncreas são raros e existem poucos casos relatados. RELATO DE CASO: Paciente J.F.R.F, 46 anos, acompanhado desde 2012 pela equipe de Urologia devido seminoma clássico em testículo direito tratado com orquiectomia e posterior quimioterapia (QT) e radioterapia (RT). Em tomografia computadorizada (TC) de controle detectado lesão nodular de contornos regulares com centro lesional na parede da transição da primeira para segunda porção do duodeno em íntimo contato com o pâncreas sem sinais de invasão, promovendo leve redução da luz duodenal local e de cerca de 3,4 x 2,5 cm, podendo estar relacionado à lesão da parede duodenal ou exofítica pancreática, sem sinais de agressividade. Em consulta de seguimento foi solicitada eco endoscopia apresentando em topografia de cabeça de pâncreas lesão sólida com ecotextura hiperecótica, heterogênea, de 38mm com íntimo contato com parênquima pancreático e invasão da camada muscular própria e submucosa do duodeno. Realizada punção aspirativa da lesão pancreática com agrupamentos celulares ora epiteliais ora fusocelular com atipias, compatível com lesão neoplásica não podendo descartar GIST e à imunohistoquímica confirmado diagnóstico. Indicado procedimento cirúrgico e encaminhamento à oncologia clínica para QT, porém, em consulta o paciente apresentava-se com icterícia 2+/4, colúria, acolia fecal, prurido e dor abdominal, sendo contraindicado tal procedimento. Foi internado para procedimento cirúrgico em bom estado geral, anictérico e sem queixas álgicas. No 5º dia de internação evoluiu com dor abdominal difusa e icterícia 2+/4. Programado laparotomia exploradora e duodenopancreatectomia. Realizada laparotomia exploradora evidenciando lesão volumosa em cabeça de pâncreas acometendo o duodeno, três lesões hepáticas nos segmentos II, III e VI e ausência de carcinomatose peritoneal. Foi realizada biópsia de congelamento de metástase hepática evidenciando neoplasia fusocelular e epitelióide infiltrando o parênquima hepático. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, recebendo alta. Segue em acompanhamento com oncologia clínica. CONCLUSÃO: Os GIST de pâncreas são tumores raros e pouco documentados, mas devem ser incluídos no diagnóstico diferencial das massas do pâncreas.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR ESTROMAL|PANCREAS|NEOPLASIA PANCREÁTICA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2196

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cirurgia de Frey para o Tratamento da Pancreatite Crônica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS SILVA DE SOUZA BERÇOT (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), AFRA ROANA SIQUEIRA DE CASTRO (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), LEANDRO ADAMI VASQUES (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), ALINE TIEMI KANO SILVA (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), FERNANDA MARSICO DO COUTO TEIXEIRA (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES), RENATO DE MEDINA COELI (HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES)

RESUMO: OBJETIVO A pancreatite crônica é uma doença inflamatória que evolui com dor abdominal recorrente e ocasionalmente contínua nas fases avançadas da doença, e com perda progressiva das funções endócrina e exócrina do pâncreas. Esta patologia ocorre quando as enzimas digestivas atacam e destroem o pâncreas e tecidos vizinhos, causando cicatrização e dor. A causa mais é o uso abusivo do álcool por muitos anos, mas a forma crônica também pode ser causada por uma lesão do ducto pancreático, num único ataque de pancreatite aguda. A doença é de tratamento clínico e a cirurgia está indicada quando ocorre dor intratável e complicações. A indicação mais freqüente de tratamento cirúrgico é para controle da dor, quando incapacitante e intratável por métodos clínicos. O procedimento ideal seria aquele que aliviasse a dor e tratasse complicações, com o menor prejuízo funcional da glândula. O relato de caso expõe paciente submetido a cirurgia de Frey como tratamento cirúrgico da pancreatite. MÉTODOPaciente V.L.N. 51 anos, feminina, evoluiu com dor em hipocôndrio direito associado a náuseas e hiporexia. Recebeu diagnóstico de pancreatite, com tratamento clínico adequado houve melhora parcial da dor. Em 3 meses paciente voltou a emergência com queixa de dor refratária ao uso de analgésicos, respondendo parcialmente a opióides. Proposto a cirurgia de Frey modificada como tratamento cirúrgico a dor refratária. RESULTADOS Realizado ressecção parcial da porção central da cabeça do pâncreas até o duodeno e vasos mesentéricos; anastomose da cavidade criada na região cefálica, junto ao ducto pancreático aberto longitudinalmente com alça jejunal em Y Roux. Ducto de wirsung da paciente apresentava 3 cálculos de aproximadamente 0,5cm impactados em seu interior. Pós operatório realizado em unidade fechada as primeiras 48h. No pós operatório imediato paciente apresentava melhora da dor sem uso de analgésicos opióide. Recebeu alta em D11, sem intercorrências e segue acompanhando no ambulatório. CONCLUSÃO ESA técnica de Frey é do tipo mista, recentemente desenvolvida e que apresenta excelentes resultados no alívio da dor secundária à pancreatite crônica. Seu princípio propõe baixas taxas de morbidade e mortalidade pós-operatórias e menor dano às funções pancreáticas comparáveis às cirurgias descompressivas (Partington-Rochelle, Puestow) com a mesma efetividade das cirurgias ressecativas (duodenopancreatectomias) no controle da dor. Palavras Chave Pancreatite, cirurgia de Frey, dor crônica

PALAVRAS-CHAVES: Pancreatite | Cirurgia de Frey | Ducto de Wirsung

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2204

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO: A RELEVÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA PRECOCE DA PANCREATITE AGUDA BILIAR ASSOCIADA À COLELITÍASE E COLECISTITE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO PEDRO SOARES NUNES (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), GRASIELLE SILVA SANTOS (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), GABRIELA PARREIRA BIZINOTO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), GUILHERME SOUZA DE FARIA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), ANDRÉA CRUVINEL ROCHA SILVA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), JAMILE CRISTINE FERREIRA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), JAIR PEREIRA DE MELO JÚNIOR (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), VICENTE GUERRA FILHO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS)

RESUMO: Introdução: A pancreatite é uma doença inflamatória comum causada por autodigestão do pâncreas. O elevado custo referente às suas internações torna imperativa a necessidade do diagnóstico e da terapêutica precoce. Relato de caso: paciente feminina, 48 anos, procurou atendimento médico no início de suas queixas. Apresentava queixa de dor intensa, súbita e intermitente em região epigástrica há 3 dias, com irradiação para região infra escapular esquerda, sendo este o 1º episódio. Relatou não haver fator desencadeante e que conjuntamente com o início da dor houve náuseas e vômitos alimentares. Negou colúria, febre, hipocolia e acolia fecal. Ao exame físico a paciente encontrava-se em regular estado geral, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, ausência de edemas e boa perfusão periférica. Exame cardiovascular normal e respiratório com murmúrio diminuído em bases pulmonares. Seu abdome apresentava-se plano, flácido, doloroso à palpação profunda em região epigástrica, hipocôndrio direito e fossa ilíaca direita, timpânico à percussão, macicez hepática à 2cm do rebordo costal direito e ruídos hidroaéreos fisiológicos. A paciente já trazia exames laboratoriais prévios com amilase, bilirrubinas totais, bilirrubina direta, fosfatase alcalina, gama-GT e transaminases alteradas. Assim sendo, foram solicitados novos exames laboratoriais, ultrassonografia de abdome total com colelitíase biliar e colecistite, tomografia do abdome total apresentando sinais de pancreatite aguda (pâncreas espessado com borramento da gordura mesentérica adjacente); ressonância magnética com dilatação de vias biliares extra hepáticas, sem evidências de cálculos no interior do colédoco, atelectasia em bases pulmonares; e radiografia com derrame pleural bilateral. No momento da internação instalou-se o tratamento conservador para pancreatite com jejum, analgesia, hidratação e controle dos distúrbios hidroeletrolíticos. Ademais, realizou-se uma colecistectomia videolaparoscópica no 5º dia de internação a fim de obter a resolução da colelitíase e colecistite. A paciente evoluiu com boa resposta terapêutica e no 11º dia de internação recebeu alta com resultado satisfatório à reintrodução da dieta. Ao retornar ao consultório, encontra-se sem queixas e com exames laboratoriais normais. Conclusão: Perante o exposto, este relato demonstra que o quadro clássico da pancreatite associada ao diagnóstico prematuro e terapêutica bem conduzida são capazes de alterar o prognóstico dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistite | Colelitíase | Pancreatite

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2213

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABORDAGEM CIRÚRGICA DE NEOPLASIA PANCREÁTICA NO PACIENTE EM PÓS OPERATÓRIO TARDIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), CAROLINE GRAVEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), ISAAC WALKER DE ABREU (HOSPITAL MERIDIONAL), GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), TARCIO OLIVEIRA CORREIA (HOSPITAL MEIRIDIONAL), THALES MENDES MIRANDA (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), HENRIQUE MOURA BRAGA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), RISIA PECINALI SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO)

RESUMO: Introdução: A neoplasia maligna do pâncreas é uma doença altamente agressiva com possibilidade de ressecção cirúrgica em 15 a 20% dos casos, o que se deve principalmente a sintomatologia inespecífica. Os sintomas mais observados constituem dor em andar superior do abdome, perda ponderal e icterícia obstrutiva. A cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz para perda de peso sustentada, sendo o Bypass gástrico em Y de Roux o procedimento mais realizado no mundo. Apresenta um componente restritivo com a realização do pouch gástrico e um disabsortivo, com a reconstrução em Y de Roux. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 45 anos, sem comorbidades prévias, etilista social, submetida a Bypass gástrico em Y-de-Roux no ano de 2007. Apresentava peso e IMC pré-operatório de 103 e 41,36 kg/m² respectivamente, menor peso 70 Kg e atualmente 89 Kg. Relato de dor epigástrica com vinte dias de evolução e icterícia obstrutiva. Evidenciado na colangioprofilaxia formação tecidual de limites imprecisos com cerca de 1,9 cm no seguimento intra-hepático do colédoco causando estenose do mesmo e dilatação a montante das vias biliares, associado a alteração do CA19.9 (700). Indicado o tratamento cirúrgico, no intra operatório foi observada lesão em cabeça de pâncrea sugestiva de neoplasia maligna e múltiplas lesões císticas em corpo e cauda associado a linfonodomegalia peripancreática, Bypass gástrico em Y de Roux com presença de um metro de alça alimentar, realizado reversão do Y de Roux, degastrectomia do estômago excluído com a duodenopancreatectomia total, esplenectomia, linfadenectomia retro peritoneal, colecistectomia, anastomose biliodigestiva e nova entero enteroanastomose em Y de Roux. Laudo histopatológico diagnosticando adenocarcinoma pancreático. Paciente apresentou boa evolução no pós operatório e segue acompanhamento ambulatorial em reposição de enzimas pancreáticas e insulina. Conclusão: A obesidade é uma epidemia mundial e o Bypass gástrico em Y de Roux é a cirurgia bariátrica mais realizada. Por alterar a anatomia gastrointestinal, devemos estar atentos às demais doenças do aparelho digestivo, o que representa um desafio no diagnóstico e tratamento cirúrgico em pacientes que são acometidos por doenças nesses órgãos. Para realizar a duodenopancreatectomia optou-se pela degastrectomia do estômago excluído e uma nova enteroanastomose em Y de Roux, preservando o procedimento bariátrico.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasia Maligna de Pâncreas | Cirurgia Bariátrica | Adenocarcinoma pancreático

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2214

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA COLECISTOHEPÁTICA: ANOMALIA BILIODIGESTIVA DESCOBERTA NO INTRAOPERATÓRIO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOÃO PEDRO SOARES NUNES (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), GUILHERME SOUZA DE FARIA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), GRASIELLE SILVA SANTOS (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), GABRIELA PARREIRA BIZINOTO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), ARTELHO DE FREITAS GUIMARÃES JÚNIOR (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), ISADORA ARAÚJO CABRAL (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), JAIR PEREIRA DE MELO JÚNIOR (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS), VICENTE GUERRA FILHO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS)

RESUMO: Introdução: Fístulas biliodigestivas são comunicações anormais entre o próprio trato biliar ou dele com outras regiões gastrointestinais, sendo a principal causa, procedimentos cirúrgicos intervencionistas, e a mais comum, a colecistoentérica (80%). Este refere a uma anomalia biliar rara, o ducto colecistohepático, cuja incidência é inferior a 1%. Nesta fístula há o escoamento do canal hepático para o interior da vesícula, através de uma conexão, que, neste caso, foi no fundo vesicular. Relato do caso: Paciente D.O.L, 20 anos, feminino, procurou atendimento queixando-se de dor em cólica, moderada, recorrente, no epigástrio, irradiando para hipocôndrios, de início há 6 meses, desencadeada na ingesta de alimentos colecistocinéticos e associada à plenitude pós-prandial e pirose. Nega icterícia, colúria, acolia fecal, alterações de hábito intestinal, cirurgias prévias, morbidades, tabagismo, etilismo, uso de contraceptivos ou gestação prévia. Exame físico do estado geral, do aparelho cardiorrespiratório e abdominal sem alterações. Seus exames laboratoriais, como hemograma, exame de urina tipo 1, bilirrubinas totais e frações, lipidograma, ureia, creatinina, glicemia de jejum, amilase, fosfatase alcalina, gama GT, transaminases hepáticas e tempo de protrombina eram normais. A endoscopia digestiva alta evidenciou gastrite antral leve, com teste de urease negativo. À ultrassonografia de abdome, constatou-se colelitíase e nefrolitíase à direita. Procedeu-se então à colecistectomia videolaparoscópica convencional, com achado de vesícula de paredes finas; ducto cístico fino e longo, artéria cística anatômica, ambos dissecados, clipados e seccionados. Colédoco parcialmente visualizado de calibre e aspecto normais. Identificado, durante o intraoperatório, o achado de fístula colecistohepática com o fundo da vesícula, a qual foi dissecada e, após amarraduras, retirada do leito com Hook e liberada pela punção epigástrica. Não houve intercorrências no intra ou pós-operatório. Conclusão: Apesar de raras, anomalias congênicas biliares são encontradas durante o ato cirúrgico, diante da dificuldade em identifica-las no pré-operatório. Isso ressalta a importância de um conhecimento anatomofisiológico e patológico para que o cirurgião seja capaz de reconhecer uma anomalia congênita de vias biliares. Assim, reitera-se a necessidade de mais estudos sobre as mesmas, objetivando a redução de possíveis lesões iatrogênicas durante o ato operatório em achados acidentais.

PALAVRAS-CHAVES: Anomalias de vias biliares | Diagnóstico intraoperatório | Fístula colecistohepática

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2227

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME PÓS-COLECISTECTOMIA EM PACIENTE COLECISTECTOMIZADA HÁ 20 ANOS ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CRISTIANO DA COSTA CASAES FILHO (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), ROBERTO CARLOS ARAÚJO JUNIOR (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), ANDRÉ LUIZ FERMINO (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), JÔNATAS ALONSO DO CARMO (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR PAULO PRATA), CAROLINA PELLISSON CARVALHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR PAULO PRATA), IRINEU FERREIRA TEIXEIRA (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), OSVALDO CAIEL FILHO (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS), OSDEMAR DE CASSOLI MARANHÃO (SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BARRETOS)

RESUMO: Introdução: A síndrome pós-colecistectomia (SPC) ocorre em 10 a 15 % dos pacientes colecistectomizados(4), sendo resultante de um comprimento variável do ducto cístico deixado como remanescente durante o procedimento cirúrgico(3,4). A sintomatologia inclui dor abdominal superior, vômitos, distúrbios gastrointestinais, icterícia, dispepsia e febre(1,2,4,5).Relato de Caso: Paciente R.V.S., 58 anos, feminina, parda, do lar, natural e procedente de Barretos, procurou a Unidade de Pronto Atendimento da cidade de Barretos - SP com queixa de dor em hipocôndrio direito, colúria, acolia fecal, febre e náuseas há 5 dias. Ao exame físico apresentou-se icterícia (3+/4+) com abdome doloroso em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Colecistectomizada há 20 anos. Encaminhada à Santa Casa de Misericórdia de Barretos para internação e investigação. O exame de imagem inicial (tomografia computadorizada - TC) evidenciou dilatação das vias biliares intra-hepáticas, não sendo visualizada a vesícula biliar. Devido ao não esclarecimento diagnóstico optou-se pela realização da colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM). A CPRM demonstrou: litíase coledociana com proeminente dilatação à montante das vias biliares intra e extra-hepáticas; imagem tubular estendendo-se por cerca de 4,3 cm junto ao contorno posterior do colédoco distal com inserção ao nível da cabeça do pâncreas, sugestiva de ducto cístico remanescente dilatado, dotado de calibre até 0,9 cm e havendo pequena imagem sugestiva de cálculo no seu interior, medindo 0,5 cm; estado pós colecistectomia. Firmado diagnóstico de neovesícula com coledocolitíase, a paciente foi encaminhada para realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica. Neste exame, foi realizado papilotomia com boa drenagem biliar e sem identificação de cálculos (migração espontânea). Paciente retornou em ambulatório com remissão total dos sintomas, e está em programação cirúrgica para remoção do ducto cístico remanescente.Conclusão: Vemos que o caso em questão trata-se de uma SPC. A maioria dos casos de SPC, geralmente, tem uma causa identificável(1,2,4,5). A ultrassonografia, TC e CPRM têm alta sensibilidade na detecção das causas de PCS(4,5). O ducto cístico remanescente foi o diagnóstico final da paciente, fato que constitui com um perfil epidemiológico compatível, visto que esta é uma das causas mais comuns desta síndrome(1,2,4).

PALAVRAS-CHAVES: DUCTO CÍSTICO | REMANESCENTE | SÍNDROME PÓS-COLECISTECTOMIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2228

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VESÍCULA BILIAR GIGANTE: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA HELEN BIAZI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), GILDA GUERRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), MARIA EDUARDA DA COSTA LEMOS CARAMORI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), EDUARDO BARCELLOS FUMEGALLI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), BRUNO TISCHER JUNG (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), FRANCISCO JAVIER DÁVILA SALAMEA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), MONICA ALEXANDRA JIMENEZ (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), ROBERTO VINA CORAL (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE)

RESUMO: A vesícula biliar pode desenvolver diversos tamanhos, chegando em raros casos a ocupar grande parte da cavidade abdominal. Relataremos o caso de um paciente que foi submetido a colecistectomia, após desenvolver quadro de suboclusão gerado pela vesícula biliar gigante. Paciente masculino, 85 anos, etilista, tabagista e cardiopata grave. Internou eletivamente para troca valvar aórtica e revascularização do miocárdio. Apresentou importantes complicações no pós-operatório, evoluindo para insuficiência renal crônica e broncopneumonia. Após resolução do quadro pulmonar, manteve-se em mau estado geral e voltou a apresentar indícios de novo quadro infeccioso sem foco definido, associado a episódios de vômitos pós-prandiais, distensão abdominal e pouca aceitação da dieta. A TC de abdômen solicitada demonstrou uma lesão cística, medindo 18 x 17 x 15 cm, localizada caudalmente ao lobo hepático direito, anteriormente ao rim, rechaçando estômago e duodeno. A lesão apresentava-se com tênues calcificações parietais, sem paredes espessadas ou infiltração de gorduras adjacentes, com conteúdo líquido homogêneo e dois pequenos volumes radiodensos precipitados no seu interior, sugestivos de cálculos. Como não era possível a individualização da vesícula biliar em sua topografia habitual, a lesão descrita acima foi interpretada como tal. Em vista dos achados tomográficos corroborarem com a clínica de uma suboclusão e a possibilidade de resolução do quadro infeccioso, o paciente foi submetido a colecistectomia aberta, na qual, durante a inspeção da cavidade, foi visualizada grande massa de paredes espessadas e com importante infiltração e aderência à órgãos adjacentes, tornando por momentos confusa a anatomia. Optado por puncionar e aspirar o volumoso conteúdo para facilitar a exposição, o líquido retirado era inicialmente biliar e em seguida brancacento, sugestivo de abscesso. Após liberação e dissecação da vesícula, o ducto cístico foi facilmente individualizado, sendo constatado como patente. O paciente evoluiu ao óbito no terceiro dia de pós-operatório, devido a quadro de instabilidade hemodinâmica associado a tentativa de hemodiálise. O anatomopatológico da peça mostrou parede vesicular com xantogranulomas, marcada fibrose, hemorragia e calcificações distróficas, sugestivo de colecistite crônica. No bacteriológico do líquido não houve crescimento de germes. Vesícula biliar gigante é uma rara patologia e o trabalho atual relata o sétimo caso descrito na literatura.

PALAVRAS-CHAVES: vesícula biliar gigante | cirurgia | colecistectomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2243

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA CURSANDO COM SÍNDROME DE MIRIZZI: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DOUGLAS RODRIGUES DE MACÊDO (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA), THEO MARCILIO POMPEU (UNICHRISTUS), ANDERSON CARLOS BRASIL VASCONCELOS (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA), ALEXANDRA MANO ALMEIDA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA), GLEYDSON CESAR DE OLIVEIRA BORGES (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA), JOSE CARLOS APOLONIO DA SILVA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA), VITOR SARMENTO MESQUITA (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA), TONY HELTON FELIPE ANGELO (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA)

RESUMO: Introdução: O carcinoma da vesícula biliar é a neoplasia maligna mais comum das vias biliares e a sétima mais frequente do aparelho digestivo; mais comum em mulheres e sexagenários. Geralmente é associado a um prognóstico reservado, devido a seu diagnóstico muitas vezes tardio. Isso se dá pela ausência de sintomas precoces dessa condição e pela inexistência de exames de triagem para essa patologia. O tratamento constitui-se primariamente apenas na retirada cirúrgica da lesão, mas muitas vezes se faz uso de terapias adjuvantes como quimioterapia e radioterapia. A síndrome de Mirizzi caracteriza-se por uma patologia da vesícula biliar causando icterícia obstrutiva benigna. O quadro inclui um ducto cístico que cursa paralelo ao ducto hepático comum, um cálculo impactado no colo da vesícula ou cístico, e uma obstrução do colédoco causada pelo cálculo ou pela resposta inflamatória. Neste relato de caso, abordamos uma paciente com câncer de vesícula associado a síndrome de Mirizzi. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 59 anos, consultada no ambulatório de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza com queixa de icterícia associada a prurido, acolia fecal e colúria. Relatava ter apresentado cerca de um mês antes, quadro de dor em barra no andar superior do abdome, com irradiação para hipocôndrio direito, que piorava com a alimentação. Inicialmente, foi realizado ecografia abdominal que evidenciou dilatação de vias biliares intra-hepáticas. Em seguida, a colangiorressonância confirmou estreitamento luminal ao nível da confluência de ductos hepáticos por provável compressão extrínseca da vesícula biliar. Submetida a colecistectomia com hepatectomia parcial de lesões nodulares em seguimentos II e III do fígado. Durante dissecação do pedículo hepático foi observado invasão de ducto hepático esquerdo, o qual foi ressecado e realizado anastomose biliar de hepático direito com jejuno. A análise histopatológica da vesícula corroborou o diagnóstico de adenocarcinoma. Conclusão: A Síndrome de Mirizzi e o adenocarcinoma de vesícula são doenças pouco frequentes, dessa forma, sua concomitância é extremamente rara. O diagnóstico de neoplasia de vesícula pode ter muitas apresentações, inclusive simular condições incomuns, como Síndrome de Mirizzi. Assim, a história clínica detalhada e exames de imagem podem não ser suficientes para o diagnóstico da neoplasia, sendo necessário a associação de métodos histopatológicos para evitar um subdiagnóstico desta condição.

PALAVRAS-CHAVES: ADENOCARCINOMA|VESICULA|MIRIZZI

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2268

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE DAS 500 PRIMEIRAS COLECISTECTOMIAS REALIZADAS APÓS A IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA DE CIRURGIA GERAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIEL DE MORAIS TAVARES (PUC-SP), FERNANDA NEIVA RIBEIRO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), VALTER FABRÍCIO FERREIRA DARI (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), DYEGO DOS SANTOS QUEIROZ (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUANA ARRUDA (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), HUGO SAMARTINE JUNIOR (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), LUCIANO CRUANES GULLO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI), THEAGO ARRUDA ESPÍRITO SANTO (COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI)

RESUMO: OBJETIVO: Analisar as primeiras 500 colecistectomias realizadas no Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi ?Ouro Verde?, em Campinas ? SP, após implementação da residência médica de cirurgia geral em 2013. Fazer um comparativo entre pacientes idosos e não idoso quanto ao tempo cirúrgico, via de acesso cirúrgico, índice de conversão de laparoscopia para laparotomia e tempo de internação hospitalar. MÉTODO: Foi realizado um estudo retrospectivo de pacientes submetidos a colecistectomia no Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi entre 01 de março de 2013 a 30 de julho de 2014, incluindo procedimentos realizados de forma eletiva e em caráter de urgência. Considerou-se critério de exclusão os pacientes submetidos no mesmo ato operatório a mais de um procedimento cirúrgico. Foi separado e comparado em dois grupos: idosos e não idoso. RESULTADOS: Das 500 primeiras colecistectomias realizadas 81,4% (407 pacientes) eram do sexo feminino e 18,6% (93 pacientes) do sexo masculino. A média de idade foi de 48,6 anos (16-80 anos). Os pacientes com mais de 60 anos corresponderam a 23,2% (116 pacientes) da casuística. Entre os idosos, a distribuição quanto ao sexo foi mais homogênea, porém a maioria foi do sexo feminino com 73,2%. Em relação ao tempo cirúrgico nos pacientes não idoso apresentou uma média de uma hora e 20 minutos, semelhante ao apresentado pela população idosa (1h 17min). A via de acesso mais utilizada foi a videolaparoscópica nos dois grupos, 62,9% no idoso contra 61,2%. Apenas um paciente idoso necessitou de conversão para laparotomia. O tempo de internação médio do grupo dos idosos foi um pouco menor (1,53 dias) em relação ao grupo dos não idosos (1,85 dias). CONCLUSÕES: As primeiras 500 colecistectomias realizadas após implementação da residência médica no Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi quando comparadas em grupos de idosos e não idosos apresentam semelhante tempo cirúrgico e mesma distribuição quanto ao acesso cirúrgico. Nos idosos foi observado menor índice de conversão para laparotomia e menor tempo de internação, demonstrando ser seguro o procedimento nessa faixa etária.

PALAVRAS-CHAVES: COLECISTECTOMIAS|ANÁLISE DO SERVIÇO|CIRURGIA GERAL

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2271

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LESÃO IATROGÊNICA DAS VIAS BILIARES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO (FAMENE), EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO (HOSPITA MUNICIPAL SANTA ISABEL), RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO (FAMENE), LEANDRO MAIA OLIVEIRA FERNANDES (HOSPITA MUNICIPAL SANTA ISABEL), RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS (HOSPITA MUNICIPAL SANTA ISABEL), ALBERTO BARROS ARAÚJO (HOSPITA MUNICIPAL SANTA ISABEL), THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (HOSPITA MUNICIPAL SANTA ISABEL), ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO (HOSPITA MUNICIPAL SANTA ISABEL)

RESUMO: Introdução:A remoção cirúrgica da vesícula biliar está indicada no tratamento da litíase biliar e nas suas complicações, assim como nas neoplasias. Sendo umas das causas mais temidas no pós-operatório as lesões iatrogênicas das vias biliares representam um grande desafio, visto que, sua incidência persiste em torno de 0,1 a 0,2% nas abertas e 0,4 a 0,6% nas abordadas por videolaparoscopia. O reparo cirúrgico da lesão do trato biliar pode ser tecnicamente desafiadora. A outra questão principal no reparo nas lesões iatrogênicas da via biliar refere-se ao momento do reparo cirúrgico definitivo, sendo indicado o melhor momento para o reparo 45 dias após a lesão. Relato de caso: Paciente J.B.S, 17 anos, sexo feminino, com queixa principal de dor abdominal em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e plenitude pós-prandial. Realizado USG abdominal total que confirmou um quadro de colelitíase, foi submetida à colecistectomia convencional, obtendo alta no 3º DPO. Após 4 dias a paciente retorna referindo dor abdominal difusa, vômitos, febre e icterícia, sendo solicitado de imediato uma TC de abdome total, que indentificou dilatação das vias biliares intrahepáticas e colédoco terminal e pequena quantidade de líquido. A paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora, tendo como achados coleperitônio, aderências supramesocólicas mais secção completa de ducto hepático direito e esquerdo junto a sua confluência. Assim, foi realizado cateterização dos ductos hepáticos e drenagem biliar externa com sonda tubulo-laminar. Colangioressonância, identificou moderada dilatação das vias biliares intra-hepáticas e duas imagens nodulariformes, por falhas de enchimento ao nível dos ductos biliares intra-hepáticos, compatíveis com cálculos. Após 5 meses, a paciente retorna com dor epigástrica, febre e icterícia. Iniciou-se antibioticoterapia com ciprofloxacino e metronidazol por 7 dias e realizado tratamento definitivo com a confecção de anastomose hepato-jejunal dupla. Considerações finais: O presente relato de caso alimenta a discussão das complicações da colecistectomia, que são as mais variadas. Apesar de serem de baixa frequência, cerca 6,4%, seja por via convencional ou laparoscópica, estas complicações podem ter desfecho drásticos e o conhecimento de como conduzir e resolver tais situações deve ser ferrenhamente perseguido pelo cirurgião.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia | Ductos Biliares | Cirurgia Geral

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2273

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lesões idiopáticas das vias biliares: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSÉ CALIXTO DA SILVA NETO (FAMENE), EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), LEANDRO MAIA OLIVEIRA FERNANDES (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO (FAMENE), RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), CLARISSA MARIA DE LIMA SANTOS NASCIMENTO (FAMENE), FERNANDA LUCENA DA COSTA (FAMENE), THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL)

RESUMO: Introdução: Desde a primeira colecistectomia realizada por Langenbuch em 1882, na Alemanha, as complicações biliares faziam parte da rotina dos cirurgiões. Porém com o avanço na área cirúrgica e ao número cada vez maior de procedimentos, os problemas aumentaram. Na década de 1980, considerava-se que o número de lesões biliares pós-colecistectomias incidia em 0,2% dos operados, sendo a lesão iatrogênica um desses problemas. Relato de caso: S.J.S.S, feminino, 31 anos, com queixas típicas de cólica biliar com irradiação interescapular há 4 anos, trazendo consigo uma USG de dezembro de 2015 com resultado de: espessamento de parede e cálculo biliar de 1,9cm. Realizou-se colecistectomia, tendo sido visualizado de incomum apenas um ducto cístico de espessura fina. No 2º DPO a mesma queixava-se de quadros de vômitos e o abdome doloroso à palpação, aos exames solicitados percebeu-se um aumento transaminases, bilirrubinas, fosfatase alcalina e gama Gt. Nos dias subsequentes o quadro ?flutuou? apresentado alterações tanto nos exames laboratoriais e na clínica, onde a paciente apresentou sinais de colestase. Solicitou-se uma colangioproctografia, devido aos sinais francos de colestase pós colecistectomia, interrogando uma possível coledocolitíase ou possível lesão de via biliar. Paciente evoluiu de forma insatisfatória, fortes dores abdominais e vômitos e sinais de colestase. Realizou-se uma USG com moderada quantidade de líquido no espaço de Morrison. No dia seguinte a paciente reabordada, constatando líquido biliar na cavidade abdominal, visualizou-se perfuração de colédoco, feito uma exaustiva lavagem e drenagem da cavidade com dreno de sucção, o qual sempre foi de aspecto bilioso e em grande quantidade, sempre com vazamento peridreno, caracterizando uma provável fístula de alto débito. No dia após o procedimento a paciente evoluiu com aumento das transaminases, bilirrubinas, gama GT e FA, de maneira flutuante, além de um aumento progressivo da leucometria, associada a desvio à esquerda. No 3º DPRO iniciou-se metronidazol. A paciente evoluiu bem no pós-operatório tendo alta sem intercorrências. Considerações finais: O presente relato de caso alimenta a discussão das complicações da colecistectomia, que são as mais variadas. Apesar de serem de baixa frequência, cerca 6,4%, seja por via convencional ou laparoscópica, estas complicações podem ter desfecho drásticos e o conhecimento de como conduzir e resolver tais situações deve ser ferrenhamente perseguido pelo cirurgião.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Geral|Ductos Biliares|Vesícula Biliar

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2278

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PANCREATITE AGUDA COMPLICADA DE ETIOLOGIA ALCOÓLICA: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDO FREIRE LISBOA JUNIOR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), NATHANY LOUIZE DE ARAÚJO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), LUÍS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), ALYNE ALVES SOBRINHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), KARLA FALCAO DOS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES), RAFAEL AUGUSTO GURGEL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A pancreatite aguda refere-se à inflamação do pâncreas, causando dor abdominal súbita e grave. Cerca de 60-75% dos casos de pancreatite se desenvolve como resultado de cálculos biliares ou moderada a forte consumo de álcool ao longo de anos. Consiste em uma condição clínica bastante frequente, identificando-se duas formas principais de apresentação: a forma edematosa e a necrosante, a forma grave da doença. A maioria dos pacientes tem a forma leve, que é autolimitada e tem boa evolução com tratamento conservador. Entretanto, cerca de 20-30% dos casos evoluem para a forma grave, com significativa morbimortalidade. Entre 1988 e 2003, a mortalidade por pancreatite aguda diminuiu de 12 para 2%, de acordo com um grande estudo epidemiológico dos Estados Unidos. No entanto, cerca de 15-25% de todos os pacientes têm uma doença mais grave que requer cuidados médicos intensivos, já que por vezes é complicada por danos extensivos e até 30% desenvolverão infecção no tecido pancreático. RELATO DE CASO: Paciente 28 anos, sexo masculino, solteiro, branco, dono de bar. Relato de dor em abdome superior há cerca de 30 dias, frequência diária, de forte intensidade, associada a febre, náuseas e vômitos que pioravam com a dieta oral. Era etilista diário há 06 anos de fermentados e destilados. Tomografia de abdome mostrou aumento de volume pancreático, heterogêneo, com formação cística na cauda do pâncreas, 1,4cm no maior eixo. Diagnosticada pancreatite aguda grave de etiologia alcoólica e iniciada antibioticoterapia. Evoluiu com formação de múltiplas coleções intraabdominais infectadas, e após duas tentativas falhas de drenagem guiadas por ecoendoscopia e tomografia computadorizada, apresentou rebaixamento do nível de consciência por quadro de endocardite aguda com êmbolos sépticos cerebrais. Após três meses recebeu alta hospitalar com dislalia e paraparesia de membros inferiores. CONCLUSÃO: A maioria dos quadros de pancreatite aguda não levam à complicações. A infecção bacteriana secundária ocorre em 40% a 70% dos pacientes com pancreatite necrosante e constitui o principal fator de risco de mortalidade. A avaliação radiológica, sobretudo por tomografia computadorizada, tem papel fundamental na definição da conduta nos casos graves, principalmente no que diz respeito à caracterização das complicações locais, as quais têm implicação prognóstica e na determinação do tipo de abordagem terapêutica.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreatite aguda Complicada|Pancreatite aguda Alcoólica|Necrose pancreática

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2282

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VARIAÇÕES ANATÔMICAS DO PEDÍCULO HEPÁTICO: MORFOLOGIA DO TRIÂNGULO DE CALOT

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LAURA DAMADA GARCIA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE SOROCABA- PUC-SP), LUCAS AUGUSTO AYRES RIBAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE SOROCABA- PUC-SP), VITOR HERNANDES LOPES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE SOROCABA- PUC-SP), MARCELO RICARDO DE OLIVEIRA BARCELOS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE SOROCABA- PUC-SP), RONALDO ANTONIO BORGHESI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE SOROCABA- PUC-SP)

RESUMO: Objetivo: Revisar a base anatômica do triângulo de Calot e comparar as variações anatômicas encontradas com as variações descritas na literatura. Aprimorar esse conhecimento é essencial visto que a má interpretação da anatomia é causa comum de lesão durante a colecistectomia. Método: Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal, realizado entre agosto de 2016 e fevereiro de 2017 no Instituto Médico Legal de Sorocaba. Foram acompanhados 20 exames necroscópicos que tiveram a região do pedículo hepático dissecada e foi feito registro fotográfico da região do Triângulo de Calot com câmera digital Samsung, 12.2mp. Foi elaborado um banco de dados com a descrição anatômica de cada caso. Foram excluídos cadáveres vítimas de trauma hemorrágico abdominal ou com comprometimento anatômico do pedículo hepático e das estruturas vizinha, casos de cirrose, coledocolitíase e os colecistectomizados. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os familiares das vítimas, mas deu-se preferência por observar os corpos não reclamados. A identidade bem como os demais dados das vítimas foram mantidos em sigilo. Resultados: Observamos que o ducto cístico se insere no ducto hepático comum de forma oblíqua em 15 casos (75%), de forma paralela em 3 casos (15%) e em espiral em 2 casos (10%). Em 16 casos (80%), o ducto cístico apresentava-se posterior à artéria cística e, em 4 casos (20%), anterior. A artéria cística também foi avaliada e, em 14 casos (70%) ela se originou da artéria hepática direita. Nos outros 6 casos (30%), teve provável origem da artéria gastroduodenal ou artéria hepática comum. Na maioria dos casos, a artéria cística localizava-se anterior ao ducto hepático comum. Entre as variações encontradas, observamos 2 casos, em que os elementos não formavam um triângulo, pois o ducto hepático e o ducto cístico eram paralelos, 1 caso com artéria cística acessória e ducto cístico oblíquo curto, 1 caso com artéria hepática direita mais longa e curva. Em um dos casos, a veia porta localizou-se anterior às demais estruturas do pedículo hepático. Conclusão: A anatomia descrita neste trabalho está de acordo com as descrições encontradas na literatura e as variações anatômicas encontradas são discretas e já descritas por outros trabalhos. Conclui-se que a anatomia da via biliar é bastante variável e o amplo conhecimento da região é necessário para evitar lesões durante a colecistectomia.

PALAVRAS-CHAVES: Triângulo de Calot|Variações anatômicas|colecistectomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2331

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO DA COLEDocolITÍASE POR ACESSO VÍDEOLAPAROSCÓPICO TRANSCÍSTICO ? RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AIRTON ZOGAIB RODRIGUES (HOSPITAL ANA COSTA DE SANTOS), GABRIELA CHAMMAS CONSORTE (FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES), HELOÍSA BAPTISTA SEQUIN (FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES), MESSIAS ELIAS NETO (HOSPITAL ANA COSTA), JOAO CARLOS MENDES DE V. GUIDO (FACULDADE DE MEDICINA - UNIMES)

RESUMO: Introdução: Em até 10% dos pacientes com colelitíase há coledocolitíase associada quando do ato operatório. Não existe consenso quanto à melhor abordagem da coledocolitíase, sendo a via laparoscópica segura e efetiva, pois pode ser realizada concomitantemente com a colecistectomia, a um só tempo e com menor incidência de pancreatite aguda. Esse fato é corroborado somente pela necessidade de instrumentação específica e habilidade laparoscópica avançada do cirurgião. Do ponto de vista cirúrgico, há 2 tratamentos laparoscópicos para a coledocolitíase: a extração dos cálculos por via transcística ou por coledocotomia, ambos com a utilização de cateter de Dormia ou balonado. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 52 anos, do lar, hipertensa, hipercolesterolêmica, portadora de hipertireoidismo controlados clinicamente, atendida em consulta ambulatorial em 08/2016 com diagnóstico ultrassonográfico de microcolelitíase múltipla assintomática, exame clínico normal e indicação de vídeocolecistectomia eletiva. Em 02/01/2017 apresentou cólica biliar tratada sintomaticamente no PS cuja USG abdominal revelou: colelitíase múltipla e discreta dilatação do colédoco (1,1cm) com foco ecogênico no seu interior. Em 04/02/2017 novo episódio de cólica biliar tratada no serviço de urgência com realização dos seguintes exames laboratoriais: TGO=197; TGP=399; Gama-GT=540 e BT e frações=normais. Em 21/02/2017 realizada vídeocolecistectomia com colangiografia que demonstrou colédoco dilatado com 4 imagens sugestivas de cálculos no colédoco distal. Procedeu-se à coledocolitotomia transcística com cateter de Dormia e extração dos mesmos sem intercorrências. Optamos por drenagem do leito vesicular com Penrose no.4, retirado no 3º. PO. Evolução assintomática sem complicações pós-operatórias. Conclusão: A extração laparoscópica transcística de cálculos do colédoco é uma opção válida no tratamento da coledocolitíase, pois é menos invasiva do que a via convencional e uma boa alternativa à papilotomia endoscópica.

PALAVRAS-CHAVES: Coledocolitíase | Colelitíase | Cirurgia laparoscópica

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2335

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: COLECISTECTOMIA EM PACIENTE CIRRÓTICO. RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA THERESA SOARES DE OLIVEIRA ROSA (FACERES), BRUNA MARIA AREDE PACHECO (FACERES), MAYARA BOTELHO CARLETTO (FACERES), BÁRBARA MARIA TARRAF MOREIRA (FACERES), NATÁSSIA ALBERICI ANSELMO (FACERES), PAULO EDUARDO ZERATI MONTEIRO (FACERES), CARLOS DARIO DA SILVA COSTA (FACERES), RAPHAEL RAPHE (FACERES)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Cirrose hepática (CP) é uma condição em que era contra indicada a realização de colecistectomia videolaparoscópica (CVL). Atualmente, cirróticos Child A e B com colelitíase sintomática podem ser submetidos a essa técnica, com risco baixo de morbi-mortalidade. A CVL tornou-se o procedimento de eleição. Essa técnica passou a ter importância redobrada, tendo em vista a maior incidência de litíase biliar em pacientes com hepatopatia crônica, e os procedimentos precisam ser minimamente invasivos, diminuindo a probabilidade de descompensação da hepatopatia. RELATO DE CASO: BMA, 75 anos, masculino, apresentando dor em hipocôndrio direito e epigástrico, associada a náuseas e vômitos. Antecedentes de Doença de Chagas, arritmia cardíaca, marcapasso, CP por álcool em acompanhamento desde 2011 e descompensada por HDA varicosa, litíase biliar, trombose de via porta desenvolvia pela doença hepática, alcoolismo ativo. Em uso de Omeprazol, Propranolol, Ancoron, Enalapril, Hidroclorotiazida, Apixabana. EF: anictérico, eupneico, consciente e orientado; abdome globoso, doloroso a palpação em HD, Murphy positivo, sem sinais de peritonite. US de abdome: vesícula biliar hiperdistendida, com paredes espessadas e pequena quantidade de líquido perivesicular; barro biliar e cálculos até 0,5 cm, ausência de ascite. Laboratório: leucócitos: 9.160 mm³, plaquetas: 130.000 mm³, amilase: 1.041 U/L, lipase: 2.084 U/L, creatinina = 0,87 mg/dL, BT: 0,67 mg/dL, albumina = 3,4 g/dL, INR: 1,3, glicemia: 76 mg/dL, TGO: 64 U/L, Child-Pugh: A(6), Meld: 9. Recebeu tratamento clínico para pancreatite aguda biliar (PAB) tendo evolução satisfatória. Apresentou nova crise de dor com nova PAB leve, sendo tratada clinicamente e recebendo alta. Realizada cirurgia de CVL a qual transcorreu com tempo cirúrgico maior que o habitual, 3 horas de duração; houve grande dificuldade técnica pela CH e pelas condições inflamatórias da vesícula. Não houve sangramento excessivo nem a necessidade de transfusões. CONCLUSÃO: CH compensada com colelitíase sintomática, a CVL está bem indicada e é a técnica mais segura e eficaz, porém ainda apresenta um desafio para cirurgiões, requer um bom entendimento da doença hepática, a otimização dos pacientes no pré-operatório e, no intra, cuidados, técnicas e equipamentos para um adequado procedimento. Já em quadros descompensados, prioriza-se a melhora da função hepática e procedimentos minimamente invasivos.

PALAVRAS-CHAVES: Cirrose hepática|Colecistectomia videolaparoscópica|litíase biliar

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2350

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÃO DE VIAS BILIARES TIPO BISMUTH III EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FILIPE DE PADUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), FLÁVIO DE PÁDUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), FERNANDO SALVO TORRES DE MELLO (CIRURGIÃO APARELHO DIGESTIVO DO HULW. PROFESSOR ASSISTENTE DA FAMENE), TARCIANA VIEIRA DA COSTA (GASTROENTEROLOGISTA DO HULW. PROFESSORA DA FAMENE), THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), LETÍCIA AIRES BENJAMIN (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL)

RESUMO: INTRODUÇÃO: As lesões de vias biliares são eventos pouco comuns em cirurgias de vesícula biliar, podendo atingir entre 0,26 - 0,6%** , em algumas casuísticas. A maioria dessas lesões são identificadas tardiamente, representando importante morbidade aos pacientes³. O reparo desses acometimentos deve ser realizado preferencialmente por cirurgiões especialistas e em grandes centros, possibilitando maior êxito nessas reabordagens cirúrgicas^{1 2}. Relatamos um caso de lesão de vias biliares, em paciente jovem, reconhecida em pós-operatório tardio. RELATO DO CASO: F.P.S., 31 anos, feminino. Queixa de icterícia e prurido progressivos há cerca de 03 (três) meses, ocorridos após colecistectomia aberta. Colúria e acolia fecal associados, além de perda ponderal não quantificada. Colecistectomia aberta em agosto de 2016, com icterícia surgindo 03 dias após a cirurgia. Reoperação com drenagem cavitária cerca de 03 semanas após, sem resolução do quadro. Admitida no Hospital Municipal Santa Isabel/João Pessoa/PB, em novembro de 2016, com os seguintes exames complementares. Bilirrubina total 21,7 (B.Direta 12,7/ B. Indireta 9,0) AST 88, ALT 79, fosfatase alcalina 685 GGT 135. Exames de imagem revelaram os seguintes achados (novembro de 2016): tomografia de abdome superior com contraste venoso ? dilatação de vias biliares intra-hepáticas e colangioressonância magnética ? também com dilatação de vias biliares e estenose de ducto hepático comum em sua confluência. Indicado procedimento cirúrgico, com achado de lesão de vias biliares na confluência dos ductos hepáticos (Classificação Bismuth 3), sendo realizada reconstrução com anastomose bílio-digestiva (hepático-jejunostomia em Y Roux); a paciente desenvolveu hematoma de parede abdominal no 2 dia de pós-operatório, sendo explorado e drenado. Recebeu alta com doze dias de pós-operatório com regressão quase completa da icterícia. Reavaliação ambulatorial após 03 meses da cirurgia, com a paciente sintomática, sem icterícia ou elevação de enzimas canaliculares. CONCLUSÕES: A suspeita e identificação precoce de lesão iatrogênica de vias biliares deve ser a meta do cirurgião após cirurgias de colecistectomia complicadas. O reconhecimento tardio dessas lesões determina elevada morbidade (inclusive cirrose biliar secundária); deve ser prontamente diagnosticada e corrigida, em Centros com cirurgiões habilitados a solucionar esses graves traumas às vias biliares.

PALAVRAS-CHAVES: via biliar | bismuth III | lesão vias biliares

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2362

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tratamento Videolaparoscópico do glucagonoma

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUTEGARDE VIEIRA DE FREITAS (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ROGÉRIO RIBEIRO ESTRELLA (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), ORLANDO HIROSHI KIONO SIQUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), MARIA MADUREIRA MURTA (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), LARRI VIEIRA JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), LUCIANA MORAIS RABELO (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE)

RESUMO: INTRODUÇÃO glucagonoma é um tumor neuroendócrino das células alfa das ilhotas de Langerhans do pâncreas, que se caracteriza por níveis elevados de glucagon plasmático, intolerância à glicose, emagrecimento, anemia e hipoaminoacidemia. Além disso, 41% dos pacientes apresentam lesões cutâneas circinadas com áreas de necrose e descamação, denominadas eritema necrolítico migratório. Atualmente a terapêutica baseia-se principalmente na ressecção cirúrgica. RELATO DE CASO Paciente branca, sexo feminino, 48 anos de idade, com suspeita diagnóstica de síndrome do pânico e diabetes, relata perda ponderal (14 quilos em 6 meses) e surgimento de lesões cutâneas avermelhadas nas mãos e nos pés, com edema doloroso nos pés. Em seis meses as lesões se exacerbaram e atingiram outros locais do corpo (boca, ânus, cotovelos), sem melhora com medicamentos. Após internação para realização de exames e uso de cortisona, suspeitou-se de glucagonoma, confirmado após dosagem de glucagon sanguíneo (307 pg/mL). Realizou TC de abdome que mostrou tumor na cauda do pâncreas. A paciente foi submetida à ressecção cirúrgica videolaparoscópica. A massa neoplásica possuía 2,0 cm, se estendendo focalmente à gordura peripancreática, com invasão vascular. O exame histopatológico e o estudo imunohistoquímico confirmaram o diagnóstico de glucagonoma. CONCLUSÃO Desde 1980, há cerca de 400 casos relatados de glucagonoma, evidenciando se tratar de uma patologia rara com estimativa mundial de 1 caso para cada 20 milhões de pessoas. Ocorre, geralmente, em pacientes com idade média de 59 anos. O glucagonoma nem sempre se apresenta com todas as características da síndrome, o que dificulta o diagnóstico. Assim, as lesões dérmicas do tipo eritema necrolítico migratório acabam caracterizando o quadro de glucagonoma. No caso em questão foi realizada a ressecção cirúrgica, tratamento considerado padrão ouro, com resultado satisfatório.

PALAVRAS-CHAVES: glucagonoma | videolaparoscopia | ressecção pancreática videolaparoscópica

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2363

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Fístula pancreática: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FRANCIELE TIBOLA (HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIÚMA/SC), ISABELA RIBEIRO SIQUEIRA (HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIÚMA/SC), FABRICIO SOUZA BITENCOURT (HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIÚMA/SC)

RESUMO: Introdução: A fístula pancreática é caracterizada por um derrame de líquido pancreático como resultado da interrupção dos ductos pancreáticos. É qualquer débito após o terceiro dia do pós operatório, maior que três vezes a amilase sérica normal. Ao desenvolver-se, ela é responsável por uma alta morbidade ao paciente. Tem como etiologia causas iatrogênicas, como as ressecções pancreáticas e as não iatrogênicas, as pancreatites. O paciente ao dar vestígios de desenvolvimento de fístula pancreática, apresenta sinais e sintomas, como: dor abdominal, distensão, diminuição do tempo de esvaziamento gástrico, febre, mudança da característica da drenagem e alterações laboratoriais. Relato de caso: V.A.C., 66 anos, feminina, nasceu e reside em Turvo/SC, agricultora, hipertensa, dislipidêmica e portadora de insuficiência venosa crônica. Paciente realizou check-up no ano de 2016 com o médico da Unidade de Saúde, e em um exame de Ultrassom-abdominal, apresentou uma lesão nodular hipoecogênica, regular, situada ventralmente ao corpo pancreático, medindo 1x 0,9x 0,8 cm. Foi encaminhada ao Cirurgião. Realizou-se uma punção ecoguiada que como resultado evidenciou-se uma neoplasia neuroendócrina bem diferenciada de baixo grau histológico ? GRAU1, sendo então, a paciente submetida a uma pancreatoesplenectomia corpo-caudal. Após o terceiro pós operatório, paciente evoluiu com desconforto abdominal, náuseas e prostração, sendo então diagnosticada com uma fístula pancreática de baixo débito. Iniciamos nutrição parenteral, jejum absoluto e octreotida 0,1mg, 8/8h, sendo a paciente apresentando melhora significativa após o décimo dia de início desta terapia. Paciente teve alta médica, sendo após acompanhada no ambulatório de cirurgia geral, sem mais alterações clínicas significativas. Conclusão: as fístulas pancreáticas, mesmo com alta morbidade ao paciente, quando realizada a terapia de maneira eficaz, surge um bom resultado. No caso apresentado, a fístula era de baixo débito, sem muitas repercussões clínicas, sendo possível adotar a terapia medicamentosa (Octreotida) e a dietética (jejum associado a nutrição parenteral). Paciente teve um bom seguimento do tratamento e consequentemente obteve sucesso no caso.

PALAVRAS-CHAVES: Fístula pancreática | drenagem | octreotida

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2365

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÃO DE VIAS BILIARES APÓS COLECISTECTOMIA ABERTA EM PACIENTE JOVEM, COM COMPLICAÇÃO TARDIA DE DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FILIPE DE PADUA BRITO DE FIGUEIREDO ALMEIDA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA), LETÍCIA AIRES BENJAMIN (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), WANDENBERG GOMES DE ALBUQUERQUE (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), LORENNNA DE SOUSA FONTENELE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), MARCELA SILVA VIEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), EDUARDO LAFAYETTE MONTEIRO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), THIAGO ALEXANDRE MACEDO DE AZEVEDO (HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL), ANA CELI LEANDRO NOBREGA DE ALMEIDA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Com índice de casos em torno de 0,2 a 2,9%, a lesão iatrogênica das vias biliares é uma das complicações mais temidas associadas à colecistectomia[3]. Quando não percebida no intra-operatório, a lesão pode apresentar significativo aumento na morbidade do paciente no pós-operatório.[1,3] É necessário alto grau de suspeição para que o diagnóstico seja feito o mais precocemente possível[2]. Relatamos um caso de lesão de vias biliares pós colecistectomia aberta em paciente jovem, com complicação da derivação biliodigestiva . RELATO DO CASO: J.B.S, feminino, 17 anos, encaminhada em 2013, com dor em hipocôndrio direito irradiada para dorso, associada a náuseas, vômitos e plenitude pós-prandial, sem sinais de colestase ou febre. Submetida a colecistectomia por via aberta, evoluiu no 7º DPO com dor abdominal, vômitos pós-alimentares, febre, icterícia 2+/4+, abdome flácido, doloroso difusamente, sem sinais de peritonite. Tomografia computadorizada de abdome com discreta dilatação de vias biliares intra-hepáticas e colédoco terminal, tendo sido feita laparotomia exploradora, com achado intraoperatório: coleperitônio, aderências supramesocólicas e secção completa dos ductos hepáticos direito e esquerdo junto à confluência. Conduta adotada foi a cateterização dos ductos hepáticos individualmente e drenagem biliar externa, seguida da dilatação intermitente das vias biliares. Após cinco semanas foi realizada hepaticojejunostomia em Y-de-Roux e drenagem da cavidade. Em 2016, na vigência de um quadro de colestase, nova colangiorressonância foi realizada, e demonstrou redução do calibre ao nível da anastomose biliodigestiva e, provável tecido fibrocicatricial, além de duas imagens ovaladas, compatíveis com cálculos, aventando a hipótese de estenose cicatricial. Após tratamento clínico, passou por correção cirúrgica, com confecção de nova anastomose hepatojejunal dupla, evoluindo satisfatoriamente. CONCLUSÕES: O pronto diagnóstico e prevenção dessas lesões são primordiais, haja vista que o prognóstico encontra-se diretamente relacionado ao tempo entre a identificação e reparo dessa complicação. O reparo desses acometimentos deve ser realizado preferencialmente por cirurgiões especialistas e em grandes centros, possibilitando maior êxito nessas reabordagens cirúrgicas.

PALAVRAS-CHAVES: lesão vias biliares |estenose cicatricial |derivação biliodigestiva

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2392

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Relato de caso: Colectistectomia em paciente portadora de Situs Inversus Totalis no Estado do Amazonas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ADRIANO PESSOA PICANÇO JR (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS), JUAN EDUARDO RIOS RODRIGUEZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), BRÍGIDA THAINE FERNANDES CABRAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS), MANUEL RIOS RUIZ (BENEFICENTE PORTUGUESA DE MANAUS), MÁRCIO COSTA FERNANDES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS), GERSON SUGUIYAMA NAKAJIMA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS)

RESUMO: Introdução: A colecistectomia consiste na retirada da vesícula biliar, órgão armazenador da bile, responsável pela lise lipídica. Podendo ser realizada por cirurgia aberta ou videocirurgia, suas indicações majoritárias são a litíase biliar e colecistite, cursando com sinais e sintomas colestáticos. Podendo esta, apesar de ser uma das cirurgias abdominais mais frequentemente realizada, ser dificultada em casos, por exemplo, de patologias como o Situs Inversus Totalis (SIT), a qual consiste em uma doença autossômica recessiva rara que acarreta rotação espelhada de todos os órgãos do portador, podendo ou não estar associada a demais comorbidades. Desenvolvimento: Por sua vez, este relato aborda o caso de paciente do sexo feminino, de 52 anos, natural e procedente de Manaus, com Situs Inversus Totalis desconhecido, que deu entrada no Hospital Samel de mesma localidade, queixando dor cólica em hipocôndrio esquerdo. Após admissão, realizaram-se exames e imagem que evidenciaram o SIT, e colelitíase, tendo a colecistectomia por vídeo sido elegida como conduta para o caso. A cirurgia foi realizada obedecendo a técnica cirúrgica laparoscópica tradicional, todavia de forma espelhada, adaptando a posição do instrumental e membros da equipe, seguindo sem complicações. O tratamento foi eficaz, com evolução satisfatória, seguida da melhora dos sintomas supracitados. Conclusão: Como relatado na literatura mundial, o tratamento cirúrgico é conduta de escolha para pacientes com SIT sintomáticos. Para isso, há a necessidade de grande conhecimento, por meio do cirurgião, da técnica e da anatomia do local a ser operado, para possa realizar a cirurgia de modo inverso.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia | Situs Inversus Totalis | Vias Biliares

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2411

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PSEUDOCISTO PANCRETÁTICO PÓS-TRAUMA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: REBECA ANTUNES DE OLIVEIRA (INSTITUTO VIGOR), CÉSAR AUGUSTO ROEDER (HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO), ADRIEL DENNER OLIVEIRA DA SILVA (HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO), ÉRIKA ALVES DUTRA DA SILVA (FACULDADE SÃO LUCAS), KATHERINE GUIMARÃES DE ALENCAR (FACULDADE SÃO LUCAS), IAYMA SILVA ANDRADE (FACULDADE SÃO LUCAS), KIANNE LEAL OLIVEIRA (FACULDADE SÃO LUCAS), RAYRA MENEZES DE ALMEIDA (INSTITUTO VIGOR)

RESUMO: Introdução Pseudocisto pancreático (PCC) pós-trauma é definido como uma coleção de fluido nos tecidos peripancreáticos, sendo rodeado por uma parede bem definida e que não contenha nenhum material sólido. Resultam da inflamação e necrose pancreática, como complicações de pancreatite crônica ou trauma pancreático (cerca de 23% dos casos). Os sintomas são inespecíficos, como dor abdominal persistente, anorexia ou massa abdominal após um episódio de pancreatite ou trauma abdominal. Relato do caso Paciente masculino, 21 anos, branco, relata que há cerca de 4 meses sofreu acidente motociclístico, onde procurou atendimento médico com queixa de dor abdominal e astenia. Foi submetido a ultrassonografia de abdome total, onde observou-se moderada quantidade de líquido livre na pelve, com conteúdo heterogêneo, e tomografia computadorizada (TC) que evidenciou pâncreas com densidade heterogênea e laceração parenquimatosa na transição do corpo e calda, associada à densificação da gordura peripancreática. Foi então encaminhado para o hospital de referência, permanecendo por 14 dias internado com melhora dos sintomas, optando-se por conduta conservadora. Entretanto, após 15 dias de alta hospitalar retornou ao hospital com queixa de dor e aumento importante do volume abdominal. Submetido a TC de abdome que evidenciou aumento do PPC. Optou por conduta cirúrgica onde foi realizado uma derivação cisto-gástrica posterior. Após 6 dias de pós-operatório sem queixas e assintomático, com regressão completa do pseudocisto, paciente obteve alta hospitalar. Conclusão No caso supracitado o paciente evoluiu após o trauma com dor abdominal, levando a suspeita diagnóstica de PCC. A intervenção cirúrgica é indicada quando há presença de complicações, como compressão de vasos nobres, estômago ou duodeno levando a sintomas clínicos, estenose do ducto biliar comum ou impedimento do fluxo biliar, com colestase, infecção ou hemorragia do cisto ou fístula. Paciente com história clínica clássica de PPC, pode ser inicialmente, conduzido de forma conservadora, como no caso relatado. Entretanto, este caso evoluiu com sinais de gravidade sendo instituído terapêutica de drenagem eco guiada não terapêutica devido a parede espessa do PPC, sendo realizado a cistogastrostomia cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Pseudocisto pancreático | Complicações de pancreatite crônica | Derivação cisto-gástrica posterior

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2420

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pancreatite como complicação de CPRE: Descrição de casos em um hospital de urgência e emergência de Salvador-BA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE GUSMAO CUNHA (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), ANA CELIA DINIZ C. BARBOSA ROMEO (HOSPITAL DO SUBÚRBIO), LOHANA SANTANA ALMEIDA DA SILVA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), VICTOR DA PAIXÃO GUIMARÃES (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), LORENZA ANDRÉS ALMEIDA DE SOUZA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), GRAZIELE DANTAS VIEIRA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), MATEUS FAGUNDES GÓES (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), DANIEL ROCHA PARANHOS (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Coledocolitíase ocorre entre 8 e 20% dos doentes com colelitíase sintomática. Este achado leva à necessidade de intervenção na via biliar principal por endoscopia ou cirurgia. Quando se estabelece o diagnóstico no período pré-operatório, o tratamento endoscópico, através da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com papilotomia e retirada dos cálculos, é o procedimento preferencial para diversos autores, com colecistectomia complementar. Entretanto, um dos obstáculos para escolha desta abordagem é a possibilidade de complicações, presentes em cerca de 10% dos doentes submetidos a este procedimento, sendo a pancreatite aguda responsável por até 50% delas. OBJETIVOS: Descrever e analisar o perfil dos pacientes que desenvolveram pancreatite aguda após Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), avaliados no Hospital de Emergência e Urgência Cirúrgica (Hospital do Subúrbio), Salvador ? Bahia. MÉTODOS: Trata-se de um Estudo descritivo-analítico, transversal, baseado na revisão de prontuários de 17 de abril de 2014 a 17 de abril de 2016, coletados na unidade referida. Foram incluídos todos os pacientes submetidos a CPRE no período. RESULTADOS: Foram analisados 175 prontuários, dos quais 129 foram incluídos no estudo. A média de idade dos pacientes foi de 49,5 anos, variando entre 34-84 anos, com predomínio do sexo feminino (76,7%). Considerando a patologia de base, 59 (45,7%) apresentavam coledocolitíase evidenciada na CPRE, sendo que apenas 3 desenvolveram colangite pós-procedimento. Dentre os pacientes, 14 (10,8%) desenvolveram pancreatite após o procedimento, dos quais 8 necessitaram do uso de antibiótico e todos tiveram suporte clínico. A média de permanência dos pacientes no hospital foi de 7,8 dias, sendo o tempo médio entre a CPRE e a realização da colecistectomia de 3,8 dias. Todos os pacientes avaliados tiveram alta por melhora. CONCLUSÃO: A prevalência de pancreatite pós-CPRE ressalta a importância de se atentar para possibilidade desta complicação e mostra que o tratamento adequado contribui para um desfecho favorável.

PALAVRAS-CHAVES: pancreatite | cpre | coledocolitíase

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2435

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: RELATO DE CASO : ADENOCARCINOMA DA AMPOLA DE VATER

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO (RESIDENTE), EMANUEL DUARTE ANTAO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), JÉSSICA DUARTE ANTÃO (GRADUADA), BRUNA LOPES CACAU (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA-INTA), IVSON JOSÉ ALMEIDA MEDEIROS JÚNIOR (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), ARTHUR GAIA DUARTE PEIXOTO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GUILHERME RUAN FERNANDES FERREIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Adenocarcinoma da ampola de Vater é uma neoplasia maligna rara, que se traduz com sinais e sintomas de pancreatite aguda e icterícia obstrutiva, geralmente assintomáticos. No exame físico pode revelar vários achados como sinal de curvoisier, febre e semiologia da pancreatite aguda. O pico de incidência é por volta da sétima década, mais frequente no sexo masculino, sendo a investigação histopatológica e diagnóstico precoce de grande impacto para a sobrevida do paciente. O tratamento padrão desse tipo de tumor ampular é a pancreatoduodenoectomia (procedimento de Whipple) apesar da sua considerável morbidade e mortalidade. Quando há disseminação hematogênica, não é possível realizar o procedimento de whipple, optando por uma gastroenteroanastomose. RELATO DE CASO: F.T.S, 73 anos, masculino, tabagista e etilista por 25 anos, relata que há 4 meses iniciou um quadro de plenitude gástrica, acompanhado de anorexia, perda de 15 kg e icterícia 4+. No exame físico apresentava-se icterico com abdômen globoso distendido, doloroso a palpação e presença de ascite de moderado volume. Realizou TC de abdômen que evidenciou lesão hipodensa, mal definida, na topografia da cabeça/processo uncinado do pâncreas, medindo cerca de 2,1 x 2,0 cm. Lesão heterogênea, parcialmente delimitada, na topografia da segunda porção do duodeno. Discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas associada a dilatação do colédoco, que mede até 1,4cm de calibre e sofre afilamento abrupto ao nível da segunda porção do duodeno bem como ducto pancreático principal na topografia da papila ? lesão estenosante da papila de vater. O paciente foi abordado sendo realizado colecistectomia e no intraoperatório foi observado infiltração a nível da cabeça do pâncreas estendendo até a artéria Hepática e acometendo linfonodos, sendo assim proposto, na ocasião, uma anastomose colédoco-jejuno laterolateral com uma gastroenteroanastomose, sendo realizado biopsia do linfonodo e confirmado o adenocarcinoma moderadamente diferenciado e invasivo. O paciente manteve-se internado evoluindo ao óbito em mesma internação. CONCLUSÃO: Apesar do grande desafio diagnóstico inicial do adenocarcinoma da ampola de Vater, a importância da investigação nos aspectos do exame físico, do tamanho e grau de ressecabilidade curativa do tumor são fatores determinantes do seu prognóstico, bem como sua correta abordagem.

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma | Pancreatoduodenoectomia | Pancreatite aguda

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2454

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Coledocolitíase: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO (RESIDENTE), EMANUEL DUARTE ANTAO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), JÉSSICA DUARTE ANTÃO (GRADUADA), BRUNA LOPES CACAU (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA-INTA), IVSON JOSÉ ALMEIDA MEDEIROS JÚNIOR (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LUCAS REIS COSTA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), PEDRO KAYO DE FIGUEIREDO MEDEIROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Introdução: Coledocolitíase é a presença de cálculos biliares no colédoco. A grande maioria desses cálculos forma-se na vesícula biliar e migra para o colédoco através do ducto cístico. Estes cálculos são chamados de cálculos secundários. Os cálculos que se formam no próprio colédoco são chamados de cálculos primários. A litíase biliar é uma doença de alta prevalência na população geral - 10% e a incidência da coledocolitíase têm uma frequência de 8 a 15%. A litíase biliar é uma doença com alta prevalência na população geral. Cálculos em vias biliares podem estar presentes em 10 a 18% dos pacientes com colelitíase, podendo atingir níveis de 32% em pacientes acima de 70 anos de idade. Sinais e sintomas de obstrução biliar incluem icterícia, dor em quadrante superior direito ou epigástrio, acolia e colúria. Febre e calafrios podem ocorrer se houver colangite. Níveis elevados de bilirrubinas, fosfatase alcalina e transaminases são comuns, mas não são nem sensíveis nem específicos para coledocolitíase, pois cerca de um terço desses pacientes apresentam exames laboratoriais normais. Destes exames, a bilirrubina sérica apresenta o maior valor preditivo positivo (28-50%). Relato de caso: G.J.S, masculino, 63 anos, casado, pedreiro, natural e procedente de Picos-PI, relata sintomatologia de dor em hipocôndrio direito, de início súbito, com resolução espontânea, há 3 meses. O quadro evoluiu com icterícia flutuante, plenitude pós-prandial, prurido generalizado e acolia fecal. Ao exame físico, apresentava-se icterico (4+/4+), hipocorado (+/4+), com abdome globoso, tenso e hérnia umbilical. Paciente com us abdome mostrando colédoco dilatado 1,3cm e com cálculos. Foi realizada colecistectomia com coledocotomia, com achados intraoperatórios de vesícula distendida e colédoco dilatado, porém mostrando ausência de cálculo no mesmo. Foi realizado uma derivação biliodigestiva do tipo coledocoduodenostomia e paciente segue bem. Conclusão: A colecistectomia, como previamente dito, é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em nosso meio e no mundo. Dada a alta incidência de colelitíase associada a coledocolitíase, justifica-se a utilização de métodos de rastreamento para esta doença. Pacientes que apresentem estenose definitiva, cálculos múltiplos, cálculos intra-hepáticos ou colédoco com diâmetro maior que 2,0 cm, esta indicada a realização de derivação bilio-digestiva através de coledocojejunostomia em Y de Roux ou coledocoduodenostomia.

PALAVRAS-CHAVES: Litíase biliar | Colecistectomia | Coledocojejunostomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2463

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Colectectomia em paciente com Situs inversus totalis: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RAFAEL ADAILTON DOS SANTOS JUNIOR (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GUILHERME SILVA SOARES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LUIZA HELENA FERREIRA BRITTO ARAGÃO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), ALEX RODRIGUES MOURA (HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA)

RESUMO: Introdução O Situs inversus totalis (SIT) se caracteriza pela posição invertida dos órgãos tóraco-abdominais em relação ao plano sagital, resultante de anomalias na rotação do tubo cardíaco durante o período embrionário. É uma condição pouco frequente, presente em 0,005-0,01% dos indivíduos, cujo mecanismo é desconhecido. Possui herança autossômica recessiva, com igual incidência em ambos os sexos. Na idade pediátrica com frequência o diagnóstico se realiza de forma casual, dada a ausência de sintomas. Somente 5-10% se associam a malformações cardiovasculares congênitas.[1,2] A Colectectomia é o procedimento de retirada da vesícula biliar, em geral devido a processos litíasicos. Pode ser feito por meio de técnica aberta ou laparoscópica, esta última considerada o método padrão na atualidade.[3] Quando feita pela via aberta, dura em média 76 +/- 27 minutos. A realização dessa cirurgia em pacientes com SIT requer procedimentos tecnicamente mais exigentes e a lateralidade do cirurgião pode influenciar no desempenho dessas operações.[4,5] O objetivo do trabalho é expor a dificuldade de realização de colectectomia pela técnica aberta em um paciente com SIT, de forma a enriquecer o conhecimento da comunidade médico-acadêmica. Para sua realização, foi feita revisão de prontuário do paciente em questão, associada com revisão de literatura relacionada ao tema. Relato de Caso Paciente S.B.C, sexo feminino, 29 anos, admitida em hospital no interior do estado de Sergipe em Julho de 2015 para a realização de colectectomia eletiva devido a colelitíase. A paciente apresentava SIT, comprovado por exames de imagem. O procedimento foi realizado por meio da técnica aberta, por motivos de limitações de infra-estrutura que impossibilitaram a via laparoscópica. Foi feita a incisão subcostal em hipocôndrio esquerdo, que permitiu o acesso à vesícula e vias biliares. Não houve intercorrências durante o ato cirúrgico, que teve a cefazolina como antibioticoprofilaxia. A paciente evoluiu bem e recebeu alta após 24 horas. Conclusão A colectectomia é um procedimento rotineiro no cotidiano do cirurgião. Contudo, determinadas condições oferecem obstáculos à sua realização, a exemplo do SIT, já que as estruturas anatômicas estão invertidas em relação ao plano sagital. Isso exige do cirurgião competência para identificar corretamente as estruturas e realizar o procedimento sem provocar iatrogenias.

PALAVRAS-CHAVES: Colectectomia | Litíase biliar | Situs inversus totalis

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2486

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO IATROGÊNICA DAS VIAS BILIARES NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), FRANCISCA GIORDANA VASCONCELOS DE OLIVEIRA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), JOAO ODILO GONCALVES PINTO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), JOÃO IVO XAVIER ROCHA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LUCAS BRUNO BORGES (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LUCAS DE OLIVEIRA LIMA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA)

RESUMO: OBJETIVO: Determinar o perfil epidemiológico e a evolução pós-tratamento cirúrgico de pacientes internados no Hospital Geral de Fortaleza com lesões iatrogênicas de vias biliares após colecistectomia no período de dois anos (2014-2015). METODOLOGIA: Realizado um estudo de coorte retrospectivo com análise de prontuários. O critério de inclusão único foi a submissão do paciente a cirurgia de derivação biliodigestiva no Hospital Geral de Fortaleza por lesão iatrogênica de vias biliares secundárias a colecistectomia. Foram excluídos os pacientes operados por neoplasia, patologias litíasicas ou doenças císticas das vias biliares. Os dados epidemiológicos e cirúrgicos foram coletados em ficha do aplicativo Google Formulários[®] que alimentaram um banco de dados organizado com o programa Microsoft Excel[®] sendo, em seguida, analisados e calculados as respectivas médias e porcentagens. RESULTADOS: Dos 64 prontuários de derivações biliodigestivas realizadas no período, 54 foram retirados do estudo por atenderem a critérios de exclusão, restando, para estudo, 10 prontuários. A média de idade os pacientes foi de 40,3 anos, com predomínio do sexo feminino (90%) e provenientes do interior do estado (70%). O sintoma inicial mais prevalente foi icterícia. A colecistectomia convencional (não laparoscópica) foi a cirurgia índice prevalente. O tipo de lesão mais comum foi o tipo E de Strasberg. A derivação biliodigestiva em Y de roux foi a correção cirúrgica padrão utilizada. Os pacientes evoluíram favoravelmente, recebendo alta com uma média de 7,2 dias de pós-operatório e tendo como complicação cirúrgica mais comum a infecção superficial de ferida operatória (30%). CONCLUSÃO: O Hospital Geral de Fortaleza realiza um tratamento cirúrgico/clínico de pacientes com lesões complexas de vias biliares pós colecistectomia, com perfil de pacientes e desfechos pós-operatórios similares a grandes centros de referência do mundo. BIBLIOGRAFIA: 1) MINASSAKI VA et al. HEPATECTOMIA APÓS COMPLICAÇÃO DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA ? RELATO DE CASO. ARQ MED HOSP FAC CIENC MED SANTA CASA SÃO PAULO. 2015. [NO PRELO]. 2) ANDRADE; RECONSTRUÇÃO CIRÚRGICA DA ESTENOSE CICATRICIAL DE VIAS BILIARES PÓS-COLECISTECTOMIA, REV. COL. BRAS. CIR. 2012; 39(2): 099-104 3) VIRINDER K. et al. FACTORS AFFECTING SHORT-TERM AND LONG-TERM OUTCOMES AFTER BILIOENTERIC RECONSTRUCTION FOR POST-CHOLECYSTECTOMY BILE DUCT INJURY: EXPERIENCE AT A TERTIARY CARE CENTRE; INDIAN J SURG (DECEMBER 2015) 77

PALAVRAS-CHAVES: Lesão de Via Biliar|Colecistectomia|Derivação Biliodigestiva

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2496

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PANCREATITE CRÔNICA EVOLUINDO COM FÍSTULA PANCREATOPULMONAR: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), DEODATO ROLIM CARTAXO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE)

RESUMO: Introdução: A fístula pancreatopulmonar é uma complicação rara da pancreatite, porém associada a altas taxas de morbidade e mortalidade. Estima-se que ocorra em 0,4% dos pacientes com pancreatite crônica e em 4,5% daqueles com pseudocisto. Relato de Caso: Paciente de 47 anos, sexo masculino, portador de pancreatite crônica de etiologia alcoólica, encaminhado ao serviço para investigação de tosse produtiva, hemoptise, dispneia, dor torácica ventilatório-dependente e perda de 8 Kg nos últimos 2 meses. Negava queixas abdominais. Ao exame físico apresentava-se bastante emagrecido, com mucosas hipocoradas 2+/4+, febril, com taquipnéia leve. Na ausculta respiratória observou-se murmúrio vesicular abolido nos dois terços inferiores do hemitórax esquerdo, com macicez à percussão. O abdome era plano, sem visceromegalias ou massas palpáveis e indolor à palpação. A avaliação laboratorial mostrou um hemograma normal, amilásémia de 793 UI/L, amilásúria de 12477UI/L, com perfil hepático e renal sem alterações. Durante a investigação diagnóstica realizou tomografia de tórax e colangiorressonância que evidenciaram, respectivamente, múltiplas opacidades retráteis esparsas com distribuição periférica ântero-lateral e basal em ambos os pulmões, além de trajetos fistulosos da cauda pancreática aos segmentos pulmonares posterior e lateral do lobo inferior esquerdo. Recebeu o diagnóstico de fístula pancreatopulmonar e concordou em iniciar o tratamento conservador através da colocação de stent pancreático por CPRE. A Broncoscopia, tomografia, CPRM ou CPRE são exames fundamentais para o seu diagnóstico preciso. O tratamento de primeira linha para fístula pancreatopulmonar é clínico e endoscópico por passagem transpapilar de stent no ducto pancreático principal com eficácia de 30 a 60%. Caso não haja resposta satisfatória nas primeiras duas a três semanas algum procedimento cirúrgico como a lobectomia deve ser considerado. Em fístulas refratárias o uso tanto de fibrina quanto de cianoacrilato já foram previamente descritos na literatura com resultados benéficos. Conclusão: A fístula pancreatopulmonar apesar de incomum, deve sempre ser considerada grave. O seu diagnóstico precoce requer atenção aos sintomas dos pacientes e avaliação criteriosa dos achados radiológicos. O reconhecimento dessa complicação é portanto essencial no tratamento da pancreatite crônica.

PALAVRAS-CHAVES: FÍSTULA|PANCREATITE|HEMOPTISE

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2503

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pâncreas anular como causa de síndrome colestática: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SOLON GONÇALVES SOUZA MENEZES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), MARCUS VINICIUS BITTENCOURT BUENO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), INGRID LUNA HOERNER E SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), ANTONIO AUGUSTO PEIXOTO DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), ARIANE RIBEIRO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), FERNANDA CRAVO BARROSO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)), ANA PAULA BASTOS DE CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ))

RESUMO: O pâncreas anular é uma malformação congênita rara, onde um segmento do tecido pancreático envolve total ou parcialmente o bulbo duodenal, podendo cursar ou não com algum grau de obstrução extrínseca da luz intestinal. Com uma incidência estimada em um em cada 10 a 20 mil nascidos vivos, tal condição é mais frequente em neonatos mas pode passar assintomática durante este período sendo diagnosticada na vida adulta ou em necropsias. I.Q.B, 57 anos, com dor abdominal em hipocôndrio direito, intermitente, há aproximadamente 6 meses, acompanhada de distensão abdominal, vômitos pós-prandiais e síndrome colestática. História prévia de úlcera péptica de repetição há mais de 20 anos. Interna-se para investigação. EDA: cicatriz de lesão ulcerada no corpo gástrico e úlcera em atividade pré-pilórica. Estenose pós-bulbar. Colangio RNM: cabeça pancreática de tamanho aumentado e sinal preservado, provável alteração constitucional sem configurar lesão focal. Vias biliares dilatadas intra e extrahepáticas. SEED: redução do calibre do arco duodenal (segunda porção). Evoluiu com quadro de colangite, dor abdominal difusa com irritação peritoneal. Submetido à laparotomia exploradora em caráter de urgência, realizou-se drenagem cirúrgica da via biliar com dreno de Kehr. Colangiografia intra-operatória: dilatação de vias biliares intra e extrahepáticas, sem passagem de contraste para o duodeno, sem coledocolitíase. Evidenciada durante a exploração cirúrgica presença de tecido pancreático envolvendo a segunda porção duodenal. Confirmou-se tratar de um caso de pâncreas anular cuja anatomia anômala do órgão causava estenose do duodeno em sua segunda porção com obstrução da papila, justificando a síndrome colestática, as úlceras e o retardo no esvaziamento gástrico. Após resolução do quadro infeccioso optou-se por nova abordagem cirúrgica para tratamento definitivo. Foi novamente submetido a laparotomia com realização de duodenoduodenostomia associada à derivação biliodigestiva coledocojejunal, resolvendo então a estenose bulbar e a obstrução à drenagem da via biliar causada pelo pâncreas anular. Em seguimento ambulatorial com resolução completa da disfagia e colestase. EDAs de controle normais, sem recidiva das úlceras pépticas. Trata-se de um paciente com estenose da segunda porção duodenal associada à síndrome colestática com etiologia atribuída a pâncreas anular, onde a duodenoduodenostomia foi eficaz, uma vez que permitiu o "by-pass" da estenose duodenal resolvendo o quadro clínico.

PALAVRAS-CHAVES: DUODENODUODENOSTOMIA, KEHR, COLANGITE | OBSTRUÇÃO INTESTINAL ICTERÍCIA ESTENOSE VIA BILIAR | COLANGIOGRAFIA ULCERA DUODENAL PÂNCREAS ANULAR

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2530

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Lesão iatrogênica vias biliares: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO (RESIDENTE), EMANUEL DUARTE ANTAO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), JÉSSICA DUARTE ANTÃO (GRADUADA), ARTHUR GAIA DUARTE PEIXOTO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), PEDRO ANTONIO LIMA DE HOLANDA MARQUES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JOSÉ GOMES SOUTO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GUILHERME RUAN FERNANDES FERREIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: INTRODUÇÃO:A doença calculosa biliar é uma das afecções mais comuns que ocorrem no ser humano. A incidência é de 10 a 20% de toda a população adulta do planeta, tornando a colecistectomia uma das operações mais freqüentemente realizadas no mundo. A lesão iatrogênica de via biliar (LIVB) foi descrita pela primeira vez por Sprengel em 1891 e é uma das complicações mais temidas associadas à colecistectomia. A estenose de via biliar é uma complicação que, com frequência, pode causar consequências desastrosas como cirrose biliar, insuficiência hepática e até culminar com o óbito do paciente.RELATO DE CASO: LESÃO IATROGENICA DE VIAS BILIARESPaciente com o relato de ter realizado colecistectomia aberta no serviço no dia 16/01/16, evoluindo no 3º dia de pós-operatório com dor abdominal inicialmente em abdome inferior e posteriormente em hipocôndrio direito. Refere ainda icterícia, colúria, diarreia e acolia fecal. Nega outras queixas. Procurou o Hospital do Satélite para investigação de lesão iatrogênica da via biliar. Ao exame físico icterícia 2+/4 e abdome doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito. Durante a internação, logo nos primeiros dias houve piora do quadro clínico. Nesse período foi realizado TC de abdome que evidenciou paciente colecistectomizado. Em 29/01/16 (4º DIH) foi submetida a LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM DRENAGEM DE BILIOMA E COLOCAÇÃO DE DRENO TUBOLAMINAR. Evoluiu bem no pós-operatório, com alívio dos sintomas e significativa melhora clínica. Prosseguiu-se, então, a investigação e em 05/02/16 fez ColagioRNM: Fígado e pâncreas normais. Colédoco e ducto pancreático normais. Vesícula biliar ausente. A partir de então, a paciente evoluiu sem queixas, aceitando bem a dieta. Em 23/02/16 foi submetida a HEPATICOJEJUNOSTOMIA COM RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX, sem intercorrências. Evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no 9º dia pós-operatório.CONCLUSÃO:A prevenção de lesões constitui o principal alvo a ser atingido quando da realização de colecistectomias, seja aberta ou laparoscópica e, caso ocorram, o paciente deverá ser encaminhado a centros com especialistas em cirurgia biliar para tratamento adequado. O prognóstico desses pacientes está diretamente relacionado ao tempo decorrido até a identificação da lesão e seu tratamento, assim como à escolha do procedimento cirúrgico e da habilidade com que é realizado, sendo o estado funcional do fígado o fator isolado mais determinante do prognóstico final.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia | Lesão vias biliares | Doença iatrogênica

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2538

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Vesícula Biliar Gigante Com Empiema

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SAULO RENAN SILVA SANTOS (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS), REMO JOGAIB SALCIARINI (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS), CELIA MARIA GOUVEIA DE FREITAS (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS), LUIS ANTONIO VANNI GUERRA (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS), MIGUEL CHAVES FILHO (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS), THIAGO BOECHAT DE ABREU (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS), JHON RONALD AROSQUIPA TORRES (HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS)

RESUMO: Introdução. Empiema de vesícula biliar (EVB) é grave complicação possível na história natural da colecistite aguda. A impactação de um cálculo e obstrução do ducto cístico pode causar estase biliar, levando à dilatação do órgão, raramente gigante como neste caso. A vesícula biliar hidrópica pode tornar-se um EVB se houver infecção secundária. A vesícula biliar tem capacidade, em média, de 45 ml e seu comprimento é de 7 a 10 cm. Neste caso, foram aspirados mais de 600 ml de bile purulenta de uma vesícula biliar de 17 cm. Relato de caso. Paciente M.G.S.B.C., sexo feminino, 39 anos, hipertensa, procurou o ambulatório do Hospital Orêncio de Freitas, Niterói-RJ, com queixa de dor em hipocôndrio direito, com piora à ingesta de alimento colecínético, dor à palpação de hipocôndrio direito, Murphy negativo, e massa do tamanho de meio limão em quadrante inferior direito, Blumberg negativo e ultrassonografia evidenciando vesícula biliar hidrópica com cálculos. Tomografia meses depois revelou vesícula biliar, distendida até a pelve, de 17 cm e imagem sugestiva de coledocolitíase. Foi internada eletivamente, sem nenhum sinal de colecistite, sem dor. No intra-operatório, visualizou-se gigante vesícula biliar com cálculo impactado no infundíbulo, ducto cístico e colédoco dilatados, sendo realizada colangiografia intra-operatório com imagem sugestiva de cálculo em colédoco distal. Realizou-se a colédocotomia com exploração da via biliar principal e coledocolitotomia, após a qual nova colangiografia documentou extravasamento satisfatório de contraste para o duodeno e nenhuma imagem negativa em via biliar. Procedeu-se à coledocorrafia e drenagem da cavidade com dreno de Penrose, programando-se colangiopancreatografia retrógrada endoscópica em um segundo tempo. Paciente evolui bem em pós-operatório, sem complicações, após colecistectomia videolaparoscópica com exploração de vias biliares. Conclusão. A colecistectomia, quer laparotômica ou videolaparoscópica, precoce deve ser realizada em pacientes com sintomas de empiema da vesícula biliar, não importando o tamanho dele. Os exames complementares pré-operatórios ajudam na formulação da hipótese diagnóstica e são de grande auxílio ao cirurgião durante a programação pré-operatória para estratificação de risco de coledocolitíase, entretanto o ato operatório em si pode apresentar-se diverso do previsto e impõe-se sempre que esteja apto à resolução de adversidade maior.

PALAVRAS-CHAVES: Vesícula Biliar Gigante | Empiema de vesícula biliar | Vesícula biliar hidrópica

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2544

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pâncreas Anular no Adulto

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENATO MANGANELLI SALOMAO (UNIRIO), ANTONIO CARLOS RIBEIRO G. IGLESIAS (UNIRIO), CAMILA CERDEIRO AGUIAR (UNIRIO), FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA (UNIRIO), JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ (UNIRIO), CELIO CORTINHAS FILHO (UNIRIO), CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO (UNIRIO), MARISTELA CAVEDAGNE (UNIRIO), LUANE TAVARES (UNIRIO)

RESUMO: Objetivo Relatar dois casos de pâncreas anular, uma anomalia do desenvolvimento rara, diagnosticados pelo serviço de cirurgia geral da sexta enfermaria do Hospital Universitário Gaffrè e Guinle. Introdução O pâncreas anular é uma anomalia congênita rara, causando graus variados de obstrução duodenal extrínseca. Relato de caso Caso 1 - Paciente do sexo masculino, 73 anos, com quadro clínico de náuseas e vômitos, plenitude pós prandial e icterícia, sem dor abdominal. Ultrassonografia abdominal evidenciou dilatação das vias biliares e coledocolitíase. Colangiografia apontou dilatação de vias biliares e deslocamento da porção distal do colédoco. Exame contrastado do duodeno mostrou importante redução do diâmetro da segunda porção duodenal, dilatação do estômago e da primeira porção de duodeno. Na endoscopia digestiva alta notou-se compressão extrínseca tipo anular na segunda porção duodenal. Exames laboratoriais demonstravam aumento de fosfatase alcalina e bilirrubina total, com predomínio de bilirrubina direta. Paciente foi submetido à abordagem cirúrgica com realização de coledocolitotomia e anastomose hepaticojejuno duodenostomia. Evoluiu com abscesso de parede abdominal, recebendo alta hospitalar após resolução do quadro. Realizado seguimento clínico do paciente por 05 anos. Caso 2 - Paciente do sexo feminino, 42 anos, apresentando vômitos e plenitude pós prandiais e perda ponderal significativa. Ao exame físico, apresentava estômago dilatado e vasculejo presente. Exame contrastado de estômago e duodeno demonstrou grande distensão gástrica, megabulbo duodenal e área de estenose ao nível da segunda porção do duodeno. Endoscopia digestiva alta evidenciou grande quantidade de resíduos alimentares no estômago, dilatação com compressão extrínseca circular da primeira e segunda porção duodenal. Foi submetida à abordagem cirúrgica com realização de vagotomia troncular e gastrojejuno stomia. Evoluiu no pós operatório com paresia e distensão gástrica. Após restabelecimento de peristalse, paciente recebeu alta hospitalar. Realizado seguimento clínico da paciente por 02 anos. Conclusão O conhecimento das malformações pancreáticas é essencial para estabelecimento de diagnósticos diferenciais e elucidação diagnóstica. A apresentação clínica de pâncreas anular é variável e, embora os achados imagiológicos o possam sugerir, o seu diagnóstico definitivo ocorre apenas durante a cirurgia, com a identificação de uma banda de tecido pancreático a envolver o duodeno.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreas Anular | Obstrução Duodenal | Doença congênita no adulto

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2561

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA COLEDocolITÍASE MACIÇA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO AUGUSTO RÉGIS PAULO NETO DE ALMEIDA (HOSPITAL SAMARITANO), GUSTAVO LEITE URQUISA (HOSPITAL SAMARITANO), MARIA EDUARDA SERAFIM CRISPIM (HOSPITAL SAMARITANO), AUGUSTO DE ALMEIDA JÚNIOR (HOSPITAL SAMARITANO), DEODATO ROLIM CARTAXO (HOSPITAL SAMARITANO), GUSTAVO GOMES MARQUES (HOSPITAL SAMARITANO), ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS (HOSPITAL SAMARITANO), RUAN CÉSAR TEIXEIRA DE CARVALHO (HOSPITAL SAMARITANO)

RESUMO: Introdução: Coledocolitíase Múltipla refere-se à existência de mais de cinco cálculos no Ducto biliar comum, porém, em revisão de literatura sobre o tema, apesar de existirem relatos do termo ?Coledocolitíase Maciça?, não há definição prática para o mesmo. É apresentada uma paciente com coledocolitíase maciça, em que a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica não obteve sucesso, sendo submetida à exploração cirúrgica. Relato do caso: Paciente de 66 anos com quadro de dor abdominal tipo queimação em epigástrio e hipocôndrio direito, sem alterações laboratoriais, diagnosticada com colelitíase e coledocolitíase através de ultrassonografia. Acolangiopancreatografia retrógrada endoscópica não obteve sucesso, pois não foi conseguido a cateterização seletiva da via biliar, optando-se por realizá-la no intra-operatório. Iniciado o procedimento videolaparoscópico, a Colangiografia revelou colédoco dilatado (1,5 cm) repleto por cálculos de até 0,5 cm, sendo então realizado papilotomia endoscópica através de fio guia transcístico e tentativa de esvaziamento do colédoco. Como não foi possível, optou-se pela exploração cirúrgica, submetendo a paciente à coledocotomia transversa, com extração de 72 cálculos entre 0,3 e 0,6 cm, e posterior Coledocoduodenoanastomose. Conclusão: O relato tem o intuito de mostrar a importância de uma definição prática da Coledocolitíase Maciça, estabelecendo o número e o tamanho dos cálculos e o grau de dilatação do colédoco durante o diagnóstico. Uma vez confirmada a coledocolitíase, a escolha do tratamento deve ser feita com cautela pelo médico, que deve analisar fatores como: o momento do diagnóstico, o número e o tamanho dos cálculos, o grau de dilatação do colédoco, as taxas de complicações de cada método e, não menos importante, a disponibilidade e as condições do Serviço.

PALAVRAS-CHAVES: Coledocolitíase | Colangiografia | Colectectomia Laparoscópica

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2562

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 55 PACIENTES OPERADOS COM CÂNCER PRIMÁRIO DA VESÍCULA BILIAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENATO MANGANELLI SALOMAO (UNIRIO), CAMILA PEREIRA LIMA KHOURI (UNIRIO), RICARDO ANTONIO CORREIA LIMA (UNIRIO), ANTONIO FELIPE SANTA MARIA C.AYRES (UNIRIO), CAMILA CERDEIRO AGUIAR (UNIRIO), ANTONIO CARLOS RIBEIRO G. IGLESIAS (UNIRIO), JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ (UNIRIO), FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA (UNIRIO)

RESUMO: Introdução: O câncer primário da vesícula biliar (CPVB) é um tumor de elevada malignidade e letalidade. A despeito de sua relativa raridade, é a neoplasia mais frequente e agressiva do trato biliar e a quinta mais comum do trato gastrointestinal. Possui predileção por determinados grupos demográficos e diversos fatores de risco associados. Objetivo: apresentar dados epidemiológicos do CPVB encontrados em 55 pacientes operados na clínica cirúrgica A do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Métodos: por meio de um estudo de coorte transversal retrospectivo, foram analisados dados obtidos nos prontuários dos 55 pacientes operados com CPVB na clínica cirúrgica A do HUGG. Resultados: A maior incidência de CPVB ocorreu no sexo feminino, 87,2% (n=48), sendo que 64,5% (n=31) eram multíparas. A doença foi mais frequente na população branca, 69,0% (n=38), considerando 34 mulheres (70,83%) e 4 homens (57,14%). Dentre os 55 pacientes, 23 (41,8%) encontravam-se com sobrepeso. A média de idade dos pacientes do sexo feminino foi 62,97 anos, enquanto nos homens foi 62,85 anos. As idades máximas foram 90 no sexo feminino e 82 no sexo masculino. A idade mínima foi de 32 anos em ambos os sexos. Os sinais e sintomas mais frequentes foram: dor (89,1%), seguido de náuseas e vômitos (85,5%) e intolerância alimentar (78,2%). 60% dos pacientes apresentaram icterícia, seguido de perda de peso (49,1%), plenitude pós prandial (36,4%) e massa palpável (21,8%), foram os achados mais frequentes. O tipo histológico mais frequente foi adenocarcinoma, 96,4%. Entre os tratamentos cirúrgicos foram realizadas colecistectomias, colecistectomias com ressecção do leito hepático, segmentectomias, laparotomias exploradoras com biópsia e anastomoses biliodigestivas. A sobrevida média foi de 4 meses, sendo que as melhores sobrevidas foram de 12 e 5 anos observadas em dois pacientes com tumores precoces. Conclusão: o CPVB é uma neoplasia que acomete mais o sexo feminino. É mais frequente em pacientes na 5ª década de vida, com uma média de 62,96 anos de idade, e as melhores sobrevidas ocorrem nos doentes nos quais os tumores são encontrados precocemente.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer da vesícula biliar | Estudo epidemiológico | Vias biliares

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2577

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Apresentação radiológica não usual de tumor neuroendócrino pancreático não funcionante: um relato de caso.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PAULO MOZART DE BARROS (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), RICARDO JOSÉ CALDAS MACHADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), NAIÁ DE MIRANDA NEVES (FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE), HELYSÂNIA SHÁDYLLA SANTOS DE FARIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO), BEATRIZ GLEYSE MARINHO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO)

RESUMO: Introdução: Os tumores neuroendócrinos pancreáticos (TNEP) são raros. Podem ser classificados como funcionantes ou não funcionantes em relação às manifestações endócrinas. Os não funcionantes chegam a 85% dos TNEP, e mais da metade destes, são malignos. Geralmente, são diagnosticados em fase avançada e com pior prognóstico. As neoplasias de pâncreas possuem comportamentos que permitem distingui-los entre si. As malignas costumam possuir apresentações sólidas, enquanto a apresentação cística está na maioria das lesões de curso benigno. Contudo, cistos pancreáticos são cada vez mais diagnosticados, principalmente pelo uso frequente de exames por imagem nas afecções abdominais, acarretando expansão da descoberta incidental destas lesões. Aos exames de imagem, os TNEP, quase em sua totalidade, apresentam-se como nódulos ou massas hipodensas, onde a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância nuclear magnética (RNM) assumem grande importância diagnóstica. Os TNEP com apresentação cística são considerados raros e seu diagnóstico acurado aos exames de imagem é de apenas 23%. Relato do Caso: Paciente de 62 anos, sexo feminino, com achado incidental de tumoração pancreática cística em transição cabeça-corpo, medindo 4,5x3,5x2,5 cm. Conclusão: Os tumores neuroendócrinos por tratarem-se de condição pouco frequente e apresentação radiológica usual como massa sólida com realce hipervascular, tornam a possibilidade diagnóstica de achados císticos pancreáticos como carcinomas neuroendócrinos não funcionantes um evento raro. Este tumor pode mimetizar condições benignas à radiologia, ausência ou sintomatologia inespecífica, causando diagnóstico tardio e consequente piora de fatores prognósticos do paciente. A identificação pré-operatória tende a ser melhorada, com exames complementares, permitindo uma definição antecipada destes cistos no futuro, o que levaria a abordagens precoces, com melhor prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: Cisto pancreático | Tumor pancreático | Tumor neuroendócrino

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2578

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: CISTO MESOTELIAL DE VESÍCULA BILIAR

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO DE ABREU TRAUZYNSKI (HOSPITAL SANTA-ISABEL), RAFAEL DIAS DA CUNHA (HOSPITAL SANTA ISABEL), FELIPE PEREIRA GOMES (HOSPITAL SANTA ISABEL), THAINÃ DE OLIVEIRA AZAMBUJA (HOSPITAL SANTA ISABEL), EDSON PEDRO DA SILVA (HOSPITAL SANTA ISABEL), ANDREW MAYKON MASSUTTI (HOSPITAL SANTA ISABEL), BRIAN SILVESTRE (HOSPITAL SANTA ISABEL), LUIGI FERNANDO KOZENIESKI (UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O cisto mesotelial apresenta-se habitualmente em mulheres em idade reprodutiva podendo ser encontrado em qualquer local da cavidade abdominal. O tratamento consiste em ressecção cirúrgica, sendo a técnica videolaparoscópica adequada em boa parte dos casos. O caso descrito mostra uma patologia de aspecto evolutivo benigno com incidência rara. RELATO DE CASO: J.S, feminina, 30 anos, encaminhada para serviço de cirurgia por dor crônica em hipocôndrio direito. Iniciou investigação com USG que evidenciou massa cística multiseptada, comparedes e septos finos e regulares medindo aproximadamente 70x40x52mm, junto a vesícula biliar, com vias biliares sem alterações. Colangio-RM de abdome superior com contraste hepatocito específico evidenciou formação cística, com finas septações inclusas, localizada medialmente a vesícula biliar, envolvendo parcialmente a mesma, sem se caracterizar efeito de massa significativo local ou áreas de realce anômalo ao meio de contraste, não sendo observada a passagem de contraste ou comunicação das vias biliares com a formação cística. Optado por colecistectomia videolaparoscopia com mini instrumentos, com ligadura dupla de ducto cístico com fio algodão 2-0 e retirada da vesícula em bolsa de luva. DISCUSSÃO: Cistos de origem mesotelial são lesões raras, mais frequente em mulheres em idade reprodutiva. São geralmente benignos e encontrados em maior frequência no mesentério e omento, porém há relatos de cistos mesoteliais em diversos órgãos da cavidade abdominal. Geralmente são assintomáticos e achados acidentais durante investigações por outras causas. Quando sintomáticos os sintomas variam de acordo com localização e tamanho do cisto. Seu diagnóstico geralmente baseia-se em exames de imagem como tomografia computadorizada e RM, no entanto dependendo do local acometido sua localização pode não ser precisa. São raros os relatos de cisto mesotelial acometendo vesícula biliar na literatura. A técnica videolaparoscópica com mini instrumentos mostrou-se apropriada para o caso.

PALAVRAS-CHAVES: Vesícula | Cisto | Mesotelial

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2585

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ANÁLISE DAS COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS CONVERTIDAS NA CLÍNICA CIRÚRGICA ?A? DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENATO MANGANELLI SALOMAO (UNIRIO), CAMILA PEREIRA LIMA KHOURI (UNIRIO), ZENON TELLES BENVINDO MARQUES DA SILVEIRA (UNIRIO), ANA CAROLINA SOBREIRA ABRAHÃO (UNIRIO), JOSÉ CARLOS PERRI VIDAL ALVAREZ (UNIRIO), FERNANDO ATHAYDE VELOSO MADUREIRA (UNIRIO), ANTONIO CARLOS RIBEIRO G. IGLESIAS (UNIRIO), MARISTELA CAVEDAGNE (UNIRIO)

RESUMO: Introdução: Devido a evolução das técnicas cirúrgicas para formas menos invasivas, proporcionando um melhor resultado pós-operatório, a colecistectomia videolaparoscópica (CVL) se tornou uma realidade em muitos centros cirúrgicos. Porém, mesmo com todas as suas vantagens ainda apresenta uma taxa de conversão para a cirurgia aberta que varia de 2 a 15% de acordo com a literatura. Objetivos: o presente estudo tem como objetivo apresentar a incidência de conversões de CVL, suas principais causas e o perfil de gênero e idade dos pacientes no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (HUGG). Métodos: Estudo de coorte transversal retrospectivo, no qual foram avaliados os prontuários dos pacientes operados de vias biliares na Clínica Cirúrgica ?A? do HUGG e selecionados os casos de CVL realizados de 1991 a 2016. Resultados: no total foram realizadas 1191 CVL pela Clínica Cirúrgica ?A? do HUGG (983 Mulheres; 193 Homens; 15 Não Relatados) e foram realizadas 32 conversões para cirurgia aberta (2,68% do total de CVL). Dessas, 23 (71,87%) foram realizadas em mulheres e 9 (28,12%) em homens. As justificativas para conversão foram: 14 por dificuldades técnicas (43,75%); 6 por falhas na aparelhagem (18,75%); 5 conversões (15,62%) não foram especificadas; 1 (3,12%) por bridas; 1 (3,12%) por aderências; 1 por fibrose (3,12%) e 1 por não identificarem elementos do pedículo (colédoco, canal cístico e artéria cística) (3,12%). As 3 (9,37%) conversões restantes foram por outras causas não especificadas. Como as principais causas foram dificuldades técnicas e falha no aparelho, é possível inferir algo sobre a realidade dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, nos quais, muitas vezes, o material não está adequado ou não existe, o que dificulta a introdução da videocirurgia como parte do programa de residência médica para permitir a integração natural da técnica videolaparoscópica, diminuindo a curva de aprendizado. Além do que, mesmo para cirurgiões experientes, a falta de material adequado é um limitador para qualidade da cirurgia. Conclusão: Os principais fatores envolvidos com a conversão foram dificuldades técnicas e falhas do aparelho, o que é interessante para fazermos uma autoanálise do HUGG e, principalmente, da situação dos hospitais públicos do Brasil. Nos quais, muitas vezes, lida-se com a falta ou inadequação dos equipamentos, prejudicando a curva de aprendizado e a qualidade do procedimento.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia videolaparoscópica | Colecistectomia | Conversão

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2587

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: LESÃO IATROGENICA DE VIAS BILIARES: UM RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRENNO IVO SOARES SANTOS (UFPI/HSPE), ALEXANDRE GABRIEL SILVA REGO (UFPI), BRENDA IRLA SOARES SANTOS (UFPI), BRUNA MENDES DE ALMEIDA (UFPI), ISADORA FERRO NOGUEIRA (UFPI), LUAN ARNON DE MELO CUNHA (UFPI), LUIZA DE SÁ URTIGA SANTOS (UFPI)

RESUMO: INTRODUÇÃO:Doença biliar calculosa tem incidência mundial de 10%-20% sendo colecistectomia uma das cirurgias abdominais mais feitas.O surgimento da videolaparoscopia trouxe vários benefícios mas, notou-se aumento das lesões de ducto biliar que podem levar ao óbito do paciente.RELATO DE CASO:ICA, 21 anos,parda, ingressou no HU-UFPI em 17/01/2016 para colecistectomia convencional, recebendo alta no 1º DPO. Ao evoluir com dor abdominal, icterícia, colúria, diarreia e acolia fecal três dias após alta, foi internada para avaliação do quadro. Após tomografia de abdome superior, percebeu-se grande derrame pleural bilateral e ascite, sendo feita laparotomia exploradora de urgência com drenagem de bilioma, deixando dreno de penrose. Realizou então colangioressonância mostrando colédoco filiforme de difícil caracterização, com boa visão apenas da parte distal e fina lâmina de hipersinal sugestiva de pequena dilatação, sendo submetida a anastomose biliodigestiva em Y de Roux. Evoluiu com remissão completa dos sintomas prévios mas, em 22/07, voltou ao HU com prurido generalizado e icterícia há 2 meses, diarréia aquosa e colúria há 2 semanas.Ao exame físico mostrou-se hipocorada (1+/4) e ictérica (3+/4+) então, foram feitos exames que mostraram bilirrubina total de 6,85mg/dl e gama GT de 103U/l e colangioressonância magnética mostrando interrupção do ducto hepático comum próximo a união dos ductos hepáticos direito e esquerdo.Assim, tentou-se nova anastomose biliodigestiva mas, ao encontrar muita fibrose no pedículo biliar, optou-se por desfazer anastomose, dissecar o pedículo hepático e suturar alça jejunal.O início do PO evoluiu com drenagem volumosa de conteúdo bilioso e dor abdominal intensificada à palpação.Realizou-se então hepatectomia a esquerda com anastomose biliodigestiva e colangiografia transoperatória, encontrando-se coleperitonio e orifício drenando bile no hilo hepático.O orifício de drenagem foi então fechado, com posterior realização de colangiografia transoperatória que mostrou árvore biliar direita e esquerda,viabilizando anastomose hepatojejunal.O pós-operatório evoluiu sem drenagem de secreção biliosa, com melhora dos parâmetros hepáticos e regressão da icterícia.CONCLUSÃO:A conduta adotada frente ao caso clínico exposto encontra respaldo nas evidências atuais e, como existem divergências na literatura, o manejo de pacientes com lesão iatrogênica de vias biliares deve ser individualizado,devendo prevalecer o julgamento clínico da equipe.

PALAVRAS-CHAVES: LESAO|IATROGENICA|VIAS BILIARES

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2589

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL DOS PACIENTES EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TERESINA QUE REALIZARAM ANASTOMOSES BILIODIGESTIVAS NO ANO DE 2016: ESTUDO DE 28 CASOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRENNO IVO SOARES SANTOS (HSPE), RAIMUNDO JOSÉ CUNHA ARAUJO JUNIOR (UFPI), THIAGO MELO DINIZ (UFPI), LUCAS PAZOLINNI VIANA ROCHA (UFPI), ALEXANDRE GABRIEL SILVA REGO (UFPI), BRENDA IRLA SOARES SANTOS (UFPI), CARLO VICTOR SOUSA RODRIGUES (NOVAFAPI), GUSTAVO DE BARROS PENA RIBEIRO PAIVA (HSPE)

RESUMO: OBJETIVO: Analisar o perfil dos pacientes atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) que realizaram anastomoses biliodigestivas no ano de 2016. METODOLOGIA: Estudo observacional e descritivo do tipo quantitativo. A amostra foi constituída a partir de todos os prontuários de pacientes que se submeteram a cirurgias de anastomose biliodigestiva no HU-UFPI no período de janeiro de 2016 a novembro de 2016. Utilizou-se um roteiro estruturado para a coleta dos dados, utilizando as variáveis sexo, procedência, idade e indicação. Os dados foram tabulados no programa Excel 2010 para Windows com posterior calculo das porcentagens e análise de cada variável. RESULTADOS: Foram realizadas 28 anastomoses biliodigestivas no serviço, no qual destas 25% eram do sexo Masculino e 75% do sexo Feminino, no qual dos 28 pacientes, 82,14% tinham procedência do interior. Os pacientes apresentaram uma idade média de $53,36 \pm 18,48$ anos. A principal indicação para a realização da anastomose biliodigestiva encontrada foi a coledocolitíase com 11 pacientes (40,74%), 54,14% deles ocorrendo no sexo feminino, seguido de lesão iatrogênica com 5 pacientes (18,52%), todas em mulheres. CONCLUSÃO: A principal indicação de anastomose biliodigestiva no HU-UFPI no ano de 2016 foi a coledocolitíase, no qual em acordo com a literatura obteve uma maior incidência sobre o sexo feminino. Tem-se que a maioria dos pacientes que se submeteram a esse procedimento eram provenientes do interior. REFERÊNCIAS: 1. Goessmann H, et al. Biliodigestive anastomosis: indications, complications and interdisciplinary management. *Chirurg.* 2012 Dec;83(12):1097-108. 2. Cammann S, et al. Cholangitis in the postoperative course after biliodigestive anastomosis. *Langenbecks Arch Surg.* 2016 Aug;401(5):715-24

PALAVRAS-CHAVES: PERFIL|PACIENTES|ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2615

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO PALIATIVO PARA AS NEOPLASIAS PERIAMPULARES NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS DE ARAÚJO AQUINO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - HGF), LUCAS BRUNO BORGES (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - HGF), JOAO ODILO GONCALVES PINTO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - HGF), LUCAS DE OLIVEIRA LIMA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - HGF), YILON LIMA CHENG (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - HGF), FRANCISCO EUGÊNIO DE VASCONCELOS FILHO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - HGF), JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - HGF), VALDENOR NEVES FEITOSA JUNIOR (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - HGF)

RESUMO: Objetivo: Traçar um perfil dos pacientes submetidos a derivação biliodigestiva por neoplasia periampular, juntamente com caracterização de fatores de risco para desfechos pós-operatórios e avaliação de tempo de internação hospitalar e procedimento cirúrgico. Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo, analítico e observacional com revisão de 19 prontuários de pacientes submetidos a derivação biliodigestiva como tratamento paliativo de neoplasias periampulares, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015 no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Resultados: Dentre os pacientes avaliados, 57,9% foram do sexo feminino. A neoplasia mais presente foi a de cabeça de pâncreas (78,9%), com média de idade ao diagnóstico de 65 anos. Oito (42,1%) pacientes tinham inicialmente intenção curativa. Ao avaliarmos as cirurgias realizadas, percebemos uma média de tempo cirúrgico de 215 minutos (120-540 minutos). A média de dias de internação hospitalar foi de 29,35 dias. Durante a escolha da anastomose para o processo de desobstrução cirúrgica das vias biliares, os cirurgiões optaram pela realização de uma colédoco-jejuno em 9 (47,4%) hepático-jejuno em 6 (31,6%) dos casos, a colédoco-duodeno em 3 (15,8%) e em 1 (5,3%) caso foi realizada uma colecisto-jejuno anastomose. Conclusão: A derivação biliodigestiva paliativa para os tumores periampulares é um procedimento que pode ser considerado seguro e com boa eficácia a longo prazo no alívio da icterícia e prurido. Apresenta baixas taxas de mortalidade e morbidade aceitável. No nosso estudo, o sexo masculino apresentou-se como fator de risco para complicações graves no pós-operatório dos pacientes submetidos a cirurgia. Wang SE, Shyr YM, Su CH, Chen TH, Wu CW. Palliative Pancreaticoduodenectomy in Pancreatic and Periapillary Adenocarcinomas. *Pancreas*. 2012; 41: 882-886. Elwir S, Sharzehi K, Veith J, Moyer MT, Dye C, McGarrity T, et al. Biliary stenting in patients with malignant biliary obstruction: comparison of double layer, plastic and metal stents. *Dig Dis Sci*. 2013;58:2088-92. Torres JHG, de Freitas RR. Cirurgia paliativa em pacientes com tumor periampular irrissecável: estudo retrospectivo de 5 Anos em um hospital em São José dos Campos ? SP. *Revista Ciências em Saúde* 2013; 3(4). Elwir S, Sharzehi K, Veith J, Moyer MT, Dye C, McGarrity T, et al. Biliary stenting in patients with malignant biliary obstruction: comparison of double layer, plastic and metal stents. *Dig Dis Sci*. 2013;58:2088-92

PALAVRAS-CHAVES: derivação biliodigestiva | pâncreas | neoplasia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2626

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Cistoadenoma Mucinoso de Pâncreas

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VICTOR REMBRANT CAMPOS LICARIÃO (CENTRO UNIVERSITÁRIO NILTON LINS), TIAGO WAGNER DA SILVA PORTELA (CENTRO UNIVERSITÁRIO NILTON LINS), RODOLFO PORTO REGO (FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE), CAROLINA VERTEMATI CAVALIERI (FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE), GABRIELA FERREIRA CORREA (FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE), CLEUCIVAN BASTOS DE OLIVEIRA (FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE), SANDRO PINHEIRO PESSOA COELHO (FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE), ELAINE CRISTINA MARINHO DA FONSECA (FUNDAÇÃO ADRIANO JORGE)

RESUMO: Introdução Tumores císticos são cerca de 5% das neoplasias pancreáticas. Os subtipos mais comuns são cistoadenoma seroso, cistoadenoma e cistoadenocarcinoma mucinoso, adenoma mucinoso papilar intraductal e tumor sólido pseudopapilar. A manifestação mais característica é a dor abdominal associada ou não a abaulamento de massa em mesogástrico. Objetivo Relatar caso clínico de um cistoadenoma mucinoso no Hospital e Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado, Manaus - AM. Relato do Caso Paciente O.C.C., 81 anos, masculino, proveniente de Tabatinga-AM, encaminhado à unidade em Manaus-AM com distensão abdominal e abaulamento de região mesogástrica há 6 meses associado à hiporexia, plenitude pós-prandial, perda ponderal e esteatorréia. Ao exame abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes com macicez a percussão de região epigástrica e massa em região mesogástrica dolorosa a palpação. Realizou ultrassonografia abdominal evidenciando cisto complexo que se estendia desde a topografia do pâncreas até o hipogástrico, presença de septos. Tomografia de abdome com pâncreas não visualizado, devido massa multiloculada com densidade de líquido, realce septal ao contraste. Realizada laparotomia exploradora sendo visualizada tumoração em topografia de pâncreas e baço, de conteúdo cístico volumoso. Submetido a pancreatectomia corpo-caudal e esplenectomia. Encaminhado à UTI e recebendo alta para a enfermaria no 3 DPO evacuando, recebendo dieta e hemodinamicamente estável. No 5 DPO evoluiu com sepse de foco pulmonar nosocomial, abdome globoso, flácido, com Ferida Operatória limpa e sem sinais flogísticos. Progredindo com choque séptico seguido de óbito. O anatomopatológico revelou Cistoadenoma mucinoso de corpo e cauda de pâncreas. Conclusão Cistoadenoma mucinoso de corpo e cauda de pâncreas é um tipo histológico muito raro na população masculina (11M:1H). Estas neoplasias císticas multilobuladas são preenchidas por um material mucinoso espesso e cerca de 1/3 abriga um adenocarcinoma invasivo. Em função de seu potencial maligno o Cistoadenoma necessita de tratamento cirúrgico agressivo como o relato nos mostra.

PALAVRAS-CHAVES: Cistoadenoma Mucinoso | Cisto de corpo e cauda pancreática | Cisto Complexo

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2630

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: ADENOCARCINOMA DA AMPOLA DE VATER: PERFIL IMUNO-HISTOQUÍMICO E FATORES PROGNÓSTICOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ISABELA SOARES FONSECA BATISTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JOÃO PAULO LEMOS DA SILVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), PAULA TEIXEIRA VIDIGAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CLARA ANTUNES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GUSTAVO GOMES GRATEKI (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), CARLA JORGE MACHADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), VIVIAN RESENDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Em 1994 Kimura et. al. descreveram dois subtipos histológicos dos adenocarcinomas da ampola de Vater: o tipo intestinal (TI) e o tipo pancreatobiliar (TPB). A classificação histopatológica dos tumores ampulares relaciona-se com o prognóstico e pode ter importância na decisão de quimioterapia adjuvante. OBJETIVOS: O objetivo desse estudo foi definir o fenótipo dos adenocarcinomas da ampola de Vater por meio da expressão imuno-histoquímica de MUC1, MUC2, MUC5AC, CDX2, CK7, CK20 e EPCAM. MÉTODOS: Foram estudados 30 pacientes com carcinomas ampulares submetidos a tratamento cirúrgico (ressecção R0) em uma única Instituição. Obteve-se a classificação dos tumores em TI e TPB e avaliou-se a relação dessa classificação com as variáveis clinicopatológicas e com a sobrevida. Os dados foram analisados utilizando-se métodos univariados e multivariados. O método multivariado de Cluster foi utilizado para determinar os marcadores imuno-histoquímicos que melhor discriminaram os TI do TPB. A média das idades dos pacientes foi 62,5 anos, e o intervalo interquartil de 54 a 62 anos. RESULTADOS: Nove (30%) tumores foram do TI e 21 (70%) TPB. Os marcadores que melhor discriminaram o TI do TPB foram CDX2 e CK7. Na análise univariada houve associação significativa entre o TPB e linfonodos acometidos ($p = 0,029$), invasão angiolinfática ($p=0,002$) e perineural ($p=0,04$). A variável independente que ficou no modelo multivariado para esta associação foi a invasão angiolinfática ($p=0,005$, $OR=17$). A sobrevida global aos 12, 36 e 60 meses foi de 87,8%, 69,9% e 60,5%, respectivamente. Na análise univariada, as variáveis com impacto na sobrevida foram idade, N, T, estadiamento, invasão angiolinfática e perineural. O modelo final multivariado mostrou associação significativa entre menor sobrevida e a presença de acometimento linfonodal ($HR = 9,03$, $p = 0,009$). CONCLUSÃO: Em conclusão, os marcadores imuno-histoquímicos que melhor discriminaram os tipos histológicos foram CDX2 (TI) e CK7 (TPB). O acometimento linfonodal teve grande impacto na sobrevida e foi mais frequente no tipo pancreatobiliar.

PALAVRAS-CHAVES: ampola de Vater | adenocarcinoma periampular | imuno-histoquímica

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2647

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR NEUROENDOCRINO DE CABEÇA DO PÂNCREAS: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUKAS VIEIRA DE LIMA (UFAC), VANESSA SOUZA CARVALHO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE), THAISE DUARTE ONOFRE SABIÁ E SILVA (UFAC)

RESUMO: Introdução: Os Tumores Neuroendócrinos são neoplasias raras, responsáveis por 5% daquelas com origem no pâncreas. Classificam-se de acordo com as manifestações clínicas (funcionais ou não na cauda pancreática. O diagnóstico é histopatológico e a Cromogranina A está aumentada em até 80% dos casos, exames de imagem podem ser necessários. A cirurgia é o único funcionais) e quanto a histologia. Aproximadamente 50% são não-funcionais e 48% estão localizados tratamento com potencial de cura. Relato de Caso: Paciente masculino, 34 anos, foi admitido no Hospital das Clínicas do Acre com epigastralgia havia 3 meses, associada icterícia progressiva, colúria e perda ponderal de 15kg. Ao exame: emagrecido, icterico (3+/4+) e sem adenomegalias periféricas. Abdome: dor à palpação de epigastrio. Bioquímica: bilirrubina direta aumentada, FA e GGT aumentados. Sorologias negativas para hepatites virais, CA19-9: 4.448; Cromogranina A: 51,7. USG de abdome: fígado com leve aumento de volume, vesícula biliar hidrópica com barro biliar e microlitíase, vias biliares intra e extra-hepáticas normais e pâncreas com aumento de seu volume na cabeça. TC de abdome: cabeça de pâncreas de volume aumentado com área nodular medindo 5cm com realce heterogêneo e outra na cauda de 2,5cm, além de moderada dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. Foi submetido à Laparotomia Exploradora, evidenciando massa tumoral em cabeça do pâncreas com cerca de 6cm, sem acometimento de estruturas circunvizinhas, sendo realizada Gastroduodenopancreatectomia. Histopatologia: neoplasia de células acinares com áreas focais de diferenciação neuroendócrina, Imunohistoquímica: carcinoma misto acinar-endócrino. Após recuperação pós-operatória bem-sucedida foi iniciada adjuvância com Gencitabina. Paciente atualmente em seguimento pelo Hospital do Câncer, assintomático. Conclusão: Diferentemente literatura, o paciente possuía Cromogranina A abaixo do valor de positividade; os sintomas apresentados estavam mais associados ao crescimento tumoral e à compressão de estruturas vizinhas. O resultado da imuno-histoquímica evidenciou tumor misto com componente de Adenocarcinoma e Neuroendócrino sendo a melhor opção a complementação terapêutica com quimioterapia. O relato do caso em questão tem importância não somente pela raridade, mas porque ilustra um diagnóstico de exceção em pacientes ictericos, principalmente neste caso sendo o paciente jovem e com todos os diagnósticos diferenciais mais comuns descartados.

PALAVRAS-CHAVES: adernocarcinoma|neuroendocrino|pancreas

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2663

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PANCREATOBLASTOMA EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JEFFERSON SILVA OLIVEIRA (HOSPITAL DA MULHER DE FORTALEZA), ÍGOR DE PINHO PESSOA XAVIER (HOSPITAL DA MULHER DE FORTALEZA), IAN MARCELL DE ALMEIDA (HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI), DAISY TEIXEIRA DE MENEZES (HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI), GISELLY OSENI BARBOSA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ), MARCO ANTONIO BEZERRA RULIM (HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Tumores pancreáticos, assim como o pancreatoblastoma, são raros principalmente em adultos, onde, dentre os 200 casos descritos na literatura, apenas 35 ocorreram em adultos (OMIYALE, 2015). Na maioria dos casos documentados, os achados da avaliação clínica dos pacientes já se apresentam com massa abdominal volumosa, pois este tumor se comporta com crescimento indolente e poucas manifestações clínicas até se tornarem bastante volumosos (GLICK et al., 2012). O tratamento do pancreatoblastoma é a ressecção cirúrgica e se apresenta como o melhor resultado para a sobrevida dos pacientes (SALMAN et al., 2013). Objetivou-se relatar o caso de uma paciente adulto jovem com massa abdominal palpável de evolução indolente. RELATO DE CASO: MRLF, feminino, 18 anos, quadro de massa abdominal do abdome superior de crescimento indolente, a qual fora diagnóstica com tumor de cauda de pâncreas, histopatológico confirmando pancreatoblastoma. Realizou-se ultrassonografia abdominal, seguiu-se com realização de tomografia computadorizada com contraste endovenoso. Diante dos achados, paciente foi submetida a procedimento cirúrgico, com inventário da cavidade, evidenciando massa retroperitoneal volumosa, na topografia de corpo e cauda de pâncreas, firmemente aderido, sem outras lesões macroscópicas evidentes como linfonodomegalias ou outros processos expansivos. Procedeu-se então a pancreatectomia corpo-caudal, bem com ampliação cirúrgica, com esplenectomia e linfadenectomia loco-regional. CONCLUSÃO: É importante atentar, durante abordagem em pacientes com massa abdominal, o diagnóstico diferencial de pancreatoblastoma, principalmente para população infantil e adulta, além da manutenção de tática cirúrgica com ressecção ampla, a fim de obter os melhores resultados de sobrevida dos pacientes com diagnóstico de pancreatoblastoma. REFERÊNCIAS GLICK, R. D.; PASHANKAR, F. D.; PAPPO, A.; LAQUAGLIA, M. P. Management of pancreatoblastoma in children and young adults. *Journal of pediatric hematology/oncology*, v.34, n.2, p.S47-S50, 2012. OMIYALE, A. O. Clinicopathological review of pancreatoblastoma in adults. *Gland surgery*, v.4, n.4, p.322-328, 2015. SALMAN, B.; BRAT, G.; YOON, Y. S.; HRUBAN, R. H.; SINGHI, A. D.; FISHMAN, E. K.; HERMAN, J. M.; WOLFGANG, C. L. The diagnosis and surgical treatment of pancreatoblastoma in adults: a case series and review of the literature. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, v.17, n.12, p.2153-2161, 2013.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia Geral | Pancreatoblastoma | Neoplasia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2668

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME COLESTÁTICA INDUZIDA POR TUMOR INTRADUCTAL DA PÁPILA DE VATER: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ENYÁLINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EMYLAINE FIRMINO DE VASCONCELOS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), LAÍS HENRIQUES DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), ANA CAROLINA LOPES RAMALHO BEZERRA VIANA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), EVELYNNE MARIA GOMES GALVÃO DA TRINDADE (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), DEODATO ROLIM CARTAXO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE), KAYO CÉSAR SAMPAIO AMORIM (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE)

RESUMO: Introdução: O adenocarcinoma ampular é uma neoplasia maligna rara, em que seu pico de incidência se dá por volta da sétima década de vida e o sexo masculino é mais acometido, na proporção de 2:1. O crescimento polipóide intraluminal do tumor para o colédoco distal é uma apresentação rara, necessitando de alta suspeição diagnóstica e uma correta avaliação dos demais exames de imagem. Relato de Caso: Paciente, 75 anos, sexo masculino, evolui há 3 meses com síndrome colestática progressiva e consumptiva com perda ponderal de 9 Kg. Dentre os achados por obstrução em nível ampular incluem: Icterícia, colúria, acolia, prurido, dor abdominal, anemia, anorexia. Exames laboratoriais revelam padrão colestático, com elevação de enzimas canaliculares e de bilirrubinas, com predomínio da fração conjugada e elevação do nível sérico do antígeno CA19.9. Exame físico: hipocorada (+1/+4) e icterica 3+/4+. Abdome plano, doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito, sem visceromegalias. Na Duodenoscopia: Importante abaulamento na segunda porção duodenal ocupando cerca de 30% da luz, papila desviada inferiormente e exibindo neovascularização. Achado de adenoma foi confirmado histologicamente, com pesquisa de áreas atípicas displásicas ou mesmo invasoras. A tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou importante dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas com falha de enchimento abrupta no colédoco distal em nível da parede duodenal; pâncreas normal. Foi submetido à ressecção cirúrgica com realização de duodenopancreatectomia cefálica. Peça cirúrgica: adenocarcinoma moderadamente diferenciado, de padrão ductal, localizado na papila de Vater (1,5x1,0 cm) e infiltrando até parede duodenal; ausência de invasão vascular, linfonodos e margens cirúrgicas livres de neoplasia. Conclusão: O tumor primário da papila de Vater raramente pode se manifestar como uma protuberância intraluminal coledociana dificultando diagnóstico e tratamento endoscópicos. Apresenta-se como um grande desafio diagnóstico quando em estágios iniciais, por outro, sabe-se que o tamanho, a invasão linfonodal e o grau de ressecabilidade curativa do tumor são fatores determinantes do seu prognóstico. Portanto, uma análise cautelosa da papila duodenal e a observação de alterações sutis da mucosa durante a endoscopia são importantes para detecção precoce do tumor, aumentando a taxa de ressecabilidade cirúrgica e melhorando o prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: DUODENOPANCREATECTOMIA|TUMOR|COLÉDOCO

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2669

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Pseudocisto Pancreático - Rotura Traumática: Discussão de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROSANGELA APARECIDA GOMES (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), ELIS OLIVEIRA (PUC- SP MEDICINA SOROCABA), JESSICA PEREIRA PAPAIS (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), ANA CAROLINA MONGELLI TRINDADE (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), MARIA EDUARDA CRUSCO PACHECO (PUC-SP MEDICINA SOROCABA), DORIVAL MANRIQUE DUARTE JUNIOR (PUC-SP MEDICINA SOROCABA)

RESUMO: Introdução: A avaliação do paciente vítima de trauma abdominal contuso (TAC) tem suas particularidades, principalmente referente à estabilidade hemodinâmica. Um paciente vítima de TAC que se encontra estável hemodinamicamente é passível de ser submetido à uma Tomografia Computadorizada, a qual é capaz de investigar melhor a fonte da lesão, assim como seu grau e intensidade. Por outro lado, um paciente instável hemodinamicamente possui dois recursos diagnósticos disponíveis em um serviço de emergência: LPD ou FAST, sendo este último o mais utilizado. Dentro desse protocolo, é necessário atentar-se ao histórico dos pacientes como, por exemplo, aqueles que apresentam uma esplenectomia prévia. Neste caso, em paciente com evolução aguda para a instabilidade hemodinâmica, com FAST negativo, deve-se sempre pensar em diagnósticos diferenciais de lesão, como o pseudocisto pancreático (PP), para uma conduta rápida e adequada poder ser tomada, em uma laparotomia diagnóstica de emergência. Relato de Caso: Paciente, sexo masculino, 52 anos, vítima de trauma abdominal fechado, tendo como mecanismo de trauma colisão moto versus carro. Ao dar entrada no serviço encontrava-se estável hemodinamicamente, sem alterações expressivas ao exame físico. Após 2 horas, iniciou quadro abrupto de instabilidade hemodinâmica com FAST +, sem lesão hepática e renal, sabidamente esplenectomizado previamente devido à outro trauma abdominal há 7 anos. Realizada laparotomia diagnóstica, foram encontrados 2800mL de sangue na cavidade abdominal, presença de sangramento ativo de vasos curtos de transição de corpo-antro em grande curvatura do estômago e hematoma, não pulsátil e não expansível, retroperitoneal na emergência do Treitz em contiguidade para a Zona II à esquerda, não explorado. Foi constatado neste intra-operatório presença de capa fibrótica em contato com diafragma esquerdo, tendo contiguidade para cauda de pâncreas, com aproximadamente 10 cm de diâmetro, condizente com um PP roto, de onde foi drenado grande quantidade de sangue (retido dos vasos curtos). Realizada ligadura de vasos breves e drenada loja e, pseudocisto. Paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica e melhora clínica, com alta hospitalar após o quinto pós-operatório Conclusão: Conclui-se, assim, que em pacientes previamente esplenectomizados que sofrem um trauma abdominal fechado, há relevante mudança de anatomia e retenção sanguínea em prováveis compartimentos como PP, exigindo destreza da equipe médica

PALAVRAS-CHAVES: Pseudocisto Pancreatico | Trauma Abdominal Contuso | Trauma Abdominal Fechado

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2687

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NOVA TÉCNICA PARA RECONSTRUÇÃO DA VIA BILIAR EXTRA-HEPÁTICA COM UTILIZAÇÃO DE TUBO JEJUNAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: EDUARDO CREMA (UFTM), ALEX AUGUSTO SILVA (UFTM), JUVERSON ALVES TERRA JUNIOR (UFTM), LIA YUMI OMORI NISHIKAWA (UFTM), CELSO JUNIOR OLIVEIRA TELES (UFTM - UBERABA/MG), MARIANA OLIVEIRA FERREIRA (UFTM), BRUNO GIL DE OLIVEIRA MACHADO (UFTM)

RESUMO: Introdução:As lesões iatrogênicas da via biliar durante colecistectomias consistem em desafio cirúrgico. Crema et al utilizou o princípio de Monti para confecção e interposição de tubo jejunal entre a via biliar e o duodeno, em cães, como alternativa terapêutica mais fisiológica, possibilitando posterior acesso endoscópico e diminuindo refluxo para via biliar. Descrevemos o caso mais recente em humano. Resumo:DSF, 22 anos, sexo feminino, branca, previamente hígida, IMC 28. Submetida a colecistectomia videolaparoscópica em outro serviço, necessário conversão para laparotomia devido sangramento vultuoso, evoluiu no pós-operatório com fístula biliar e sepse abdominal. TC e RNM de abdome: grande volume de líquido livre, ligadura da tríade portal direita. Encaminhada no 12º DPO para o HC/UFTM, submetida a laparotomia exploradora, evidenciado coleperitônio, lesão de via biliar principal (Bismuth III), ligadura do ramo direito da v. porta e da a. hepática direita e isquemia do lobo hepático direito. Optado por drenagem externa da via biliar (hepaticostomia bilateral), limpeza e drenagem da cavidade peritoneal. Evoluiu bem, recebeu antibioticoterapia e nutrição enteral complementar, e após 12 dias, resolvido o quadro séptico, optou-se pelo tratamento cirúrgico definitivo ? derivação biliodigestiva hepático-duodenal com interposição de tubo jejunal pediculado. Confeccionado tubo jejunal a partir de segmento de 5 cm de alça jejunal a 40 cm do Treitz, mantendo pedículo vascular, após secção longitudinal na borda antimesentérica (destubularização) e sutura transversal (retubularização). Realizado enteroenteroanastomose para reconstrução do trânsito intestinal, interposição do tubo jejunal entre o ducto hepático (placa hilar) e o duodeno (transmesocólica retrogástrica), drenagem biliar externa e da cavidade peritoneal. Evoluiu bem, apresentou fístula biliar de baixo débito resolvida com dreno abdominal, recebeu alta hospitalar no 10º PO. Permaneceu sem intercorrências, sacado dreno de Levine no 28º PO após colangiografia. EDA: gastrite erosiva antral leve. ColangioRNM: lobo hepático direito regenerado, tubo jejunal pérvio, dilatação discreta do tubo e da via biliar intra-hepática, sem pontos de estenose. Há 13 meses mantém-se anictérica, exames laboratoriais normais, queixa-se apenas de epigastralgia tipo queimação. Conclusão:A técnica mostrou-se segura e satisfatória para reconstrução da via biliar, sendo a técnica reprodutível e alternativa às derivações consagradas.

PALAVRAS-CHAVES: LESAO VIA BILIAR | COLECISTECTOMIA | DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2694

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: FÍSTULA COLECISTO-APENDICULAR: UM EVENTO RARO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA EDUARDA DA COSTA LEMOS CARAMORI (UFCSPA), EDUARDO MENEGAT (UFCSPA), PABLO DUARTE RODRIGUES (UFCSPA), BRUNA HELEN BIAZI (UFCSPA), ESTÉFANO AURÉLIO NEGRI (UFCSPA), MARIENE CENTENO ABEL (UFCSPA), PAULO ROBERTO OTT FONTES (UFCSPA), FERNANDO JOSÉ SAVÓIA DE OLIVEIRA (UFCSPA)

RESUMO: Introdução: fístula biliar é definida como a comunicação do sistema biliar com outro órgão, cavidade ou superfície. Podem se consideradas externas (com comunicação cutânea) ou interna (bilio-biliar, bilioentérica, broncobiliar). No caso de fístulas internas, estão associadas a colelitíase em 90% dos casos. Neste artigo apresentamos um caso extremamente raro da ocorrência de fístula colecisto-apendicular. Relato do Caso: um paciente do sexo masculino de 82 anos, procurou o serviço de emergência por dor em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e icterícia por 3 dias. Não apresentava história de febre e emagrecimento. Submetido a Ressonância Magnética de abdômen superior com Colangiopancreatossnância o qual evidenciou quadro de colecistite aguda e coledocolitíase. O paciente foi submetido a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica com remoção dos cálculos e, posteriormente, encaminhado a Colecistectomia Videolaparoscópica. Durante o transperatório identificou-se trajeto fistuloso entre a vesícula biliar e o apêndice cecal, necessitando da ressecção adicional do apêndice no mesmo tempo cirúrgico, sem necessidade de conversão do procedimento. O paciente teve alta no X dia de pós operatório, sem complicações. Conclusão: nos pacientes portadores de colelitíase e indicação de tratamento cirúrgico, a realização do mesmo de forma precoce previne a ocorrência de complicações potencialmente graves como as fístulas biliares. Alta suspeição desta complicação é necessária ao cirúrgião que realiza tal procedimento, principalmente nos casos crônicos e de difícil dissecação, com o intuito de reduzir os riscos de lesões iatrogênicas.

PALAVRAS-CHAVES: fístula | vesícula biliar | apêndice

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2706

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Tumor de Gruber- Frantz: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: DANIELLE GOBBI KUNZ (HOSPITAL LUXEMBURGO/ INSTITUTO MARIO PENNA), SEIJI MIYATA (HOSPITAL LUXEMBURGO/ INSTITUTO MARIO PENNA), IZIS FERREIRA VALADÃO (HOSPITAL LUXEMBURGO/ INSTITUTO MARIO PENNA), RACHID ANUAR DE OLIVEIRA LAUAR (HOSPITAL LUXEMBURGO/ INSTITUTO MARIO PENNA), JAIRO CERQUEIRA DE ALMEIDA TEIXEIRA (HOSPITAL LUXEMBURGO/ INSTITUTO MARIO PENNA)

RESUMO: Introdução: O tumor sólido pseudopapilífero do pâncreas corresponde a cerca de 1-2 % de todos os tumores do pâncreas exócrino. Dada sua apresentação clínico- radiológica inespecífica e heterogênea, seu diagnóstico muitas vezes é equivocado e confundido com o de outras afecções mais frequentes. Relato do Caso: L.S.M, 17 anos, parda, feminino, estudante, atendida por quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, dispepsia, massa abdominal palpável e empachamento com 2 meses de evolução. Sem comorbidades prévias ou antecedentes cirúrgicos. TC de abdome mostrava formação expansiva heterogênea, cística, multisseptada e hipovascular em cabeça e processo uncinado de pâncreas, medindo 6,4 x 6,5 x 5,5 cm com efeito de massa locorregional porém sem infiltração de estruturas adjacentes, sugerida hipótese diagnóstica de cistoadenoma mucinoso. Exame laboratorial sem alterações. Proposta Duodenopancreatectomia por via aberta, realizada em jan/17. Pós- operatório com quadro de pancreatite. Anatomopatológico mostra tumor sólido-cístico pseudopapilar do pâncreas e IHQ positiva para Beta Catenina, CD10, Sinaptofisina, captação focal de AE1/AE3; Cromogranina A negativa. Receptor de progesterona não disponível. Discussão: O TSPP ocorre com maior frequência em mulheres jovens, possui bom prognóstico e baixa malignidade, entretanto pode ser localmente agressivo e infiltrativo, com metástases para pulmão, fígado e pele, além de múltiplas recorrências. Ressecção cirúrgica completa é o tratamento de escolha. O quadro em tela foi característico, contudo, alguns pacientes podem se apresentar assintomáticos. Exames laboratoriais e marcadores tumorais em geral são normais. O USG e a TC de abdome mostram uma massa complexa, encapsulada com componentes sólido e cístico e efeito de massa em relação a estruturas adjacentes. Coexistem calcificações periféricas na massa e captação de contraste venoso em seu interior sugere necrose hemorrágica. Em relação a a RM, a TC tem limitações para demonstração de características relevantes ao diagnóstico como hemorragia, degeneração cística e cápsula. Como o aspecto do tumor é heterogêneo, o índice de diagnósticos equivocados pré- operatório é alto (38,5%). A aparência radiológica típica sugestiva impõe-se como indicação cirúrgica. A rapidez no diagnóstico e tratamento associa-se a maior ressecabilidade e melhor desfecho. Associação de dados clínicos- epidemiológicos aumentam a suspeição e acurácia diagnóstica

PALAVRAS-CHAVES: Pâncreas, Duodenopancreatectomia | Tumor sólido pseudopapilífero | Gruber Frantz

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2707

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE "WALLED-OFF NECROSIS" PÓS-PANCREATITE AGUDA, COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA E ALTA HOSPITALAR: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAIS LINS SOARES LEITE (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA), ANDRÉ LUIZ PARIZI MELLO (HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES), TAYSSA FONTANA (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA), CAMILA BUSSOLO SCHMITT (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA), BÁRBARA GERLACH DA SILVA ZIEMATH (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA)

RESUMO: A necrose pancreática é uma complicação da pancreatite aguda (PA) que ocorre em 5-10% dos casos. A Walled-off necrosis (WON) caracteriza-se por coleção encapsulada, de tecido pancreático ou peripancreático que se desenvolve, normalmente, após quatro semanas do início da pancreatite necrotizante aguda. O tratamento da WON depende da estabilidade do quadro, se estável faz-se tratamento conservador (Mouli, 2013; Da Costa 2014). Se deterioração clínica e sinais bioquímicos ou radiológicos de infecção ou cultura da coleção positiva, faz-se o processo Step Up (Lichi, 2016; Van Brunschot, 2013; Gurusamy 2016). Com boa evolução clínica indica-se colecistectomia (Da Costa, 2014). Este relato tem como objetivo descrever caso de colecistectomia videolaparoscópica (CVL) realizada antes da completa resolução da WON com sucesso. **RELATO:** Masculino, 52 anos, dá entrada na emergência de hospital da região da Grande Florianópolis em 25/8/16, com dor em epigastro e mesogastro há 3 dias, irradiada para dorso, com vômitos e distensão abdominal. Ao exame, dor à palpação de abdomen superior, com defesa e sinais vitais estáveis. Os exames mostravam 15810 mm³ Leucócitos, Amilase 1328, GGT 679, TGO 533 TGP 433, FA 97, PCR 41 e radiografia com distensão abdominal difusa. Diagnosticado com PA; realizada internação hospitalar. No 3º dia de internação, a Colangioressonância Magnética demonstrou "PA com espessamento difuso do pâncreas e diminutos focos de necrose em menos de 10% do parênquima. Densificação da gordura com áreas laminares hemorrágicas.". Paciente evoluiu bem, foi submetido CVL no 15º dia. Recebeu alta dia 10/9/16. Retorno ambulatorial no 11º pós-operatório, sem queixas. Em 27/9/16, retorna com os mesmos sintomas iniciais. Exames: 18370 Leucócitos (bast 2%, seg 71%), GGT 91, FA 125, PCR 160. Tomografia Computadorizada mostrou "Pâncreas difusamente espessado e heterogêneo, com áreas sugestivas de necrose, estimada em 30%. Coleções peripancreáticas em toda a extensão; maiores junto a cauda (8x6,3 cm), e conteúdo aéreo, indicando infecção secundária e/ou comunicação com TGI?". Iniciou-se Meropenem e suporte clínico com boa resposta. Paciente manteve-se estável com melhora do estado geral e da leucocitose, alta 13 dias após. Conclusão: É recomendada a realização da colecistectomia após a 6ª semana de evolução da WON (Da Costa, 2014), mas, neste caso, devido às excelentes condições clínicas, a CVL foi realizada precocemente. Logo, novos estudos poderão elucidar melhor conduta.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreatite | Colecistectomia | Coleções Pancreáticas

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2710

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL NA PANCREATITE AGUDA GRAVE ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LORENA CHAGAS DAMACENO (EBMSP), ANA PAULA CARDOSO DE QUEIROZ (EBMSP), OSANA JULIANA VALERIANO LOPES DE ALMEIDA (EBMSP), LAÍS FRANCIELE SANTANA PORTELA (EBMSP), PAMELA SUELE CARNEIRO DE SOUSA (EBMSP), MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (UFBA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A síndrome compartimental abdominal (SCA) pode aparecer em 15-30% dos pacientes com pancreatite aguda grave (PAG), e acredita-se que ocorra nesses pacientes devido a uma combinação de fatores, inclusive alguns relacionados ao manejo da PAG, como a reanimação volêmica agressiva e as atuais recomendações de adiamento de qualquer intervenção cirúrgica ou uma abordagem minimamente invasiva. Contudo, não existem diretrizes atuais que abordem indicações, tratamento, momento e técnicas para intervenção nos casos de SCA na PAG. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 49 anos, admitido na emergência com dor abdominal importante associada a náuseas e sudorese iniciados há 2 dias. Referiu libação alcoólica precedendo os sintomas e negou comorbidades prévias. Após exames físico e laboratoriais, foi diagnosticado com pancreatite aguda, confirmada por TC de abdome: pancreatite aguda necrotizante (Balthazar C, ISTC 8). Foi transferido em seguida para UTI e evoluiu com insuficiência respiratória, sendo sedado e intubado, além de disfunção renal grave, necessitando de hemodiálise. Cirurgia geral propôs abordagem cirúrgica no 21º dia pós-início da dor, porém o paciente apresentou aumento sustentado da PIA (36mmHg) e disfunção orgânica, caracterizando síndrome compartimental abdominal no 15º dia de internamento. Ao longo de 9 dias, foi abordado 5 vezes por laparotomia, sendo realizada descompressão abdominal, necrosectomia peripancreática e peritoneostomia. Durante internamento, fez uso de Fluconazol, Targocid e Imipenem, sendo este escalonado para Polimixina B guiado por culturas. No 25º dia, cursou com choque hemodinâmico refratário, em uso de drogas vasoativas, desenvolvendo disfunção múltipla de órgãos, evoluindo com PCR em assistolia e posterior óbito. CONCLUSÃO: O desenvolvimento de SCA em pacientes com PAG tem grande influência no desfecho da doença, aumentando mortalidade. Os poucos estudos relacionados a essa complicação discorrem sobre uma abordagem conservadora inicial, seguida, se necessário, de uma abordagem mais invasiva: drenagem percutânea ou descompressão cirúrgica por laparotomia. Entretanto, não existem estudos suficientes que comprovem a superioridade de uma técnica em relação à outra, não havendo um consenso de quando e como deve-se abordar tais pacientes. Por isso a importância de estudos randomizados que comparem os diferentes manejos da SCA na PAG, visto que não dispomos de evidências suficientes sobre o melhor método a ser realizado.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome Compartimental Abdominal | Pancreatite Aguda Grave | Abordagem

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2715

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR NEUROENDÓCRINO DE PANCREAS DE CRESCIMENTO INDOLENTE: RELATO DE CASO, EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA, NA AMAZÔNIA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (OPHIR LOYOLA), HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA (OPHIR LOYOLA), BERNARD COSTA FAVACHO (OPHIR LOYOLA), FERNANDA VEIGA GONÇALVES (OPHIR LOYOLA), FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES (OPHIR LOYOLA), GABRIELA TRINDADE GÓES (OPHIR LOYOLA), DANIEL CALDEIRA THOME (OPHIR LOYOLA), ANTONIO FIALHO DA SILVA NETO (OPHIR LOYOLA), ALLAN HERBERT FELIZ FONSECA (OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Tumores neuroendócrinos de pâncreas são raros, totalizando 1-2% entre todas as neoplasias de pâncreas. Os avanços nos métodos de imagem vêm auxiliando no diagnóstico deste tipo de neoplasia, especialmente nos pacientes assintomáticos. RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 37 anos, com história de acompanhamento tomográfico semestral de lesão cística pancreática em região de cabeça de pâncreas com crescimento e sintomatologia indolente, com evolução de 11 anos. Durante acompanhamento, ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome evidenciou lesão focal em cabeça de pâncreas de forma ovalar, medindo aproximadamente 3.8 x 2.8 x 2.3 cm, com contraste demonstrando menor impregnação da lesão com melhor definição do contorno junto ao tecido pancreático adjacente, sugerindo considerar a possibilidade de tumor papilífero de pâncreas, sem evidências de lesões hepáticas; tais características eram semelhantes às descritas em exames de imagem realizados em anos anteriores. Optado por procedimento cirúrgico, com biopsia de congelação sugerindo tumor neuroendócrino de pâncreas. Paciente, então, submetida à ressecção de tumor de cabeça de pâncreas, com anatomopatológico evidenciando diagnóstico de neoplasia neuroendócrina de baixo grau. A paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, recebendo alta hospitalar, permanecendo em acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃO: A cirurgia vem se mostrando o único tratamento curativo definitivo desse tipo de neoplasia no qual a ressecção ainda é possível. Outras formas de tratamento disponibilizadas são a embolização arterial e a ablação térmica, geralmente utilizadas nos pacientes com doença em estágios mais avançados e metástase hepática.

PALAVRAS-CHAVES: PANCREAS|NEUROENDÓCRINO|ONCOLOGIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2721

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO IATROGÊNICA DE VIA BILIAR APÓS FALHA TERAPÊUTICA COM ABORDAGEM NÃO OPERATÓRIA: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (OPHIR LOYOLA), HÉLIO FERNANDO MACHADO SILVA (OPHIR LOYOLA), BERNARD COSTA FAVACHO (OPHIR LOYOLA), FERNANDA VEIGA GONÇALVES (OPHIR LOYOLA), FELIPE AUGUSTO HAGE SOARES (OPHIR LOYOLA), GABRIELA TRINDADE GÓES (OPHIR LOYOLA), ANTONIO FIALHO DA SILVA NETO (OPHIR LOYOLA), DANIEL CALDEIRA THOME (OPHIR LOYOLA), HAMILTON CEZAR ROCHA GARCIA (OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A doença calculosa biliar é uma das afecções mais comuns que ocorrem no ser humano. A incidência é de 10 a 20% de toda a população adulta do planeta, tornando a colecistectomia uma das operações mais freqüentemente realizadas no mundo. A lesão iatrogênica de via biliar foi descrita pela primeira vez por Sprengel em 1891 e é uma das complicações mais temidas associadas à colecistectomia. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 64 anos foi admitido na enfermaria de clínica cirúrgica, com história de dor em hipocôndrio direito há 1 ano, associado a náuseas e vômitos. Sem relatos de sintomas colestáticos. Negava comorbidades, tabagismo e etilismo. Ultrassonografia de abdome total sugestiva de colelitíase. Submetido a colecistectomia convencional, com drenagem de cavidade em leito hepático, evoluindo com saída de líquido bilioso por dreno e ferida operatória. Realizou colangiopancreatografia endoscópica retrógrada com papilotomia no 9º pós operatório, sem melhora do quadro clínico. Realizada colocação de prótese biliar no 18º pós operatório com persistência do quadro. Realizada colangiorressonância evidenciando coleção líquida subhepática se estendendo a partir da região hilar e junção dos ductos hepáticos e exteriorizando no flanco direito com aspecto que pode corresponder a fístula biliar, não sendo visualizada a junção dos ductos hepáticos e ducto hepático comum e sinais de dilatação de vias biliares intra-hepáticas predominando a direita. Paciente, então, submetido a derivação biliodigestiva com ducto hepático direito em Y de Roux. Evoluiu com infecção de ferida operatória, com melhora após tratamento clínico, recebendo alta hospitalar. CONCLUSÃO: O prognóstico está diretamente relacionado às condições clínicas do paciente, assim como ao tempo decorrido entre a lesão e sua identificação e tratamento, que se constitui basicamente da reconstrução do trajeto biliar, com ou sem anastomoses biliodigestivas. A hepático-jejunostomia em Y de Roux é considerada hoje a opção terapêutica de escolha.

PALAVRAS-CHAVES: Via biliar | Iatrogenia | Derivação Biliodigestiva

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2727

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Síndrome de Bouveret: um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARIA SILVANE DE FÁTIMA VIANA RANGEL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE PRESIDENTE DUTRA), ARTUR SERRA NETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE PRESIDENTE DUTRA), ADRIANA CARNEIRO CORRÊA NASCIMENTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE PRESIDENTE DUTRA), MICHELLY SAMPAIO BONATES DURANS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE PRESIDENTE DUTRA), MARCELO TRAVASSOS PINTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE PRESIDENTE DUTRA), THIAGO VIANA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO)

RESUMO: Introdução: A síndrome de Bouveret é uma forma muito rara de íleo biliar causada pela passagem e impactação de um cálculo através de uma fístula colecistoduodenal, resultando em obstrução na saída do fluxo gástrico. O local mais comum de obstrução é no íleo terminal. A impactação mais proximal no duodeno é mais rara com taxas de obstrução em cerca de 1% a 3% de todos os casos. As taxas de morbimortalidade diminuíram nos últimos anos, mas ainda permanecem elevadas devido à idade avançada e outras comorbidades. A abordagem terapêutica pode variar com endoscopia e técnica cirúrgica. Relato: R.R.C.P., 68 anos, sexo feminino, feoderma, natural de Penalva-MA e residente em São Luís-MA, aposentada, admitida no serviço de cirurgia do Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques Socorrão I, com queixa de "dor na barriga há 1ano e 6meses?". A paciente referiu história de dor em hipocôndrio direito irradiada para epigástrico associada com alimentação gordurosa há cerca de 1ano e meio, no qual realizou ultrassonografia com diagnóstico de colelitíase. Desde então, evoluiu com crises repetidas do quadro álgico, mas sem associação com sintomas colestáticos, negando febre. No momento da admissão a paciente se encontrava com intensa dor abdominal difusa com sinais de peritonite, associado à distensão abdominal e ausência de evacuação e flatos nos últimos 5dias. Realizou TC de abdome que evidenciou vesícula parcialmente caracterizada com múltiplos cálculos, nodulação em alvo de calcificações excêntricas na 2ª e 3ª porção do duodeno, líquido livre e linfonodos adjacentes. Evoluindo em regular estado geral com hipotensão e taquicardia foi encaminhada ao centro cirúrgico para realizar laparotomia exploradora, no qual foi evidenciado volumoso bilioma, lesões em pingo de vela na cavidade, vesícula perfurada, aderência fixa entre vesícula e duodeno com cálculo de 1 cm impactado no seu interior. Procedeu-se com colecistectomia atípica, correção da fístula colescisto-duodenal, duodenorrafia com colocação de sonda pós-pilórica com posterior lavagem de cavidade abdominal com soro fisiológico e peritoneostomia. Foi realizada reabordagem cirúrgica no segundo e sexto dia do pós-operatório, mantendo o estado grave não respondendo às terapêuticas evoluiu a óbito após a segunda reabordagem cirúrgica. Conclusão: A paciente se enquadra aos indicadores de morbimortalidade da Síndrome de Bouveret, rara condição que afeta principalmente a população feminina e idosa.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Bouveret | Íleo biliar | Obstrução intestinal

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2732

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TRATAMENTO CONSERVADOR DE PANCREATITE NECROSANTE AGUDA PÓS COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) ? RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO DE ABREU TRAUZYNSKI (HOSPITAL SANTA ISABEL), RAFAEL DIAS DA CUNHA (HOSPITAL SANTA ISABEL), THAINÃ DE OLIVEIRA AZAMBUJA (HOSPITAL SANTA ISABEL), ANA LUIZA CIM RIBEIRO DE SOUZA (UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), MATHEUS MEHRET MOLETA (UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU), FERNANDA LOUISE SOTHE (UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU)

RESUMO: Introdução: Pancreatite aguda (PA) é uma doença inflamatória do pâncreas, a qual possui diversas etiologias, sendo as mais prevalentes a doença litiásica biliar e ingestão abusiva de álcool. A avaliação da gravidade do quadro apresentado é importante e decisiva para o manejo. Relatamos o caso de uma paciente com diagnóstico de coledocolitíase, cuja evolução demonstrou pancreatite necrosante aguda após papilotomia por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Descrição do caso: A.M.S, feminina, 73 anos, admitida no pronto socorro do Hospital Santa Isabel com quadro de dor em hipocôndrio direito e epigástrio, associado à icterícia. Referiu diagnóstico prévio de cálculos biliares. Após diagnóstico de coledocolitíase, optado por colecistectomia videolaparoscópica + papilotomia via CPRE, sem intercorrências. No 1º dia de pós operatório apresentou dor em andar superior do abdome, náuseas e inapetência. Laboratório evidenciou lipase: 879 U/L; amilase: 1612 U/L; LDH: 292 U/L; glicemia: 151 mg/dL; leucócitos: 20.600 /mm³; AST: 98 U/L. Tomografia computadorizada de abdome com sinais de pancreatite aguda, com necrose de aproximadamente 50% do parênquima. Mantida hidratação e analgesia. Paciente evoluiu com melhora da dor, melhora laboratorial e aumento da área de necrose na TC de controle, sem evidências de abscessos peripancreáticos. Iniciado antibióticoterapia devido à extensa área de necrose. No decorrer dos dias, os exames laboratoriais demonstraram normatização de leucócitos e amilase. Paciente recebeu alta hospitalar no 23º dia de pós operatório com boa evolução, assintomática e aceitando bem a dieta. Discussão: A CPRE é um exame invasivo, o qual possui objetivo diagnóstico e terapêutico, sendo indicado principalmente em casos de obstrução biliar secundária a coledocolitíase. Sua complicação mais comum é a pancreatite aguda. A pancreatite aguda grave pode ser descrita como quadro de pancreatite associado à falência orgânica ou a complicações. Seu manejo clínico consiste em internação, reposição volêmica, correção de anormalidades metabólicas, suporte nutricional e antibióticoterapia. A complicação mais temida da PA grave é a infecção do tecido necrosado. Para a necrose estéril o tratamento tende a ser conservador. O prognóstico é variável e agravado na vigência de necrose infectada.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia laparoscópica | Papilotomia endoscópica | Pancreatite necrosante aguda

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2733

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TUMOR DE FRANTZ: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO (OPHIR LOYOLA), DANIEL CALDEIRA THOME (OPHIR LOYOLA), NATALIE ALMEIDA SILVA (OPHIR LOYOLA), FABIO ALVES MORIKAWA CALDEIRA (OPHIR LOYOLA), LEANDRO DE SOUSA COELHO (OPHIR LOYOLA), LARA BEATRIX SNIJDERS RIZZI ROGERIO (OPHIR LOYOLA), ANTONIO FIALHO DA SILVA NETO (OPHIR LOYOLA), ERIKA SILVA SPESSIRITS (OPHIR LOYOLA), MARCOS DE SOUZA LOPES FREIRE FILHO (OPHIR LOYOLA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O tumor de Frantz é uma neoplasia do pâncreas com menos de 300 casos relatados na literatura mundial. Mulheres jovens lideram a epidemiologia. A cauda e o corpo do pâncreas são os sítios mais acometidos, sendo considerada uma neoplasia de bom prognóstico, raramente invade estruturas adjacentes, mesmo quando diagnosticado com grandes proporções. RELATO DE CASO: Paciente A.G.A.A., 22 anos, sexo feminino, procedente de Parauapebas ? PA, procurou o serviço de urgência de sua cidade devido quadro de náuseas diárias e dor abdominal em epigástrio de forte intensidade, recebendo somente sintomáticos. Após dois dias, evoluiu com piora das dores, retornou à urgência onde realizou: endoscopia digestiva alta que evidenciou gastrite antral enantematosa leve; ultrassonografia com massa sólida heterogênea em epigástrio com topografia em cauda de pâncreas, de limites precisos, com vascularização periférica e interna medindo 9,34 x 8,94 x 9,12 cm; tomografia computadorizada de abdome total mostrou lesão expansiva, heterogênea, de contornos regulares e limites bem definidos medindo 10,2 x 9,6 x 8,3 cm localizada em corpo e cauda de pâncreas sem realce significativo em contraste iodado, exercendo compressão sobre o estômago; e marcador CA 19.9 com resultado 3UI/ml. Diante dos resultados, foi encaminhada ao serviço de cirurgia oncológica do Hospital Ophir Loyola em Belém ? PA, onde foi avaliada e ao exame físico apresentava massa epigástrica de aproximadamente 10 cm em epigástrio, palpável, móvel e indolor. Optou-se pelo tratamento cirúrgico, sendo submetida a laparotomia exploradora que resultou em pancreatectomia de corpo e cauda de pâncreas, sítio da massa, esplenectomia e colecistectomia, sem intercorrências. Peças anatômicas e massa foram enviadas ao serviço de patologia que tiveram como resultado histopatológico: vesícula biliar sem alterações, baço sem alterações e pâncreas com neoplasia sólida pseudopapilífera de baixo grau, encapsulada e bem delimitada. Paciente segue em controle ambulatorial em bom estado geral, com queixa de dor moderada e esporádica em epigástrio e hiporexia sem perda ponderal. CONCLUSÃO: O tumor de Frantz, apesar de ser uma neoplasia expansiva que pode atingir grandes proporções, possui bom prognóstico, na maioria das vezes, porém o diagnóstico tardio ou demora no tratamento pode conferir a esse tumor uma característica potencialmente maligna, pois sua extensão pode invadir e comprimir órgãos e vasos adjacentes.

PALAVRAS-CHAVES: Pâncreas | Oncologia | Frantz

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2769

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Íleo biliar no abdome agudo obstrutivo ? relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAROLINA COUTO MAGALHÃES CAMARGO BARBOSA (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI), PRISCILA SCHUINDT DE ALBUQUERQUE SCHIL (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI), PAULA RAMOS CARNEIRO (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI), RICARDO NAEGELE STAFFA (HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS), MARIA FERNANDA CHIERA DI VASCO FREITAS (HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS), JOSE LUIZ COLARES LEAO (HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS)

RESUMO: IntroduçãoO íleo biliar é uma causa rara de abdome agudo obstrutivo, originado pela passagem de cálculos do trato biliar ao lúmen intestinal através de uma fístula. Os principais locais de oclusão são o íleo terminal e válvula ileocecal. Apresenta-se em pacientes acima dos 65 anos e do sexo feminino. Entidade de difícil diagnóstico, pois cursa com sintomas inespecíficos, sendo em 50% dos casos diagnosticado durante a laparotomia exploradora. O RX de abdome pode apresentar a tríade de Rigler (aerobilia, níveis hidroaéreos e presença de cálculo ectópico). A TC identifica aerobilia, fístula colecistoduodenal, oclusão intestinal, local e tamanho do cálculo. O tratamento consiste em enterolitotomia, colecistectomia e reparo da fístula (one-stage surgery), enterotomia com colecistectomia em segundo tempo (two-stage surgery) ou enterectomia. Caso clínico Mulher, 66 anos, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Geral de Guarulhos, com queixa de dor abdominal há 4 meses. Com piora do quadro há 48 horas, apresentava cólica difusa, associada à náuseas, vômitos e diarreia. Antecedente pessoal de HAS e nega cirurgias abdominais prévias. Encontrava-se em regular estado geral, desidratada, abdome globoso, flácido, difusamente doloroso à palpação, com defesa e descompressão brusca presentes. Na TC de abdome, apresentava aerobilia, distensão de alças de delgado e imagem arredondada em topografia de delgado. Realizado diagnóstico de abdome agudo obstrutivo por íleo biliar, sendo indicada a laparotomia exploradora. Realizada com incisão mediana supra e infra-umbilical; identificado fibrose pérvia em intestino delgado a 55 cm do ângulo de Treitz e cálculo impactado a 120 cm do ângulo de Treitz, que proporcionava dilatação de alças proximais, sem sinais de necrose. As alças distais encontravam-se com bom aspecto. Procedeu-se à enterotomia longitudinal à 105 cm do ângulo de Treitz, sendo retirados dois cálculos de aspecto biliar; o primeiro de 3 cm e o segundo, de 1,5 cm. Cirurgia finalizada com rafia transversa do local da enterotomia, lavagem, revisão de hemostasia e fechamento. Paciente evoluiu estável e sem intercorrências, tendo alta no 5º dia de pós-operatório. ConclusãoO íleo biliar representa uma rara complicação da colelitíase, de difícil diagnóstico e tratamento controverso. Sendo uma opção viável o tratamento do quadro agudo obstrutivo com enterotomia e remoção do cálculo sem abordagem da vesícula, diminuindo morbidade e mortalidade como evidenciado no caso relatado.

PALAVRAS-CHAVES: íleo biliar, vesícula biliar, colelitíase|abdome agudo obstrutivo, laparotomia exploradora|fístula colecistoduodenal

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2778

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Coledocolitíase: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO (RESIDENTE), EMANUEL DUARTE ANTAO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), JÉSSICA DUARTE ANTÃO (GRADUADA), ARTHUR GAIA DUARTE PEIXOTO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), GUILHERME RUAN FERNANDES FERREIRA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), LUCAS REIS COSTA (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), PEDRO KAYO DE FIGUEIREDO MEDEIROS (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: INTRODUÇÃO A presença de cálculos na via biliar principal pode ser suspeitada no período pré-operatório a partir da história clínica, de exames laboratoriais complementares que podem indicar aumento de enzimas canaliculares e bilirrubinas e, finalmente, ultra-sonografia abdominal que pode mostrar sinais diretos ou indiretos de coledocolitíase. A coledocolitíase incide em 8% a 20% dos doentes portadores de litíase vesicular. Este achado determina a necessidade de intervenção na via biliar principal (VBP), além da colecistectomia. E a intervenção na VBP pode ser cirúrgica ou endoscópica. O tratamento endoscópico é indicado no período pré-operatório, no pós-operatório ou eventualmente durante a colecistectomia enquanto o tratamento cirúrgico é realizado através da exploração pelo ducto cístico ou da coledocotomia clássica, e recentemente também durante a colecistectomia por vídeo-laparoscopia (VL). O diagnóstico da coledocolitíase tem importância para estabelecer a conduta nos doentes com litíase vesicular. RELATO DE CASO Paciente refere há cerca de 02 anos episódio dor em QID, que duravam mais de 6 hrs, associada a vômitos e mal estar apresentando icterícia e colúria. Ao exame físico icterícia, acianótica, afebril, hidratada. sem turgência jugular. tórax simétrico expansível ACP: fisiológica. abdome plano flácido e indolor a palpação, vesícula não palpável. Extremidades inferiores sem edemas. Nega tabagismo ou etilismo. Nos exames complementares um US abdome que mostrava vias biliares intra e extra hepáticas de calibre e aspecto normais com vesícula biliar com cálculos com diâmetro médio de 1 cm. Foi realizado Colangio RM que mostra presença de moderada dilatação das vias biliares intra hepáticas. Presença de imagem sugestiva de cálculo no terço médio do coledoco, medindo 12 mm de diâmetro, coledoco mede 18mm no ponto de maior dilatação, sendo que o coledoco distal abaixo do nível de obstrução mede 6 mm. Vesícula biliar distendida com marcada dilatação do ducto cístico, apresentando múltiplas imagens de cálculo no seu interior, o maior deles mede 1,4 cm. Paciente é submetida a colecistectomia com coledocotomia e colocação de dreno de Kehr. FO limpa e seca. CONCLUSÃO O diagnóstico da coledocolitíase tem importância para estabelecer a conduta nos doentes com litíase vesicular. Estudos foram realizados com o intuito de identificar critérios pré-operatórios para o diagnóstico de coledocolitíase e com isso determinar seu tratamento, porém sem uma conclusão definitiva.

PALAVRAS-CHAVES: Coledocolitíase | Colecistectomia | Endoscopia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2780

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Câncer de pâncreas: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO (RESIDENTE), EMANUEL DUARTE ANTAO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), JÉSSICA DUARTE ANTÃO (GRADUADA), LUCAS DA SILVEIRA TERTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA (GRADUADO), JOSÉ GOMES SOUTO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), PEDRO ANTONIO LIMA DE HOLANDA MARQUES (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: INTRODUÇÃO câncer de pâncreas é uma doença agressiva, tendo apenas 15% a 20% dos pacientes a possibilidade de ressecção cirúrgica e cura ao diagnóstico, principalmente devido à sintomatologia tardia que apresenta. Pelo fato de ser de difícil detecção, o câncer de pâncreas apresenta alta taxa de mortalidade. No Brasil, é responsável por cerca de 2% de todos os tipos de câncer diagnosticados e por 4% do total de mortes por essa doença. RELATO DE CASO Mulher, 54 anos, casada, natural de Belém-PA, testemunha de Jeová e com história familiar positiva para Neoplasia de Pulmão veio a este serviço relatando que há 8 anos apresenta como sintomas: dor em hipocondrio direito, náuseas e vômitos após episódios de libação alimentar, aliviados com uso de escopolamina. A paciente afirma que havia procurado serviço médico, quando ainda morava na cidade do Rio de Janeiro, onde constatou-se doença em vesícula biliar. Há dois anos veio morar em Teresina. Paciente afirma que manteve crises que melhoravam com uso de buscopam, porém, há 5 meses, voltou a apresentar episódios mais intensos, associados a dor lombar. Durante última consulta a paciente encontrava-se, icterícia (4+/4+), hipocorada (+/4+) com abdomen globoso, flácido, doloroso a palpação superficial e profunda em HCD, fígado palpável a 4 cm do RCD e referindo perda de peso de 8 kg em 3 meses, náuseas e vômitos. Foi, então, internada no Hospital da Primavera, onde foram realizados alguns exames, dentre eles TC de Abdomen com Contraste. A Hipótese Diagnóstica foi de Tumor Maligno de Cabeça de Pâncreas comprimindo Vias Biliares e um parecer foi pedido ao serviço de Oncologia. A conduta traçada com a paciente, portanto, foi manter analgesia com Dipirona e Tramadol, realizar biópsia por endoscopia ou TC para definir melhor conduta, pedir parecer de Anestesiologia sobre a possibilidade da realização de uma derivação bilio-digestiva, acompanhamento psicológico e posterior encaminhamento para Centro Cirúrgico. CONCLUSÃO prognóstico do câncer de pâncreas é reservado com sobrevida média de 8-12 meses para doença localmente avançada e até seis meses na doença metastática, independentemente da terapia de escolha. A pancreatemia é o único tratamento com potencial de cura, porém apenas cerca de 20% dos pacientes diagnosticados são candidatos a cirurgia, com uma mortalidade de 1-4% em centros de referência da doença. O tratamento clínico indicado é a quimioterapia.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasia pancreática | Pancreatemia | Quimioterapia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2784

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Coledocolitíase em paciente com Abscesso Hepático: Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WELSON LEAL DUARTE FILHO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA), JUAREZ DUARTE DE CARVALHO NETO (RESIDENTE), EMANUEL DUARTE ANTAO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), JÉSSICA DUARTE ANTÃO (GRADUADA), BRUNA LOPES CACAU (INSTITUTO SUPERIOR DE TEOLOGIA APLICADA-INTA), THALES VICTOR FERNANDES FERREIRA (GRADUADO), ARTHUR GAIA DUARTE PEIXOTO (FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA)

RESUMO: Introdução Coledocolitíase corresponde à presença de um ou mais cálculos no interior do colédoco. Trata-se de uma doença extremamente prevalente e uma das mais importantes causas de icterícia na prática clínica. A coledocolitíase é assintomática em até metade dos casos. Na doença sintomática, o quadro clínico típico constitui os achados clássicos da síndrome coleostática. Em muitos casos, pode ocorrer a típica cólica biliar. Uma característica marcante é a ocorrência de icterícia flutuante, em função da obstrução apenas parcial e transitória que ocorre na grande maioria dos casos sintomáticos. Relato de Caso Homem, 53 anos, foi internado em Março de 2016 devido a quadro de distensão abdominal, plenitude pós-prandial, náuseas e vômitos que haviam começado 5 meses antes. Após 20 dias do início do quadro, percebeu que encontrava-se constipado, oligúrico e com dor abdominal em região epigástrica que irradiava para hipocôndrio esquerdo com distensão abdominal progressiva. Foi prescrito Ciprofloxacino e Metronidazol como tratamento. Devido à ausência de melhora do seu quadro foi realizado uma TC de abdome que evidenciou múltiplas coleções líquidas, compatível com diagnóstico de Abscesso Hepático, sendo medicado com Ampicilina-Sulbactam por 21 dias. Posteriormente, paciente realizou exame de colangioressonância cujo laudo evidenciou coledocolitíase, sendo programada a cirurgia de exploração das vias biliares. Ao exame físico encontrava-se em REG, Consciente, orientado, hipocorado(+/4+) e afebril. Exames pré-operatórios caracterizaram paciente como ASA3/GOLDMAN II, apresentando alto risco cirúrgico. Paciente foi submetido a uma colecistectomia com exploração das Vias Biliares associada a introdução de Dreno de Kehr em Junho de 2016. Paciente seguiu estável por um mês e, em julho do mesmo ano, realizou outro procedimento cirúrgico, Derivação biliodigestiva em Y de Roux, permanecendo 3 dias na UTI e 6 dias na enfermaria. Devido a boa evolução do paciente, o mesmo apresentou alta hospitalar no 9º dia de pós-operatório. Conclusão Dessa forma, a clínica aliada com diagnósticos como a US e ecoendoscopia são fundamentais para detecção da coledocolitíase e realização imediata da colecistectomia.

PALAVRAS-CHAVES: Coledocolitíase | Colecistectomia | Ecoendoscopia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2837

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS COLECISTECTOMIAS NO BRASIL: ESTUDO COMPARATIVO DAS VIAS LAPAROSCÓPICA E CONVENCIONAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCUS DE ALMEIDA CORREIA LIMA (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA), WAGNER LUIZ LORA FILHO (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA), MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (UNIFACS), FERNANDA SILVA CAMPOS (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), CARLA VIEIRA STRAUCH (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA), PAULA ARAÚJO AUAD (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA), JOHN THIERRY MARQUES DE JESUS (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA)

RESUMO: Introdução: Atualmente, as doenças da vesícula e vias biliares figuram entre as patologias do aparelho digestivo mais comuns e dispendiosas no mundo. No Brasil, entre 2008 e 2015 foram computados 1.816.599 pacientes internados com o diagnóstico de colecistite. Estima-se que nesse período foram realizadas uma média anual de 170.000 colecistectomias em todo o território nacional. Com o advento da videocirurgia, procedimentos que eram tidos como agressivos, necessitando de acesso direto ao abdome tornaram-se bem menos invasivos. Objetivo: Nessa perspectiva, este estudo busca analisar o cenário brasileiro das realizações das colecistectomias laparoscópicas e laparotômicas e comparar os diferentes aspectos em cada região, salientando as vantagens e as desvantagens desta nova via de acesso cirúrgico. Métodos: O presente estudo consiste em um desenho ecológico de caráter descritivo e analítico, realizado mediante coleta de informações do banco de dados virtual fornecido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, nas plataformas de Assistência à Saúde entre os anos de 2008 e 2015. Resultados: Foram evidenciados no período 1.388.098 colecistectomias, tendo sido observado um aumento anual nacional de 3,6% (28,8% em 8 oito anos). Neste mesmo período a via laparoscópica apresentou crescimento de 336%. Análise comparativa entre as diferentes vias de acesso apresentou menores taxas de mortalidade e menor tempo de permanência hospitalar para a abordagem minimamente invasiva. Os valores da taxa de mortalidade e tempo de permanência na via laparoscópica foram, respectivamente, de 0,13 e 2,9 dias. Estes achados se mantiveram nas diferentes regiões do país. Conclusão: Conclui-se que a utilização da via laparoscópica apresentou significativo crescimento na realização de cirurgias de colecistectomia em todo o Brasil nos últimos oito anos, a técnica convencional apresenta menor benefício ao paciente no tocante a diminuição do tempo de permanência hospitalar e taxa de mortalidade e ainda que as regiões, analisadas individualmente, apresentaram crescimento da utilização da via laparoscópica.

PALAVRAS-CHAVES: Colecistectomia | Estudo epidemiológico | Videocirurgia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2864

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Levantamento da morbimortalidade de 20 transplantes simultâneos pâncreas-rim. Experiência inicial de um hospital universitário no nordeste do Brasil.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ARTHUR FOINQUINOS KRAUSE GONÇALVES (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA)

RESUMO: Objetivos: descrever os resultados dos 20 primeiros transplantes simultâneos pâncreas-rim (TPRS) realizado ao longo de quatro anos na Unidade Geral de Transplantes do Instituto de Medicina Integral de Pernambuco Prof. Fernando Figueira (IMIP), e discutir os definidores de morbi-mortalidade. Material e métodos: Foi elaborado um questionário para coleta sistemática das informações dos 20 prontuários dos pacientes submetidos ao TPRS entre agosto de 2012 e novembro de 2016 (51 meses). Dados a respeito do paciente, do pâncreas enxertado e da evolução pós operatória foram avaliados. As fístulas pancreáticas e entéricas não foram diferenciadas, e foram diagnosticadas pela aferição da amilase do dreno e/ou em relaparotomias. As demais complicações (hemorragia, infecção) foram diagnosticadas através do exame físico. Todos os pacientes foram operados pela mesma equipe e com implante simultâneo do rim e do pâncreas em loja retroperitoneal, com anastomoses vasculares confeccionadas nos vasos ilíacos e a drenagem exócrina realizada através de uma anastomose entérica. Resultados: Todos os pacientes se tornaram euglicêmicos e independentes de insulina em algum momento pós-operatório. Apenas 4 pacientes não desenvolveram nenhuma complicação cirúrgica. A taxa de relaparotomia chegou a 50%. A sobrevida média do enxerto pancreático foi de 19,5 meses e a sobrevida média dos pacientes foi de 27,6 meses. Doze pacientes desenvolveram infecção de sítio cirúrgico. Dois pacientes tiveram pancreatite transitória. Seis pacientes desenvolveram fístula entérica/pancreática. Dois pacientes tiveram ruptura da anastomose arterial. Seis pacientes foram a óbito. Três pacientes foram a óbito por infecções não relacionadas diretamente ao procedimento cirúrgico (CMV primoinfecção, sepse urinária, sepse respiratória) e outros três por complicação cirúrgica (duas rupturas de anastomoses e uma sepse abdominal). Dos seis pacientes que desenvolveram fístula, dois foram a óbito (um associado à ruptura de anastomose e o outro associado à sepse abdominal), dois foram submetidos à transplantectomia para tratamento da fístula e dois superaram a fístula e mantêm o enxerto funcional. Conclusão: O TPRS constitui uma opção terapêutica extremamente eficaz no tratamento do diabetes mellitus tipo I. As fístulas entéricas/pancreáticas são fortes marcadores de morbimortalidade, perda de enxerto e aumento no custo e tempo de internamento hospitalar.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante de pâncreas. Morbimortalidade. | Diabetes tipo II. | Fístula pancreática.

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2865

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TERAPIA NUTRICIONAL NA PANCREATITE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS CASTELO PRUDENTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), GABRIEL LUNARDI ARANHA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), NATHALIA PEREIRA VIZENTIN (HOSPITAL PEDRO ERNESTO), NATASHA DA SILVA CALDEIRA (HOSPITAL PEDRO ERNESTO), BRENO BIANCO GOMES DE ALMEIDA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA), FELIPE DE ABREU RODRIGUES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREM), CARLOS AUGUSTO GOMES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREM)

RESUMO: INTRODUÇÃO Terapia Nutricional do paciente com pancreatite aguda visa diminuir o catabolismo proteico e infecções, sendo imprescindível ao tratamento dessa enfermidade. Mesmo com os recentes avanços na terapia nutricional, ainda existem controvérsias sobre a melhor abordagem nos doentes. OBJETIVOS Revisar os principais aspectos da terapia nutricional na Pancreatite Aguda. METODOLOGIA Revisão não sistemática da base de dados Medline, sendo utilizados 6 artigos. RESULTADOS Na pancreatite leve, terapia nutricional tem pouca importância, devendo-se iniciar a dieta oral de maneira precoce, na forma de dieta branda, com poucas gorduras e resíduos sendo escalonada progressivamente. Já na pancreatite moderada-grave a terapia nutricional é de suma importância, sob forma de dieta oral e parenteral. A nutrição enteral sob demanda pode ser utilizada em caso de não aceitação a dieta oral, quando não se consegue atingir o Valor Calórico Total em pacientes graves com instabilidade hemodinâmica ou com a via oral não pérvia, como pacientes em ventilação mecânica, após 72-96 horas do insucesso da dieta oral. O paciente deve receber dieta com 25-35 kcal/kg/dia com total de 1.2-1.5g/kg/dia de proteína, 3-6g/kg/dia de carboidratos conforme nível sérico de glicose, mantendo-o até 10mmol/L e lipídios até 2g/kg/dia ajustados conforme trigliceridemia máxima de 12 mmol/L. Evidências atuais, não conclusivas, demonstram que embora a nutrição enteral nasojejunal seja mais utilizada, nasogástrica tem melhor tolerância e é mais segura. A nutrição infundida de forma contínua é melhor tolerada e o leito deve ser mantido em posição vertical. As formulações enterais oligoméricas ou poliméricas possuem o mesmo resultado. A nutrição parenteral total deve ser evitada tanto em pacientes com pancreatite aguda leve quanto nos pacientes graves. A nutrição parenteral total está associada com complicações. Ainda não há evidências satisfatórias quanto ao uso de anti-oxidantes, glutamina, ou vitaminas, devendo os mesmos serem evitados. CONCLUSÃO Dietoterapia tem grande importância no tratamento da PA grave e pouca importância na não grave. Deve ser iniciada assim que possível na grave para evitar a deterioração do estado nutricional. A dieta enteral deve ser utilizada como complemento da via oral ou quando esta não pode ser utilizada. A parenteral deve ser evitada devido complicações.

PALAVRAS-CHAVES: Terapia Nutricional|Pancreatite Aguda|Dietoterapia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2878

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: NEOPLASIA SÓLIDO-CÍSTICO PSEUDOPAPILAR DO PÂNCREAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALINNE VIANA LEÃO (UNIFAP), OLAVO MAGALHAES PICANÇO JUNIOR (UNIFAP), SAMUEL LAUER FILHO (UNIFAP), YURI BARCELOS (GRUPO SANTA CASA DE BELO HORIZONTE)

RESUMO: Introdução: O tumor sólido-cístico do pâncreas ou de Frantz é uma neoplasia rara que comete geralmente pacientes jovens do sexo feminino, compreende 0,3% a 2,7% de todos os tumores pancreáticos. Relato de caso: Paciente 14 anos, feminina, solteira, estudante, natural e procedente da cidade de Oiapoque. Foi atendida no hospital daquele município aonde referiu dor em hipocôndrio direito, de moderada intensidade, caracterizada pela paciente como dor em peso, com irradiação para região epigástrica, de início insidioso há 4 meses, sem relação com a alimentação, associado à vômitos alimentares esporádicos e icterícia. Paciente negava perda de peso, febre, colúria, acolia fecal. Ao exame físico, apresentava abaulamento em hipocôndrio direito, presença de massa palpável epigástrico e dor a palpação em hipocôndrio e flanco direito. Foi encaminhada para maior investigação á cidade de Macapá, aonde mantinha quadro descrito. Realizou ultrassonografia de abdome total, evidenciou-se uma volumosa massa adjacente à cabeça de pâncreas e duodeno com infiltração em planos gordurosos; a ressonância nuclear magnética de abdome revelou uma massa heterogênea, predominantemente sólida com algumas zonas líquidas e calcificações periféricas, estando acoplada à cabeça pancreática, envolvida pelo duodeno e associada à dilatação e irregularidade do ducto de Wirsung. Foi encaminhada ao serviço da Unidade de alta complexidade em Oncologia (Unacon) do Hospital de clínicas Dr. Alberto Lima para manejo especializado. Os exames laboratoriais apresentavam-se normais, exceto por Leucócitos de 13,6 mil/mm³ sem desvios, amilase e lipase tocáveis. Diante do quadro clínico e laboratorial foi indicado para esta paciente tratamento cirúrgico por laparotomia. No Intraoperatório foi observado que tumor volumoso em cabeça e corpo de pâncreas, invasão duodenal e acometia parcialmente a Veia Mesentérica Superior. Paciente submetida à Gastroduodenopancreatectomia + colecistectomia + ressecção parcial da veia mesentérica superior + anastomose de veia mesentérica + gastroenteroanastomoselatero-lateral + Pancreatojejunostomia + hepaticojejunostomia, evoluiu clinicamente e laboratorialmente estável e recebeu alta após 2 meses de internação. Conclusão: O tumor de Frantz é uma doença que deve ser suspeitada quando há paciente jovem do sexo feminino com um quadro de tumor palpável ou dor abdominal em andar superior, a ressecção completa da lesão proporciona a cura do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: pâncreas | tumor de Frantz | pseudopapilar

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2912

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Câncer Incidental da Vesícula Biliar - análise de 2 casos

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RENATO MANGANELLI SALOMAO (UNIRIO), ANTONIO CARLOS RIBEIRO G. IGLESIAS (UNIRIO), CARLOS FERNANDES BAPTISTA (UNIRIO), SÉRGIO HENRIQUE DE OLIVEIRA BOTTI (UNIRIO), CAMILA CERDEIRO AGUIAR (UNIRIO), CELIO CORTINHAS FILHO (UUNIRIO), RICARDO ANTONIO CORREIA LIMA (UNIRIO), CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO (UNIRIO)

RESUMO: Objetivo: Apresentar 2 casos de carcinomas incidentais da vesícula biliar e determinar a sua prevalência em pacientes operados de câncer da vesícula biliar na Clínica Cirúrgica A do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO. Material e Métodos: Em um universo de mais de 3000 cirurgias das vias biliares, foram encontrados 55 tumores malignos primários da vesícula biliar, sendo 2 (3,6%) com características de tumores precoces. Resultados: Os tumores precoces foram encontrados em pacientes do sexo masculino e seus sinais e sintomas em nada os diferenciava das doenças benignas da vias biliares. Os resultados histopatológicos apontaram para adenocarcinoma *in situ* em ambos os casos. A sobrevida dos pacientes foi superior a 5 anos e as causas de óbitos não estavam relacionadas com as neoplasias encontradas ou suas complicações. Conclusões: O câncer incidental da vesícula biliar é uma entidade rara e o seu diagnóstico é informado através do exame histopatológico.

PALAVRAS-CHAVES: Vesicula biliar | Câncer | Tumor incidental

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2922

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: EXPRESSÃO DO RECEPTOR DO FATOR DE CRESCIMENTO EPIDÉRMICO (EGFR) COMO FATOR PROGNÓSTICO NO COLANGIOCARCINOMA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO GOMES GRATEKI (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), RODRIGO VIEIRA GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CLARA ANTUNES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ISABELA SOARES FONSECA BATISTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), PAULA TEIXEIRA VIDIGAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), VIVIAN RESENDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O colangiocarcinoma (CCA) é um tumor maligno originado no epitélio dos ductos biliares, tem mau prognóstico e pouca resposta à quimioterapia. É considerado o segundo câncer primário mais comum no fígado. Com o aumento em sua incidência associado à falta de tratamento eficaz, pesquisas tem sido realizadas para identificar fatores que possam interferir no prognóstico e descobrir novos alvos terapêuticos. Estudos internacionais já demonstraram que a expressão do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) é fator relacionado a pior prognóstico no CCA, porém os resultados ainda são controversos. OBJETIVOS: O objetivo desse trabalho foi avaliar a expressão do EGFR, por meio de imuno-histoquímica, e verificar sua associação com fatores prognósticos e a sobrevida dos pacientes. MÉTODOS: Foram coletados dados clínicos e laboratoriais de pacientes com diagnóstico de colangiocarcinoma no período de 2008 a 2015, e as peças de ressecção cirúrgica (n=30) ou biópsias (n=11) desses pacientes foram submetidas a exame histológico e estudo imunohistoquímico para avaliar a expressão do EGFR. Não houve diferença significativa na proporção entre homens (n=22) e mulheres (n=19). A média de idade dos pacientes foi de 58 anos, variando de 28 a 83 anos. Houve menor proporção de tabagistas, etilistas e de cálculos biliares. A expressão do EGFR foi considerada positiva em 28,6% dos casos e não esteve associada à classificação anatômica e nem à arquitetura papilífera ou não-papilífera. RESULTADOS: Entre os 17 casos de CCA papilíferos, 5 (29,4%) foram positivos para o EGFR e 12 (70,6%) foram negativos. A expressão do EGFR esteve associada aos casos mais avançados (estádios III e IV) e à menor sobrevida dos pacientes (média de 14,4 meses nos positivos para o EGFR e 41,8 meses nos negativos). A sobrevida global foi de 30,5 meses e a sobrevida em 12, 24 e 36 meses foi de 78,3%, 48,9% e 21,1%, respectivamente. Outros fatores que se associaram a menor sobrevida foram a localização intra-hepática dos tumores e o baixo nível sérico de bilirrubina (0 a 4 mg/dL). CONCLUSÃO: Concluímos que a expressão do EGFR nos colangiocarcinomas esteve associada a pior prognóstico, mas serão necessários estudos multicêntricos com maior número de casos para confirmar tal achado e avaliar a real importância desse receptor como alvo terapêutico.

PALAVRAS-CHAVES: Colangiocarcinoma | Câncer do trato biliar | EGFR

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2933

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA COMO TERAPÊUTICA NA DOENÇA DE CAROLI

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA PAULA FERNANDES DE OLIVEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), MARCELO COSTA AUTRAN DE ALMEIDA (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), FERNANDO ALBERTO DE V. VALENTE (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), CARLOS HENRIQUE PAIXÃO XIMENES (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), ISAAC TORTELOTE DOS SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), RENATA ALVES CORRÊA (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), RENATO FERNANDES DA SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), ADRIANA COUTINHO GOMES (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), ANA LUIZA DE SOUZA THOMAZ (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), DANIEL FERNANDES MACHADO (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), FELLIPE VIANNA ESTOULLO (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR), ALFREDO LUIZ MARTINS FONTES (HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR)

RESUMO: OBJETIVO: Relatar um caso clínico de Doença de Caroli que se apresentou com Síndrome colestática no serviço de Cirurgia Geral do HM Souza Aguiar. MÉTODO: Revisão de prontuário, exames complementares e bibliográfica. INTRODUÇÃO: As doenças císticas das vias biliares são anomalias congênitas raras. Descrita por Jacques Caroli, em 1958, a doença de Caroli é uma enfermidade hereditária, na maioria dos casos com padrão autossômico recessivo. Caracteriza-se por dilatações saculares multifocais e irregularidades dos dutos biliares intra-hepáticos com prejuízo do fluxo biliar predispondo a formação de múltiplos cálculos recorrentes, os quais podem permanecer armazenados nas dilatações císticas ou impactar-se no colédoco, ocasionando colangite. RELATO DE CASO: C.S.S, feminina, 33 anos, admitida com dor em hipocôndrio direito, icterícia, colúria e acolia fecal de início há 2 semanas. Sem comorbidades. Ao exame: ictérica (+4/+4), Murphy positivo. Laboratório com bilirrubinas 23mg/dL, direta 18mg/dL. Ultrassom com microcalculos em vesícula biliar. Tomografia computadorizada e Colangiressonância com dilatação de via biliar intra-hepática e colédoco não individualizado. Submetida a laparotomia exploradora com colangiografia intra-operatória que evidenciou ducto cístico alongado e alargado em sua base, dilatações saculares multifocais em via biliar intra-hepática, com áreas de estenose intermitente até o hepático comum. Colédoco sem alterações. Realizada colecistectomia, hepaticojejunostomia, drenagem transcística e biópsia hepática. CONCLUSÃO: O tratamento depende dos achados clínicos e da extensão das anormalidades biliares. Na colangite usa-se antibióticos e na colelitíase, ácido ursodesoxicólico. Nas anormalidades localizadas em um único lobo a lobectomia pode ser a melhor opção. No entanto, nos casos em que ocorre envolvimento difuso de ambos os lobos, o tratamento conservador é a melhor opção, com tratamento endoscópico para extração dos cálculos, ou mesmo bypass para o tubo digestivo. Em casos seletos, pode-se optar por transplante hepático. Nesta casuística optou-se pelo tratamento através da derivação da via biliar devido aos achados peroperatórios e os recursos disponíveis no serviço. Até a finalização deste trabalho a paciente encontrava-se hospitalizada. BIBLIOGRAFIA 1. William, J, Miller, AG, Sechtin, W.L, Campbell, P.C. Imaging Findings in Caroli's Disease. Am J Roentgenol 1995;165:337- 361. 2. SABISTON, D. C. Tratado de Cirurgia. 18ª Edição. Elsevier, 2009.

PALAVRAS-CHAVES: DOENÇA DE CAROLI | SÍNDROME COLESTÁTICA | DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2952

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: DOENÇA CÍSTICA DA VIA BILIAR EM ADULTO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JEFFERSON MENEZES VIANA SANTOS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), ANTONIO DANILO MOURAO MELO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), ALYSSON SALES MELO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), LARISSA MARTINS DE ALBUQUERQUE (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA), IGOR TEIXEIRA ALCANTARA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA)

RESUMO: Introdução: O cisto de coledoco e a dilatação da árvore biliar extra-hepática, dos ductos biliares intra-hepáticos ou de ambos. Essas alterações são associadas a uma série de complicações, entre elas a formação de cálculos, colangite e cirrose biliar secundária, além do risco de malignização de alguns tipos. A incidência estimada dos cistos biliares é de 1:100.000. A doença cística da via biliar é uma patologia rara em nosso meio e de origem indeterminada. Seu diagnóstico frequentemente se dá na infância, embora a incidência venha aumentando em adultos. Relato do caso: Paciente, 28 anos, feminino. Encaminhada com dor em abdômen superior, associado a náuseas e vômitos, com exames laboratoriais mostrando aumento dos níveis séricos de amilase e lipase, tendo recebido o diagnóstico de pancreatite aguda biliar. A paciente relatou episódios prévios semelhantes, desde os 14 anos de idade. Durante o internamento, o US de abdômen evidenciava coledocolitíase, tendo sido indicado realização de colangiopancreatografia endoscópica retrograda e tomografia computadorizada de abdômen total. Durante o internamento hospitalar apresentou melhora lenta, mas gradual do quadro clínico, com regressão dos sintomas e boa aceitação da dieta, até que iniciou quadro séptico, com foco em vias biliares. Foi iniciado antibioticoterapia com Meropenem por 10 dias, com boa resposta. Permaneceu durante o internamento hospitalar com níveis séricos de fosfatase alcalina e gama glutamil transferase elevados. A indicação cirúrgica a princípio para a paciente seria de colecistectomia videolaparoscópica com exploração de vias biliares. Após revisão do prontuário, discussão do caso e classificação da paciente como Todani IV A, indicou-se a realização de colecistectomia e ressecção de vias biliares extra-hepáticas com hepaticojunoanastomose em Y de Roux. A paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico, evoluindo de forma satisfatória no pós-operatório, sem complicações maiores, como fístula ou deiscência de anastomose. Apresentou infecção de ferida operatória, sem repercussão sistêmica. Recebeu alta hospitalar. Conclusão: A doença cística da via biliar é uma doença rara em nosso meio, principalmente em adultos, mas sempre deve ser suspeitada em paciente que apresentam dor em hipocôndrio direito, massa abdominal palpável e icterícia, associado a exames de imagem que mostram dilatação das vias biliares.

PALAVRAS-CHAVES: cisto|coledoco|todani

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2959

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Estratégia para o tratamento da lesão biliar após a colecistectomia: relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO LUÍS PIMENTEL FARNESE (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), THIAGO PAULO DE LACERDA SANTOS (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), JULIANO FELIX CASTRO (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO), DOMINGOS ANDRE FERNANDES DRUMOND (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO)

RESUMO: Introdução: A lesão das vias biliares (LVB) é uma complicação grave após a colecistectomia. Estima-se que sua incidência seja de 0,1 a 0,2% na colecistectomia convencional e 0,4 a 0,6% na cirurgia laparoscópica. A LVB implica em grande morbidade e importante redução da expectativa de vida. O tratamento constitui em grande desafio e seu sucesso depende de vários fatores como o momento do diagnóstico, o grau da lesão e a experiência da equipe. Relato de caso: E.F.S., 19 anos, feminina, portadora colelitíase sintomática, foi submetida a colecistectomia laparoscópica em Jan/17. Evoluiu no pós-operatório imediato com dor abdominal intensa, tremor, calafrios e aumento de bilirrubinas. Encaminhada ao Hospital Felício Rocho no 4ºDPO. ColangioRM sugeriu lesão de via biliar principal. Realizada a laparoscopia devido a coleperitônio. Identificada lesão completa da via biliar principal, com cliques metálicos proximais e distais no hepatocolédoco. Foi higienizada a cavidade abdominal e contido escape de bile com objetivo de dilatação da via biliar para posterior reconstrução e posicionado dreno infrahepático. No 32º dia após a lesão, laparotomia identificou pequeno segmento do ducto hepático comum que com abertura ducto esquerdo permitiu segura anastomose com alça exclusiva. A paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta hospitalar no 7ºDPO. Discussão: Discute-se o melhor momento para abordagem da LVB e o tipo de reconstrução do trânsito. Estudo francês¹ sugere que a abordagem tardia (após 45 dias) possui maior chance de sucesso em relação ao reparo imediato (intra-operatório) ou abordagem precoce (1-45 dias). O presente caso foi encaminhado de um pequeno centro a um hospital terciário, onde a LVB foi confirmada e abordada por uma equipe com cirurgiões experientes no manejo das vias hepatobiliares. A abordagem no 1º tempo pela laparoscopia e contenção de escape da bile permitiu dilatação das vias biliares e diminuição do processo inflamatório local. Acredita-se que tal dilatação facilite e torne mais segura a confecção da anastomose bilio-digestiva no 2º tempo. Conclusão: O tratamento das LVB mostra-se mais seguro em centros terciários com cirurgiões experientes e abordagem tardia (após 45 dias). A hepático-jejunostomia é o procedimento de escolha. A dilatação das vias biliares permite anastomose segura e maior chance de sucesso.

PALAVRAS-CHAVES: lesão das vias biliares após colecistectomia | Tratamento lesão iatrogênica de via biliar | Lesão biliar
Cirurgia Geral

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2961

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Abordagem Cirúrgica de Tumor de Frantz Via Videolaparoscopia. Um relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GIULIANO NOCCIOLI MENDES (HOSPITAL BANDEIRANTES), JULIANA MOUTINHO DA SILVA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), RICARDO CESAR PINTO ANTUNES (HOSPITAL BANDEIRANTES), BRUNO YUKI YOSHIDA (HOSPITAL BANDEIRANTES), TIAGO SANTORO BEZERRA (HOSPITAL BANDEIRANTES)

RESUMO: Introdução O Tumor Sólido Pseudopapilar do Pâncreas (TSPP) é uma neoplasia rara, tendo relatos cada vez mais frequentes desde sua primeira descrição em 1959 por Frantz. Este tumor compreende de 0,3% a 2,7% de todos os tumores pancreáticos, e afeta principalmente mulheres entre 20 e 30 anos de idade. Dois terços desses tumores ocorrem em corpo e cauda de pâncreas, tem como características crescimento lento, raras taxas de metástase e alta chance de cura com a ressecção da lesão. A cirurgia laparoscópica para o tratamento desses tumores na maioria dos casos não é indicada pelo tamanho do tumor, o que dificulta o acesso. Relato de caso Paciente A.M.O.C., 36 anos, sexo feminino, sem histórico de comorbidades prévia, apresentou em novembro de 2016 quadro de dor epigástrica súbita, que irradiava para dorso, de forte intensidade, associada a náuseas. Procurou o serviço do Hospital Bandeirantes, onde foi medicada com melhora parcial da dor. Realizou Tomografia de abdômen que evidenciou massa de contornos mal definidos em cabeça de pâncreas. Foi realizada internação para controle de dor e investigação diagnóstica. A Ressonância Magnética de abdome evidenciou nódulo de 2,4cm em cabeça pancreática, sem alterações nas vias biliares e ductos pancreáticos, e ausência de invasão de vasos mesentéricos superiores. Em dezembro de 2016, realizou uma ecoendoscopia com punção, que firmou o diagnóstico de tumor papilar sólido-cístico (Frantz). A paciente foi submetida a uma gastroduodenopancreatectomia laparoscópica em janeiro de 2017 para ressecção do tumor. O relatório de patologia cirúrgica revela neoplasia sólido-pseudopapilífera do pâncreas, medindo 3,2 cm, ausência de detecção de invasão vascular e perineural, margens cirúrgicas livres e sem invasão linfonodal. Conclusão O tumor de Frantz ocorre predominantemente em mulheres jovens e pode acometer qualquer área do pâncreas, porém, tem preferência pelo corpo e a cauda pancreática. No caso relatado, a paciente apresentava divergência da literatura, com a localização da lesão em cabeça de pâncreas. A ressecção cirúrgica via laparoscopia mostrou ser segura e eficaz para o tratamento desse tipo de tumor, com resultados pós-cirúrgicos positivos, margens livres, o que é essencial para uma cirurgia oncológica tecnicamente perfeita, e sem invasão de outras estruturas. Quando o tamanho da lesão permitir a ressecção cirúrgica, a laparoscopia é a via preferencial, diminuindo tempo cirúrgico, dor pós-operatório e tempo de internação.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias Pancreáticas | Tumor de Frantz | Laparoscopia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2997

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: O SINAL DE MERCEDEZ-BENZ E OUTROS SINAIS RADIOLÓGICOS NA COLECISTOPATIA CALCULOSA: RELATO DE CASO.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CARLOS HENRIQUE MAIA FEITOSA (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), ALEXANDRE AUGUSTO PINTO CARDOSO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), THAIGO PAULO TEIXEIRA DOS SANTOS (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), FERNANDO HENRIQUE FURTADO COUTINHO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), MICHELLE LOUISE RODRIGUES BARBOSA DA SILVA (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), BRUNNA CAMEROTTE (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), CAROLINA DE SOUZA RIBEIRO VITORASSO (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA), MARIO LUIZ QUINTAS (HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O SINAL DE MERCEDES-BENZ PODE SER OBSERVADO NA RADIOGRAFIA SIMPLES DE ABDOME, PROJETADO SOBRE O HIPOCÔNDRIO DIREITO, OU NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, DENTRO DA VESÍCULA BILIAR. É PRODUZIDO PELA PRESENÇA DE GÁS DENTRO DOS CÁLCULOS BILIARES, ADOTANDO UMA CONFORMAÇÃO DE ESTRELA DE 3 PONTAS. DESCRITO PELA PRIMEIRA VEZ EM 1931, POR BAUER, EM RADIOGRAFIAS REALIZADAS PARA PACIENTES QUE APRESENTAVAM DOR INEXPLICADA EM HIPOCÔNDRIO DIREITO, AS QUAIS MOSTRAVAM RADIOLUCÊNCIAS ESTRELADAS NA PROJEÇÃO DA VESÍCULA BILIAR NA AUSÊNCIA DE CÁLCULOS RADIOPACOS. A PRESENÇA DE FISSURAS CONTENDO GÁS DENTRO DOS CÁLCULOS BILIARES SE ORIGINA DESDE SUA CRISTALIZAÇÃO, E CORRESPONDEM A UMA MISTURA DE OXIGÊNIO, DIÓXIDO DE CARBONO E NITROGÊNIO. VÁRIAS TEORIAS FORAM APRESENTADAS PARA EXPLICAR A PRESENÇA DE GÁS, PREVALECENDO A DE QUE O GÁS É LIBERADO DA SOLUÇÃO POR PRESSÃO NEGATIVA DENTRO DE PEDRAS DE COLESTEROL SOFRENDO FISSURA INTERNA DEVIDO À SUA ESTRUTURA CRISTALINA, OU SEJA, O GÁS É LIBERADO DA SOLUÇÃO A PARTIR DA PEQUENA QUANTIDADE DO FLUIDO APRISIONADO NO CÁLCULO. RELATO DE CASO: PACIENTE ADULTA, DO SEXO FEMININO, DÁ ENTRADA COM QUADRO DE DOR ABDOMINAL EM HIPOCÔNDRIO DIREITO ASSOCIADA A NÁUSEAS E VÔMITOS. FOI SUBMETIDA A TOMOGRAFIA ABDOMINAL A QUAL EVIDENCIOU O SINAL DE MERCEDES BENZ. REALIZADA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA, COM ACHADO INTRA-OPERATÓRIO DE VESÍCULA BILIAR CONTENDO TRÊS GRANDES CÁLCULOS DE COLESTEROL. CONCLUSÃO: A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DE SINAIS RADIOLÓGICOS ESPECÍFICOS DE DETERMINADAS PATOLOGIAS É DE IMPORTÂNCIA INDISCUTÍVEL NO CORRETO DIAGNÓSTICO DESTAS DOENÇAS. É TAMBÉM DE SUMA IMPORTÂNCIA SABER DIFERENCIAR E IDENTIFICAR CORRETAMENTE OS DIFERENTES SINAIS. EM RELAÇÃO AO SINAL DE MERCEDES BENZ, FAZ-SE NECESSÁRIO A CORRETA DISTINÇÃO COM PELO MENOS OUTROS DOIS ACHADOS: A COLECISTITE ENFISEMATOSA E A AEROBILIA. A AEROBILIA É O ACÚMULO DE AR ADVINDO DO TRATO GASTROINTESTINAL NA ÁRVORE BILIAR E PODE TER DIVERSAS CAUSAS (FISTULA BILIAR, MANIPULAÇÃO DE VIAS BILIARES); APRESENTA-SE COMO UMA RAMIFICAÇÃO LINEAR DENTRO DO FÍGADO, MAIS PROEMINENTE EM DUTOS CENTRAIS DE GRANDE CALIBRE. COLECISTITE ENFISEMATOSA É UMA FORMA DE COLECISTITE AGUDA ONDE A NECROSE DA PAREDE DA VESÍCULA BILIAR CAUSA FORMAÇÃO DE GÁS NA PAREDE OU LÚMEM, CARACTERIZANDO UMA URGÊNCIA CIRÚRGICA; RADIOLOGICAMENTE, PERCEBEMOS AR NA PAREDE E/OU DUCTOS BILIARES NA AUSÊNCIA DE COMUNICAÇÃO ANORMAL COM O TRATO GASTROINTESTINAL.

PALAVRAS-CHAVES: Sinal de Mercedes Benz | Colecistopatia | Sinal radiológico

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 3056

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: SÍNDROME DE MIRIZZI COM ELEVAÇÃO ACENTUADA DE CA 19-9

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOAO BOSCO CHADU JUNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - MG (UFU)), MARIANA DE GREGORIO FARIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA), JEFFERSON ALVIM DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA), CRISTHIAN RODRIGO SEQUEIROS PENA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA), RAFAEL PIRES RESENDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA), FLAVIO MALAQUIAS AMANCIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA), ISMARA LOURDES SILVA JANUARIO CHADU (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Síndrome de Mirizzi, foi descrita em 1948 por um cirurgião argentino, como obstrução do ducto hepático comum causada pela compressão de um cálculo grande em infundíbulo (?bolsa de Hartmann?) ou ducto cístico. Pode evoluir com fístula entre a vesícula biliar e as vias biliares. A elevação do CA 19-9 em doenças benignas pode acontecer, porém é muito mais frequente em doenças biliares malignas. Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso de síndrome de Mirizzi com elevação acentuada do CA 19-9. RELATO DO CASO: MN, 72 anos, masculino e procedente de Uberlândia-MG. Paciente encaminhado ao PS com história de dor tipo cólica no hipocôndrio direito e epigástrico, associado com icterícia, colúria e acolia fecal, febre e emagrecimento de 10 kg em seis meses. Ao exame físico: icterícia e sinal de Murphy. Apresentava BT: 6,9; BD: 5,08; BI: 1,84; FA: 194; GGT: 773,2; CA 19-9: 904,1. Iniciada antibioticoterapia com ciprofloxacina e metronidazol. O US de abdome evidenciou cálculo impactado no infundíbulo com sinais de colecistite e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. A RNM evidenciou cálculo no infundíbulo de 3x2,4 cm que determina compressão extrínseca do hepatocolédoco e consequente dilatação das vias biliares compatível com Síndrome de Mirizzi. Ecoendoscopia com achados sugestivos de Síndrome de Mirizzi. Realizada CPRE com colocação de duas próteses nas vias biliares para melhora do quadro clínico. Na videolaparoscopia foi visualizada grande quantidade de aderências entre a vesícula biliar, duodeno e hepatocolédoco. Optado por conversão para cirurgia aberta e achado de síndrome de Mirizzi grau 3 com empiema de vesícula biliar e fístula entre a vesícula biliar e hepatocolédoco. Realizada colecistectomia e colocação de dreno de Kehr na via biliar e drenagem da cavidade abdominal. Apresentou normalização dos níveis de CA 19-9. Paciente evoluiu com melhora lenta, mas sem complicações graves e recebeu alta hospitalar em estado geral regular. Colangiografia pelo dreno de Kehr após quatro semanas estava sem alterações, sendo o dreno retirado. CONCLUSÃO: Os níveis elevados de CA 19-9 não pode ser condição absoluta para diferenciação entre doenças benignas e malignas das vias biliares. A síndrome de Mirizzi é uma doença rara e de difícil resolução cirúrgica. Ela pode ser uma condição benigna com altos níveis de CA 19-9, porém em pacientes idosos e com elevação acentuada do marcador tumoral doenças malignas devem ser descartadas.

PALAVRAS-CHAVES: SINDROME|MIRIZZI|CA 19-9

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 3074

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: TOTALIZAÇÃO DE PANCREATECTOMIA COMO TRATAMENTO PARA FÍSTULAS PANCREÁTICAS APÓS GASTRODUODENOPANCREATECTOMIA - RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ÁRLEM CÉSAR DAMASCENO PÉREZ (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE)), MAITE MAZIERO AFONSO (UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO), LUCAS BONACHI VERGAMINI (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE)), ADRIANO PEREIRA SAMPAIO (HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (HSPE))

RESUMO: INTRODUÇÃO Apesar dos avanços significativos nos cuidados perioperatórios de pacientes submetidos a gastroduodenopancreatectomia (GDP), a morbidade pós-operatória se mantém inalterada. Nesse contexto, grande porção se deve às fístulas pancreáticas pós-operatórias, encontradas em torno de 9-29% dos casos. Diversas intervenções em termos de técnicas cirúrgicas e farmacológicas têm sido sugeridas para diminuir a incidência de fístulas, no entanto, os resultados apresentados mostram-se controversos. Neste caso um paciente portador de neoplasia de papila duodenal foi submetido a GDP, evoluindo com fístula pancreática. Necessitando de reabordagem, sendo instituída como terapêutica a pancreatectomia total. RELATO DE CASO Paciente do sexo feminino, 73 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de papila duodenal moderadamente diferenciado estabelecido. Submetida a GDP com anastomose pancreato jejunal ducto-mucosa. No pós operatório apresentou febre, taquicardia e dosagem de amilase do dreno aumentada. Foi diagnosticada fístula de anastomose pancreatojejunal e optado inicialmente pelo manejo clínico. Evoluiu com piora do quadro clínico e mudança do aspecto do débito do dreno abdominal. Indicada reabordagem cirúrgica. Realizada laparotomia exploradora e pancreatectomia total. No intraoperatório visualizou-se deiscência da anastomose pancreato-jejunal. O procedimento transcorreu sem intercorrências e a paciente foi encaminhada a UTI. No pós operatório, paciente evoluiu com quadro de choque séptico refratário a medidas clínicas, evoluindo para o óbito no quinto dia pós operatório da nova reabordagem. CONCLUSÃO Inicialmente, a conversão para pancreatectomia total era preferida na re-intervenção cirúrgica por fístulas pancreáticas, tendo-se invertido esta tendência ao longo das últimas décadas e reservando-se este procedimento para casos de peritonite generalizada. Os dois principais argumentos para a realização deste tipo de intervenção são a esterilização da fonte de infecção e diminuição da necessidade de reintervenção posterior. Contudo, tecnicamente é um procedimento complexo. Outras desvantagens da pancreatectomia total são a falência pancreática e a insuficiência exócrina. No entanto, dentro do manejo das fístulas pancreáticas pós-operatórias, é ressaltável o papel da totalização da pancreatectomia. Convém ao médico cirurgião conhecer este procedimento e julgar seu uso como uma das alternativas no tratamento de fístulas pancreáticas pós-operatórias.

PALAVRAS-CHAVES: fístula pancreática | pancreatectomia | neoplasias pancreáticas

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 3082

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Colectectomia seguida de coledocotomia e coledocostomia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THAIANA MANSUR BOTELHO DE CARVALHO MENDONCA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), THAMIRIS VILAS BOAS NEVES (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), LARISSA GONÇALVES DOS SANTOS (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), LUARA DE OLIVEIRA BARROSO (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), JORGE ANZAI NETO (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), LUIZ HENRIQUE TORRES COTA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), RAFAELLA GRANIERI LIBERATO COSTA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), RODRIGO MARTINS CARVALHO (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO), THAYNÁ COELHO SILVA (UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Os divertículos periampolares são o desprendimento da mucosa extraluminal do duodeno ocorrendo dentro de um raio de 2-3 cm da ampola de Vater, tendo sua incidência aumentada com a idade. A terapêutica de escolha é a endoscópica. No entanto, pacientes com divertículo periampolar evidenciaram sucesso reduzido diante dessa abordagem. O procedimento endoscópico apresenta maior dificuldade técnica, principalmente para a cateterização da papila e com maior taxa de sangramento após a papilotomia (Zoepl et al., 2001). As principais complicações intra-operatórias estão as lesões iatrogênicas das vias biliares, lesão de artéria hepática, lesão hepática e lesão de ramo portal. E as complicações pós-operatórias podemos citar infecção de parede (própria ferida operatória) e evisceração. OBJETIVO Relatar um caso de divertículo periampolar associado à coledocolitíase. Método D., 72 anos, masculino, admitido no HUAV no dia 11/02/17. Paciente encaminhado por seu cardiologista, após implantação de marcapasso, devido a quadro de dor em hipocôndrio direito, febre e icterícia ++/++++. No dia 28/02/17 começou a apresentar acolia fecal sem colúria. É portador de HAS e DM, em tratamento com Anlodipino, Losartana e Metformina. Ao exame: RHA +, diástase do reto abdominal, dor à palpação do ponto cístico. Exames Laboratoriais: Hm= 4,0; Hb= 12,0 g/dL; Ht= 35%; Amilase= 83 U/L; Lipase= 45 U/L; BT= 3,06 mg/dL; BI= 2,05 mg/dL; BD= 1,01 mg/dL; Fosfatase Alcalina= 529 U/L; Gama-GT= 529 U/L; TGO= 55 U/L; TGP= 118 U/L; Ureia= 22,9 mg/dL; Creatinina= 1,07 mg/dL; TTPA= 24s; INR= 0,9; Urina l= pH 5,0, coloração alaranjada, urobilinogênio 12 mg/dL e flora ligeiramente modificada. À TC de abdome em 14/02: Colelitíase, coledocolitíase, pequena dilatação das vias biliares, doença diverticular do colo, cistos renais do tipo Bosniak I e nefrolitíase. CPRE: papila menor encontrava-se sem aparente anormalidade e papila maior com divertículos em sua porção distal e segunda porção. Colangiografia: ducto cístico e vesícula biliar não foram contrastados à injeção habitual de contraste. Pancreatografia: Ducto de Wirsung mostrou-se aparentemente dilatado. Foi realizada colectectomia seguida de coledocotomia e coledostomia. CONCLUSÃO Foi constatado que as manifestações pancreatobiliares especialmente a litíase biliar podem estar associadas ao divertículo periampolar. Além de evidenciar taxa de sucesso do tratamento cirúrgico da coledocolitíase, devendo-se ponderar a sua indicação.

PALAVRAS-CHAVES: Colectectomia | Coledocotomia | Coledocostomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 3084

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: Íleo Biliar : Relato de caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TATIANE CRISTINA OLIVEIRA GIGEK (UNIMAR), JOAO PAULO GALLETI PILON (UNIMAR), RAFAEL BALDISSERA CARDOSO (UNIMAR), RENATA BONADIO GONÇALVES (UNIMAR), RONE EDER DE SOUZA SILVA (UNIMAR), SAYARA STEFANI GOUBETI MELOCRA (UNIMAR)

RESUMO: INTRODUÇÃO Em sua maioria o Íleo Biliar é assintomática, mas em alguns casos os pacientes podem tornar-se sintomáticos ou ter complicações. Uma das complicações mais raras é a evolução para abdome agudo obstrutivo através de uma fístula entre a vesícula e algum segmento intestinal, ocorrendo a passagem dos cálculos para o trato digestivo, denominado Íleo biliar. RELATO DE CASO M.L.R.R, mulher, 82 anos, admitida no Hospital Universitário da UNIMAR queixando-se de dor abdominal difusa de forte intensidade há quatro dias com intensificação há um dia associada a náusea e diversos episódios de emêse. Associado ao quadro refere constipação, ausência de eliminação de flatos há três dias e anorexia. Antecedentes pessoais de hipertensão, insuficiência venosa e coledolitíase. Ao exame físico apresentava-se desidratada, eupneica, com frequência cardíaca de 80 bpm e normotensa. Abdome doloroso à palpação, com ruídos hidroaéreos diminuídos e DB positiva. Murphy negativo. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose sem desvio e alterações dos níveis de uréia e creatinina. A radiografia de abdome evidenciou distensão e níveis hidroaéreos em alças do intestino delgado. A TC mostrou aerobilia, distensão da câmara gástrica e de alças de intestino delgado, com redução abrupta do calibre na região do mesogástrio confirmando a hipótese de abdome agudo obstrutivo mecânico por cálculos biliares. Com o diagnóstico de abdome agudo obstrutivo foi iniciado reposição volêmica e introduzida sonda nasogástrica. A paciente então foi encaminhada para avaliação da equipe de cirurgia que optou por manter a sonda por um dia com posterior laparotomia exploratória. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: O Íleo biliar ocorre em aproximadamente 0,5% dos casos de colecistite aguda. Sua evolução consiste num episódio prévio de colecistite aguda, seguido de inflamação nos tecidos da vesícula biliar, formando aderências entre esta e o intestino delgado. O cálculo responsável produz erosão através das paredes, formando uma fístula colecistoentérica. Ocorre então migração do cálculo para a luz intestinal, até que haja impactação e obstrução. A radiografia de abdome pode fechar o diagnóstico demonstrando a clássica Tríade de Rigler. O exame de imagem com maior importância diagnóstica é a TC contrastada. O tratamento de escolha é a colecistectomia com correção das fístulas. Deve ser sempre considerado como diagnóstico diferencial em pacientes com obstrução intestinal, principalmente em idosos e do sexo feminino.

PALAVRAS-CHAVES: Íleo Biliar | Abdome agudo | Oclusão abdominal

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 3100

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: PANCREATITE POR IgG4: UM DIAGNOSTICO DIFERENCIAL IMPORTANTE DAS NEOPLASIAS PANCREÁTICAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCOS ALBERTO DE MENDONÇA VEIGA (HOSPITAL DE BASE DE PORTO VELHO), RENATO RORIZ DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA), ELIANE DE QUEVEDO (HOSPITAL DE BASE DE PORTO VELHO)

RESUMO: Introdução: A pancreatite por IgG4 ou também chamada de Pancreatite Autoimune (PAI) é uma doença fibroinflamatória crônica de origem autoimune. Pouco conhecida entre os cirurgiões gerais porém aproximadamente 70% dos casos são operados por suspeita de neoplasia pancreática. Ocorre principalmente entre a quinta e sétima década de vida. Os principais sintomas são dor abdominal (74%) e icterícia de padrão obstrutivo sendo a perda ponderal um sintoma pouco frequente. Seu diagnóstico é baseado principalmente na sorológicos e anatomopatológicos. Os principais diagnóstico diferenciais da PAI são pancreatite alcoólica e neoplasias malignas do pâncreas e das via biliares. O tratamento padrão é a corticoterapia que reverte às alterações pâncreáticas. Relato de caso: Paciente masculino, 69 anos, casado, agricultor. Deu entrada no Hospital de Base com quadro de icterícia 4+/4, prurido intenso e desconforto abdominal. TC de Abdome revelou tumoração volumosa que acometia a cabeça e corpo de pâncreas sem plano de clivagem com a veia mesentérica. O paciente foi submetido a CPRE e passagem de prótese de colédoco. Após o procedimento evoluiu satisfatoriamente com regressão progressiva da icterícia porém apresentou na primeira semana pós CPRE, volumoso hematoma expansivo em lobo hepático direito com repercussão sistêmica e queda dos níveis hematimétricos. O paciente foi submetido à cirurgia de urgência para drenagem do hematoma e hemostasia. A avaliação do pâncreas no transoperatório foi observado características macroscópicas compatíveis com neoplasia de cabeça de pâncreas sendo realizado biópsia cirúrgica da massa pancreática. O paciente evoluiu satisfatoriamente no pós drenagem e recebeu alta na segunda semana pós-cirúrgica. O exame histopatológico e imunohistoquímico de fragmento pancreático revelou infiltrado linfoplasmocitário com positividade para IgG4 compatível com o diagnóstico de pancreatite autoimune sendo iniciado terapêutica com prednisona (40 mg/dia) e diminuição gradativa até a dose de manutenção (10 mg). O controle tomográfico realizado 60 dias após introdução da corticoterapia demonstrou involução completa da massa pancreática. Conclusão: O diagnóstico de Pancreatite por IgG4 deve ser sempre lembrado pelo cirurgião nos casos suspeitos de neoplasia pancreática. Para a confirmação diagnóstica é necessário sorologia e a histopatologia compatível com a doença e a reversão da pancreatite ocorre após a introdução de terapia com corticoide.

PALAVRAS-CHAVES: PANCREATITE POR IgG4 | PANCREATITE AUTOIMUNE | DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 3123

FORMA DE APRESENTAÇÃO: PÔSTER

TÍTULO: VESÍCULA SEPTADA SIMULANDO CISTO DE COLÉDOCO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUIZ CARLOS DE ANDRADE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), NAYARA FARIA PRADO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), EDUARDO FARIA PRADO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), BRUNO BARROS DE PÁDUA ANDRADE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), HERBERT RODARTE DE PAULA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO), LUCAS FILENI BAPTISTELLA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Diante das doenças conhecidas, a vesícula septada é rara, descrita pela primeira vez por Simon e Tandon em 1963. O diagnóstico é feito com a história clínica e exames complementares. O exame mais utilizado para o diagnóstico de patologias do sistema biliar é a ecografia. A tomografia, a ressonância e a colangiopancreatografia endoscópica (CPRE) são reservadas para o diagnóstico diferencial e/ou tratamento. OBJETIVO: relatar um caso de vesícula biliar simulando cisto de colédoco. MÉTODOS: paciente AN, 61 anos, com quadro de desconforto abdominal em hipocôndrio direito de início há seis meses sem febre e sem icterícia. Associava-se a plenitude e intolerância a alimentos colecínéticos, com piora dos sintomas nos períodos pós prandiais e alívio nos períodos de jejum e com uso de escopolamina. RESULTADO: no serviço de origem, foram solicitados os exames abaixo descritos: 1. Ecografia de abdome: vesícula biliar escleroatrófica com cálculos; imagem cística entre vesícula biliar e hepatocolédoco 2. TC de abdome: Vesícula biliar normodistendida, contendo inúmeros cálculos, formação cística hipodensa alongada, medindo 3,5x 2,0cm, junto ao leito da vesícula (cisto de colédoco?) 3. ColangioRNM: formação cística de aprox. 3,5cm mantendo aparente contato com terço médio/distal do colédoco, com o colo estreito, podendo corresponder a dilatação cística do colédoco tipo II de Todani. 4. CPRE: Grande cisto de colédoco na altura do ducto cístico (?), colecistolitíase. OBS: há também a possibilidade de se tratar de grande vesícula biliar com septo ao meio e ducto cístico implantado na face contra lateral do colédoco. Paciente foi encaminhado à videocirurgia, observando-se vesícula biliar com cálculos e com septo completo ao nível do corpo, fibrosado e aderido junto a cápsula hepática. Região infundíbulo-cística de aspecto saculiforme, sem cálculos. CONCLUSÃO: atualmente há muitos exames de boa acurácia para estudar as vias biliares. Porém, com certa frequência, observam-se erros de diagnóstico que só serão elucidados no decorrer do ato cirúrgico. Neste relato, observou-se confusões de diagnóstico envolvendo duas patologias raras no contexto da via biliar, merecendo maior cuidado quanto à indicação e a condução cirúrgica. BIBLIOGRAFIA: 1. Nelson Menocal F et al.. Vesícula biliar multiseptada: uma anomalia congênita infrecuente. Rev. Chil. radiol. Vol 17, nº4 ; Santiago 2011; 176-178

PALAVRAS-CHAVES: VESÍCULA SEPTADA | CISTO DE COLÉDOCO | COLELITÍASE



XXXII CONGRESSO BRASILEIRO DE
CIRURGIA

28/04 a 01/05/2017 - SÃO PAULO - SHERATON WTC

VÍDEO

CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1266

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: TRAQUEOSTOMIA PERCUTÂNEA COM DILATAÇÃO POR BALÃO GUIADA POR ULTRASOM

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARIANNE Y. NAKAI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), WILLIAM KIKUCHI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), NORBERTO KODI KAVABATA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ALEXANDRE BABÁ SUEHARA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCELO BENEDITO MENEZES (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANTONIO JOSE GONÇALVES (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: A traqueostomia percutânea vem se tornando o procedimento padrão para o paciente grave de terapia intensiva, que necessita de ventilação mecânica prolongada. Até recentemente as formas de dilatação eram todas mecânicas controladas pela força exercida pelo cirurgião. Nos últimos anos um dilatador por balão que utiliza pressão hidrostática foi introduzido no mercado e parece ser uma forma mais segura de executar a traqueostomia. Com este instrumento um dos passos de retirada do dilatador e colocação da cânula é eliminado, uma vez que a cânula já está montada no introdutor posicionado logo atrás do balão. A traqueostomia percutânea pode ser executada às cegas, guiada por broncoscopia ou por ultrassom. Embora alguns autores tenham demonstrado que o procedimento às cegas é seguro, estes artigos foram produzidos em grandes centros com muita experiência na técnica. Assim a maioria concorda que a utilização da broncoscopia adiciona segurança à esta técnica, mas ela nem sempre está disponível em nosso meio. Já o ultrassom está cada vez mais disponível no ambiente de UTI e pode ser utilizado pela equipe cirúrgica, sem grandes dificuldades. Demonstramos um procedimento de traqueostomia percutânea guiada por ultra-som em ambiente de UTI (à beira do leito). O vídeo se inicia com o posicionamento da cânula orotraqueal na subglote, tracionando-a cranialmente, com visão ultrasonográfica de duplo contorno da parede da cânula, em relação aos anéis traqueais e da cartilagem cricóide, que também podem ser vistos ao ultrassom. Com auxílio do ultrassom, o local da incisão sobre os primeiros anéis traqueais é escolhido. A incisão é feita seguida da divulsão da pele e do tecido celular subcutâneo. A traquéia é então puncionada sob visão ultrasonográfica e um fio guia é posicionado dentro dela. Segue-se a dilatação inicial com dilatador pequeno, seguida da dilatação final com balão hidrostático contendo solução salina. A dilatação final é controlada por manômetro e a pressão é mantida em torno de 10 atmosferas por 20 segundos. Ao final da dilatação o conjunto contendo o balão, o introdutor e a cânula de traqueostomia é introduzido sem dificuldades. O procedimento durou 8 minutos e 40 segundos e o paciente manteve-se estável com parâmetros hemodinâmicos e respiratórios estáveis (demonstrados ao final do vídeo). A traqueostomia percutânea guiada por ultrassom pode ser realizada à beira do leito e a dilatação por balão parece uma técnica promissora dentre as demais disponíveis.

PALAVRAS-CHAVES: TRAQUEOSTOMIA | ULTRASOM | broncoscopia

ÁREA: CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO: 1316

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: TRAQUEOSTOMIA CONVENCIONAL CIRÚRGICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: NORBERTO KODI KAVABATA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANTONIO JOSE GONÇALVES (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MICKAEL OLIVEIRA DUARTE (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARIANNE Y. NAKAI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANTONIO AUGUSTO TUPINAMBA BERTELLI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ALEXANDRE BABÁ SUEHARA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), WILLIAM KIKUCHI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCELO BENEDITO MENEZES (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: o objetivo do vídeo é apresentar os principais tempos e cuidados na realização da traqueostomia convencional cirúrgica, a fim de evitar lesões inadvertidas e complicações. Descrição do vídeo: Anestesia local e incisão horizontal na pele de aproximadamente 3 cm de extensão. Descolamento crânio-caudal do retalho de pele com bisturi elétrico para exposição da rafe mediana, tomando-se cuidado com as veias jugulares anteriores e sua comunicante (arco venoso jugular), o qual deverá ser ligada se no trajeto da dissecação. Abertura da rafe mediana na extensão da cartilagem cricóide até abaixo do istmo da glândula tireóide (aproximadamente 2 a 3 cm) mantendo-se o cuidado para não desviar a dissecação lateralmente a fim de evitar lesão dos nervos laríngeos recorrentes. A dissecação deve chegar a traquéia e expor adequadamente sua superfície e o istmo da glândula tireóide. Em virtude da frequente existência de veias do plexo tireoidiano impar (ramos da veia braquiocefálica esquerda) logo abaixo do istmo e sobre a traquéia, a ligadura desses vasos é importante tempo na exposição da traquéia na altura entre o 2º. e 3º. anéis traqueais. A preferência da técnica para realização da traqueotomia pela Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo é a abertura simples da membrana entre o 2º. e 3º. anéis traqueais, idealmente, sem a secção ou ressecção de anel cartilaginoso da traquéia. Nesse tempo, os principais cuidados na abertura da traquéia são o risco de queimadura (combustão pelo uso do bisturi elétrico) e, na abertura lateral excessiva da membrana entre anéis traqueais, lesão de esôfago e ocorrência de fístula traqueoesofágica. Após a traqueotomia, a passagem de cânula de traqueostomia deverá ser realizada com cuidado e auxílio de afastador do tipo Senn Muller. Em paciente intubados, um cuidado fundamental é manter a cânula de intubação na via aérea, logo acima da traqueotomia para, caso haja dificuldade da passagem da cânula de traqueostomia, possibilidade de se deslocar a cânula de intubação novamente para a traquéia e realizar adequada ventilação, principalmente em pacientes com pneumopatias ou condições cardiovasculares graves. Conclusão: A traqueostomia convencional, apesar de ser uma técnica simples, deve ser realizada com técnica adequada e cuidados no manejo dos pacientes para evitar-se complicações graves, inclusive fatais.

PALAVRAS-CHAVES: traqueotomia | anéis traqueais | glândula tireóide

CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 937

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: RETIRADA DE BANDA GÁSTRICA POR LAPAROSCOPIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), ANDERSON MATHEUS MEDEIROS DE ARAÚJO (UFMA), TALVANE DA SILVA GOMES NETO (UFMA), GIULIANO PEIXOTO CAMPELO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), ABDON JOSE MURAD JUNIOR (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), LUIS EDUARDO VERAS PINTO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), PEDRO HENRIQUE MORAES DE MOURA (UFMA), JOSE APARECIDO VALADAO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS)

RESUMO: Retirada de banda gástrica por laparoscopiaA obesidade é uma epidemia mundial com cerca de 600 milhões de pessoas obesas ($IMC > 30 \text{kg/m}^2$). No Brasil, 17,9% da população é acometida por essa doença. Existem várias opções para o tratamento cirúrgico da obesidade: gastroplastia vertical, bypass intestinal, cirurgia de Scopinaro, duodenal switch e banda gástrica ajustável. As bandas gástricas de silicone ajustáveis laparoscópicas foram por algum tempo atrás muito utilizadas e têm um princípio de restrição na ingestão alimentar. São colocadas através de um procedimento minimamente invasivo, com problemas sistêmicos e operatórios baixos, mas não livre de complicações. As complicações relacionadas com a banda podem ocorrer em até 11,3% dos casos, com predomínio da dilatação da bolsa (5,2%) e problemas com o portal (4,2%). A extrusão da banda pode ocorrer em até 2,9% dos pacientes. Uma opção terapêutica para a extrusão da banda é a retirada cirúrgica, com ou sem conversão em outro procedimento bariátrico. No nosso serviço atualmente não colocamos mais esse dispositivo. Indicamos a retirada da banda gástrica nos casos em que existem sintomas como disfagia, dor epigástrica ou outros sintomas associados. A retirada da banda gástrica por laparoscopia pode ser desafiadora nos casos em que existem muitas aderências ou migração do dispositivo, porém a equipe cirúrgica deverá utilizar técnica cirúrgica meticulosa visando a remoção desse dispositivo e a prevenção de complicações mais graves. O vídeo demonstra a retirada da banda gástrica em um paciente sem queixas abdominais, porém com ganho de peso. A seguir foi realizado um bypass gástrico devido à obesidade. Referência: 1. Campos, J.; Galvão Neto, M.; Ramos, A.; Dib, R. Endoscopia bariátrica terapêutica. Ed. Revinter. 2013

PALAVRAS-CHAVES: OBESIDADE | CIRURGIA BARIÁTRICA | LAPAROSCOPIA

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 1052

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE EM UM PACIENTE CIRRÓTICO: MANOBRA PARA A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), TALVANE DA SILVA GOMES NETO (UFMA), ANDREY SALGADO MORAES FILHO (UFMA), FRANCISCO DAS CHAGAS PIMENTA NETO (UFMA), JOSE APARECIDO VALADAO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), LUIS EDUARDO VERAS PINTO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), ABDON JOSE MURAD JUNIOR (HOSPITAL SAO DOMINGOS), GIULIANO PEIXOTO CAMPELO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS)

RESUMO: A obesidade está associada a uma série de comorbidades. Uma das mais frequentes é a esteatose hepática. Cerca de 90% dos pacientes obesos apresentam esteatose hepática e desses, uma certa quantidade irá evoluir para esteatohepatite não alcoólica. Esta demanda maior interesse devido ao risco de progressão para cirrose e hepatocarcinoma. Cirrose hepática (CH) é definida pela desorganização da arquitetura lobular do fígado, caracterizada histologicamente por fibrose e formação de nódulos regenerati-vos. Apesar de se tratar de população de grande risco, o combate da obesidade nesses pacientes se justifica, inclusive com procedimentos cirúrgicos. Além de contribuir para a redução de peso, a cirurgia bariátrica é também uma cirurgia metabólica voltada para a remissão de doenças crônicas. A gastrectomia vertical laparoscópica (GVL) está ganhando popularidade no tratamento da obesidade mórbida. É considerado como um processo mais seguro do que outros procedimentos mais complexos, uma vez que não possui desvios do trânsito intestinal e evita a deficiência de micronutrientes em longo prazo. A estratificação do risco cirúrgico nos pacientes com cirrose hepática pode ser feita através da classificação de Child-Pugh. O objetivo deste vídeo foi demonstrar o transoperatório de uma GVL em um paciente com cirrose hepática Child-Pugh A. Cirurgia realizada no Hospital São Domingos em São Luis-MA. O paciente L. C. P. M., 32 anos, diabético e índice de massa corpórea de 39 Kg/m². Inicialmente foi indicado um by pass gástrico devido ao diagnóstico de diabetes. Porém no intra-operatório foi evidenciado fígado de aspecto cirrótico e então optado pela biópsia e um melhor estudo do caso com hepatologista. Negava etilismo e as sorologias para hepatites virais eram negativas. Após avaliação e investigação foi confirmada a cirrose hepática, mas sem outras patologias associadas. Foi submetido a gastrectomia vertical com duração de 63 minutos. Evoluiu sem intercorrências e teve alta hospitalar com 48 horas em dieta líquida. Consideramos que a GVL em pacientes cirróticos com falha no tratamento clínico da obesidade deve ser encorajada haja vista a possível progressão para transplante hepático, onde a obesidade mórbida é contraindicação, fator de complicação pós-operatório e de diminuição da sobrevida tardia. Mais estudos devem ser realizados para corroborar nossos resultados. Ferraz, A. A. B.; Torres, O. J. M.; Martins, A. C. A. Cirurgia do fígado, p. 477-508. Clínica cirúrgica do CBC.

PALAVRAS-CHAVES: GASTRECTOMIA VERTICAL | OBESIDADE | CIRROSE HEPÁTICA

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2007

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: CIRURGIA REVISIONAL EM PACIENTE COM BANDA GÁSTRICA ARTESANAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL (SANTA CASA DE SÃO PAULO), WILSON RODRIGUES DE FREITAS JR. (SANTA CASA DE SÃO PAULO), PAULO KASSAB (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ROBERTO DE MORAES CORDTS FILHO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), DANIEL KENDI FUKUHARA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ROBSON CRISTIAN VIRGILIO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), FATIMA HASSAN KHODR (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ELIAS JIRJOSS ILIAS (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A BANDA GÁSTRICA É UM PROCEDIMENTO PRIMARIAMENTE RESTRITIVO NO TRATAMENTO DA OBESIDADE. INICIADO NA DÉCADA DE 1990, FOI REALIZADO EM MUITOS PAÍSES POR SER SEGURO E DE FÁCIL EXECUÇÃO. NO ENTANTO APRESENTA FALHA TERAPÊUTICA EM 40% A 50% DOS CASOS, COM NECESSIDADE DE CIRURGIA REVISIONAL DE ATÉ 30%. ESTE CASO SE TRATA DE RETIRADA DE BANDA GÁSTRICA ALOCADA NO PERU. O PACIENTE PROCUROU ATENDIMENTO POR REGANHO DE PESO. DESCRIÇÃO DO VÍDEO: O VÍDEO MOSTRA UMA LAPAROSCOPIA, QUE SE INICIA COM LISE DE ADERÊNCIAS E EXPOSIÇÃO DE UMA BANDA GÁSTRICA ARTESANAL NÃO AJUSTÁVEL, ALOCADA EM POSIÇÃO GÁSTRICA ALTA E QUE FOI REMOVIDA. A SEGUIR, FOI REALIZADO UMA GASTRECTOMIA VERTICAL COM GRAMPEADOR LINEAR E SUTURA DO EPÍPLON NA LINHA DE GRAMPO. CONCLUSÃO: A BANDA GÁSTRICA É UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE PORÉM PODE APRESENTAR PERDA DE PESO INSATISFATÓRIO E REGANHO DE PESO, ALÉM DE OUTRAS COMPLICAÇÕES. O USO DE MATERIAL ARTESANAL PODE ESTAR ASSOCIADO A MAIORES TAXAS DE EVOLUÇÃO ADVERSA.

PALAVRAS-CHAVES: BANDA GÁSTRICA | CIRURGIA BARIÁTRICA REVISIONAL | GASTRECTOMIA VERTICAL

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2424

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: ESOFAGECTOMIA IVOR-LEWIS POR ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO VICTOR LAZARETTI MENECHINI (HOSPITAL SANTA RITA - MARINGÁ - PR), LUCAS EDUARDO SAVÓIA DE OLIVEIRA (HOSPITAL MARINGÁ), NICKSON DELLA GIUSTINA (HOSPITAL MARINGÁ), JULIANA PATRICIA SANTOS DE OLIVEIRA (HOSPITAL SANTA RITA), DAOUD NASSER (HOSPITAL MARINGÁ)

RESUMO: INTRODUÇÃO adenocarcinoma de esôfago é o oitavo câncer mais comum no mundo , e teve sua incidência se elevando na população ocidental desde a década de 1980, o que coincide com o aumento da incidência da obesidade, porém a razão específica ainda está em discussão. Os fatores de risco conhecidos para o adenocarcinoma de esôfago incluem idade, sexo masculina, doença do refluxo gastroesofágico, esôfago de Barrett, tabagismo, alcoolismo e obesidade. É conhecido que pacientes com obesidade tem maior prevalência de doença do refluxo gastroesofágico, sendo este um fator de risco importante para o desenvolvimento de Esôfago de Barrett, uma condição que pode cursar com progressão para adenocarcinoma, sendo considerado o fator etiológico mais importante para o seu desenvolvimento. DESCRIÇÃO DO VIDEO O presente video demonstra uma esofagectomia pela técnica de Ivor-Lewis realizada em uma paciente submetida a cirurgia bariátrica há 10 anos, desde então acompanhada ambulatorialmente, com endoscopias de rotina, quando foi diagnosticado o adenocarcinoma esofágico. Foi então submetida a esofagectomia, demonstrada no video, primeiramente o tempo abdominal, realizado por videolaparoscopia, podendo notar a necessidade de dissecação do estômago e ressecção das aderências próximas ao pouch gástrico para identificação do estômago excluso, utilizado para confecção do tubo gástrico, e secção da alça alimentar pré-cólica, sendo então prosseguido para a fase toracoscópica de dissecação do mediastino e isolamento do esôfago, seu grampeamento e anastomose cervical entre o esôfago cervica e o tubo gástrico através de grampeador circular número 33. CONCLUSÃO É possível concluir a necessidade do correto acompanhamento pós-operatório do paciente submetido a cirurgia bariátrica, principalmente por ser portador de diversos fatores de risco para o desenvolvimento de adenocarcinoma esofágico, cujos sintomas se assemelham com os de um paciente em pós-operatório, necessitando sempre de suspeição pela equipe responsável. O conhecimento da técnica correta de Ivor-Lewis permitiu à equipe adaptá-la para uma paciente já submetida a uma cirurgia abdominal prévia, com modificação da anatomia usual.

PALAVRAS-CHAVES: Bariátrica | Adenocarcinoma | Esofagectomia

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2459

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: CIRURGIA REVISIONAL APÓS BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX: QUAL A MELHOR OPÇÃO?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GUSTAVO PEIXOTO SOARES MIGUEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), ISAAC WALKER DE ABREU (HOSPITAL MERIDIONAL), CAROLINE GRAVEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GABRIELE CASTIGLIONI GAROZE (HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME SANTOS NEVES), HENRIQUE MOURA BRAGA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), THALES RIBEIRO DOS SANTOS VECCI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), RISIA PECINALI SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), VICTOR KIEFER FERREIRA (HOSPITAL MERIDIONAL)

RESUMO: Introdução. A cirurgia bariátrica é considerada o tratamento mais eficaz para perda de peso sustentada. Em 2013 foram realizadas 468609 cirurgias bariátricas no mundo, sendo o Bypass gástrico em Y de Roux o procedimento mais frequente, principalmente em países da América Latina. Sabe-se que 2,1 a 20% dos procedimentos necessitam de cirurgia revisional. O insucesso pode estar relacionado a complicações técnicas, dilatação do pouch gástrico, fístula gástrica e refluxo gastroesofágico, ou a fatores comportamentais como ausência de mudanças dos hábitos de vida. Descrição do vídeo O estudo tem por finalidade a apresentação de quatro casos de cirurgia revisional. O primeiro caso trata-se de uma fístula gastrogástrica. Realizado inicialmente identificação da fístula, posterior secção através de grampeamento linear e reforço das linhas de grampeamento. A paciente evoluiu com fístula gástrica de baixo débito no pós-operatório, resolvida com tratamento clínico. O segundo caso retrata também uma fístula gastrogástrica na qual se realizou secção. Devido ao aumento do tamanho da bolsa gástrica, colocado anel composto por fios de vicryl número zero e feito alongamento da alça biliopancreática. Terceiro caso trata-se de ressecção de fístula gastrogástrica. Realizado ressecção da fístula, com objetivo de diminuição do risco de formação de nova fístula. Produzido novo pouch gástrico de menor volume e feito nova gastroenteroanastomose. Realizado revisão da cavidade e fechamento de brecha mesentérica. O último caso trata-se de uma paciente com refluxo gástrico intenso e reganho de peso. Evidenciado aumento do hiato esofágico e realizado crurorrafia. Efetuado também a colocação de tela de polipropileno ao redor do pouch gástrico objetivando restrição gástrica. Conclusão. O aumento dos procedimentos bariátricos podem explicar o crescente número de cirurgias revisionais. Quando o reganho de peso ocorre devido a complicações técnicas, a cirurgia revisional poderá ser indicada. A melhor técnica a ser utilizada na cirurgia revisional depende da etiologia, visando menores índices de complicações pós-operatórias e sucesso na perda do excesso de peso.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia revisional | Cirurgia bariátrica | Fístula gastrogástrica

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2929

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Conversão de Sleeve Gastrectomy com Bypass intestinal em Bypass Gástrico. Cirurgia revisional

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUDMILLA DA SILVA BATISTA (PUC-GOIÁS), CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (UNIEVANGÉLICA), OSCAR BARROZO MARRA (HOSPITAL DO CORAÇÃO), RAFAEL INACIO GUIMARAES (HOSPITAL DO CORAÇÃO), JULIANO MARTINI (HOSPITAL DO CORAÇÃO), LARISSA CAMPOS BRAGA (PUC-GO), BEATRIZ FERREIRA CARVALHO (UNIEVANGÉLICA), TERUMY DA SILVA BATISTA (UNIEVANGÉLICA)

RESUMO: Introdução: A obesidade é uma doença multifatorial, relacionada com diversas causas, desde aquelas de ordem genética até as de ordem socioambiental. A obesidade mórbida, especificamente, é acompanhada por uma série de comorbidades como doenças cardiovasculares, respiratórias e metabólicas e, portanto, as circunstâncias em que esses pacientes se encontram são mais complexas. Desse modo, as terapias clínicas multimodais para obesidade mórbida são insuficientes, enquanto os procedimentos cirúrgicos bariátricos e metabólicos demonstram maior eficácia. A gastrectomia vertical ou sleeve gástrico (GVL) vem sendo o procedimento bariátrico mais realizado, em muitos países. No entanto, alguns dados de longo prazo demonstram muitas vezes insuficiente redução de peso. Há também sintomas gastroesofágicos, que geralmente são refratários ao tratamento clínico. Assim, alternativamente criou-se a conversão de GVL para Bypass gástrico em Y-de-Roux (BGYR). Este é o método de escolha, que promove redução de peso apesar das taxas de complicações um pouco superiores, mas com mortalidade inferior a 1%. Descrição do vídeo: O vídeo demonstra uma paciente, sexo feminino, 42 anos, submetida à cirurgia de Sleeve gástrico com Bypass intestinal há um ano que evoluiu com vômitos frequentes e perda de peso excessivo, tendo como causa uma subestenose na incisura angular gástrica sem resposta à dilatação endoscópica. Portanto, optou-se pela conversão para técnica de Bypass gástrico. Nesse procedimento, é realizada a secção horizontal do pouch da GVL, com grampeador linear, preservando os vasos sanguíneos e, em alguns casos, a redução do pouch é indicada para tubo gástrico dilatado; um grampeador linear é ajustado horizontalmente para delinear o pouch no BGYR; a alça aferente da anastomose gastrojejunal realizada é seccionada por grampeador linear para formar o Y-de-Roux. A alça alimentar de Y-de-Roux é criada através da divisão do jejuno abaixo do ligamento duodenojejunal. Em seguida, ela é medida e uma jejunojejunostomia mecânica laterolateral é criada, abaixo da gastrojejunoanastomose. Conclusão: Devido ao frustrante resultado dos pacientes com gastroplastia vertical revistos cirurgicamente sem realizar conversão para BGYR e, tendo-se em vista uma mortalidade inferior aos demais procedimentos, é conveniente executar a cirurgia simultaneamente com BGYR como primeiro procedimento revisional.

PALAVRAS-CHAVES: gastrectomia vertical | sleeve gástrico | Bypass gástrico em Y-de-Roux

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 2931

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Cirurgia Revisional - Conversão de Cirurgia de Scopinaro para Bypass Gástrico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUDMILLA DA SILVA BATISTA (PUC-GOIÁS), CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (UNIEVANGÉLICA), OSCAR BARROZO MARRA (HOSPITAL DO CORAÇÃO), RAFAEL INACIO GUIMARAES (HOSPITAL DO CORAÇÃO), JULIANO MARTINI (HOSPITAL DO CORAÇÃO), LARISSA CAMPOS BRAGA (PUC-GO), BEATRIZ FERREIRA CARVALHO (UNIEVANGÉLICA), TERUMY DA SILVA BATISTA (UNIEVANGÉLICA)

RESUMO: Introdução: Atualmente, a obesidade mórbida é um grande problema de saúde pública nos países industrializados. Nesse caso, o único tratamento eficaz a longo prazo reconhecido pelos cientistas é a cirurgia bariátrica. Segundo o Consenso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, as cirurgias bariátricas, independentemente da técnica, estão indicadas, em relação ao IMC. Pessoas com $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$, independentemente da presença de comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) e IMC entre 35 e 40 kg/m^2 na presença de comorbidades. As cirurgias bariátricas são divididas em cirurgias restritivas e mistas. As técnicas mistas mais conhecidas são: derivação biliopancreática com gastrectomia distal (Cirurgia de Scopinaro) e derivação gastrojejunal em Y-de-Roux. Existem situações em que uma cirurgia bariátrica necessita ser revisada e convertida em uma técnica distinta, seja por perda de peso inadequada, não adaptação à técnica ou reganho de peso. Descrição do vídeo: No vídeo, é demonstrada a conversão da cirurgia de Scopinaro para o Bypass Gástrico em uma paciente do sexo feminino, 48 anos, submetida a Scopinaro há seis anos, evoluindo com diarreia crônica (média de sete evacuações ao dia) e complicações perianais (fissuras e fístulas) sendo esta a indicação de conversão da técnica Scopinaro em Bypass gástrico e resolução dos sintomas. O bypass gástrico reduz a capacidade gástrica para um volume de aproximadamente 20 ml. O estômago remanescente, assim como o duodeno e os primeiros 50 cm de jejuno, ficam permanentemente excluídos do trânsito alimentar. Confecciona-se uma anastomose entre o pequeno reservatório gástrico a uma alça jejunal isolada em Y. As secreções provenientes do estômago e do duodeno excluídos desembocam no jejuno por uma anastomose de 100 cm a 159 cm abaixo do reservatório, distância que irá depender do IMC do paciente. Conclusão: Não existe nenhum nível de evidência A sobre qual é o melhor procedimento bariátrico primário para tratar a obesidade a longo prazo. A maioria dos investigadores opta pelo bypass gástrico para o procedimento bariátrico primário, deixando a cirurgia de derivação biliopancreática para casos selecionados, incluindo cirurgia de revisão para perda de peso inadequada. Ainda, caso seja realizada a cirurgia de derivação biliopancreática primariamente, o bypass gástrico em Y de Roux é considerado o procedimento revisional "padrão-ouro".

PALAVRAS-CHAVES: cirurgia de Scopinaro | Bypass Gástrico | Y de Roux

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 3019

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: NECROSE GÁSTRICA SUBTOTAL PÓS-PLICATURA GÁSTRICA - TRATAMENTO EMERGENCIAL UTILIZANDO A GASTRECTOMIA VERTICAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), LUDMILLA DA SILVA BATISTA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), ALEX BESSA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), GUILHERME SERONNI (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), FELIPE ARAÚJO LACERDA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), ISABELA SUAVINHA JAYME (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS)

RESUMO: Paciente feminina, 52 anos, branca, natural de Goiânia, Goiás. Há 4 dias foi submetida, em outro serviço, à plicatura gástrica para o tratamento não convencional da obesidade, quando se apresentava com 34 de IMC (SIC). Há 12 horas da internação iniciou com forte dor abdominal em andar superior que rapidamente se tornou difusa. Associado ao quadro e dor apresentou distensão abdominal com confusão mental, dificuldade para respirar (SIC) e está sem urinar há mais de 12 horas. Ao exame: confusa, em torpor, descorada (+++/4+); desidratada (+++/4+); taquipneica; cianose de extremidades com enchimento capilar muito ruim. MV bem diminuído nas bases. FR 32inc/min PA 50/?? # FC 142bpm # Sat O2 87% (ar ambiente) Abdome distendido difusamente com sinais evidentes e difusos de irritação peritoneal. RHA ausentes. Submetida rapidamente à reposição volemica com 3,5 litros de soro Ringer e 3 unidades de concentrado de hemácias e entubação oro-traqueal com ventilação mecânica. Após esses procedimentos de ressuscitação volêmica iniciamos Ceftriaxone 2g + metronidazol 500mg IV. Indicamos abordagem laparoscópica após melhora hemodinâmica com FC de 106bpm # PA 100/50 Torr (sem drogas vasoativas) e Sat O2 de 100% com 60 de FiO2. Encontramos cerca de 3,5 litros de líquido hemático na cavidade e necrose subtotal gástrica na área da plicatura prévia. Após apuração da cavidade optamos pela realização de gastrectomia vertical (SLEEVE) com lavagem da cavidade com cerca de 10 litros de soro fisiológico aquecido e drenagem com coto gástrico. Tempo cirúrgico de 100 minutos. Permaneceu internada durante 11 dias e recebeu alta no PO 12 sem qualquer morbidade. Hoje encontra-se no PO 19 meses com IMC de 26.

PALAVRAS-CHAVES: sleeve | plicatura | complicação

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 3042

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: TRATAMENTO DA SUPEROBESIDADE COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO PELA TÉCNICA DE MINIGASTRIC BYPASS COM VÁLVULA TIPO NISSEN.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), LUDMILLA DA SILVA BATISTA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), ALEX BESSA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), PHELPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), GUILHERME SERONNI (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), FELIPE ARAÚJO LACERDA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), LARA SILVA PAIXÃO (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS)

RESUMO: Paciente com IMC de 56; HAS; diabetes tipo 2 há 12 anos insulino dependente; síndrome da apnéia obstrutiva do sono; dislipidemia e insuficiência venosa de MMII. Portador de doença do refluxo gastroesofágico com uso crônico de IBO há mais de 20 anos, sem resposta. na endoscopia havia esofagite grau C com Barret, sem displasia. Após esclarecimento dos riscos e avaliação multidisciplinar com endocrinologista; pneumologista; cardiologista; nutricionista e psicóloga indicamos minigastric bypass com alça de 220cm e válvula tipo Nissen. Evoluiu bem, recentemente alta no PO 3. Encontra-se no PO 8 anos com IMC de 28, sem uso de hipoglicemiantes ou insulina mantendo níveis de glicemia de jejum máximo de 106 e HbA1c de 5,8. Endoscopia evidencia esofagite grau A e encontra-se assintomático da doença do refluxo gastro-esofágico.

PALAVRAS-CHAVES: doença do refluxo gastroesofágico | obesidade | tratamento cirúrgico

ÁREA: CIRURGIA DA OBESIDADE - METABÓLICA

CÓDIGO: 3107

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: HIATOPLASTIA no SLEEVE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: WILSON TORRES E SOUZA (IGASTRO), MARCIO ALEXANDRE PROSPERO (IGASTRO), FREDERICO ALVES NEGRAO (IGASTRO)

RESUMO: Apresentaremos a padronização para a realização da Hiatoplastia concomitante à Gastroplastia vertical (Sleeve), assim como suas indicações e critérios pré e per-operatório para a sua realização. Discutir-se-á posição da literatura mundial, em relação à este tema. Debater sobre a Validade deste procedimento, e sua morbi-mortalidade. Debater sobre a incidência de Refluxo Gastroesofágico pós-sleeve, e a eficácia da correção do alargamento hiatal durante o Sleeve

PALAVRAS-CHAVES: HIATOPLASTIA | GASTROPLASTIA VERTICAL | SLEEVE

CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 614

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: EFEITO ESTÉTICO DO ACESSO INFRA-AREOLAR VERSUS INFRA-MAMÁRIO NA SIMPATECTOMIA TORACOSCÓPICA NO TRATAMENTO DA HIPERIDROSE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: STEPHANIE ARAUJO MARQUES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LUNNA OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA LINS LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), ISABELLA PAIVA PALMEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GUSTAVO HENRIQUE BARBOZA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Objetivo: Comparar a factibilidade e o aspecto cosmético cicatricial dos acessos infra areolar versus o infra-mamário associados com o axilar para a realização da simpatectomia toracoscópica no tratamento da hiperidrose primária de ambos os gêneros em qualquer faixa etária. Descrição do vídeo: Estudo observacional retrospectivo de corte longitudinal constituído por portadores de hiperidrose primária submetidos à simpatectomia toracoscópica pelos acessos infra areolar ou infra mamário associado ao axilar operados de Janeiro de 2002 a janeiro de 2016. Analisou-se a factibilidade e o aspecto cicatricial da ferida cirúrgica com 7 e 360 dias pós-operatórios. Na realização da simpatectomia toracoscópica, a partir de 2002, passou-se a utilizar apenas dois acessos, sendo um axilar de 5 mm e outro infra mamário de 10 mm em nível do quinto espaço intercostal da linha hemiclavicular. As vias de acesso utilizando as incisões infra-areolar e axilar foram iniciadas no ano de 2004, em crianças de ambos os gêneros e em adultos do gênero masculino. Em 2008 passou-se a ser realizadas em mulheres de todas as idades. No período de 2004 a 2008, utilizava-se a incisão infra-areolar de 10 mm, em virtude da disponibilidade da óptica. De 2009 a 2016, optou-se pelo uso da óptica de 5 mm, mantendo a qualidade da imagem e possibilitando a redução da incisão infra-areolar para 5 mm. No período de 2002 a 2016, realizou-se simpatectomia endoscópica em 639 pacientes, sendo 45% do gênero feminino e 55% do masculino, com média de idade de 26,9 anos. Na via infra mamária verificou-se a presença de cicatrizes hipertróficas e queiloideanas, enquanto na via infra areolar não foram verificadas estas alterações. Não houve alterações nem perda de sensibilidade no complexo areolar em ambas vias utilizadas. A presença de aderências entre as pleuras parietal e visceral e de mamas volumosas dificultou, porém não impossibilitou, o ato operatório pelo acesso infra areolar mamário. A lactação não impediu, enquanto que a presença de prótese mamária contra indicou este acesso. Conclusão: A via de acesso infra areolar promove um melhor efeito cosmético cicatricial quando comparada a infra mamária na realização da simpatectomia toracoscópica para o tratamento da hiperidrose primária, tanto no gênero masculino quanto no feminino, em qualquer faixa etária.

PALAVRAS-CHAVES: simpatectomia | torácica | hiperidrose

ÁREA: CIRURGIA TORÁCICA (PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA)

CÓDIGO: 619

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: EFICÁCIA E SEGURANÇA DA SIMPATECTOMIA LOMBAR RETROPERITONIOSCÓPICA BILATERAL PARA TRATAMENTO DE HIPERIDROSE PLANTAR EM AMBOS O SEXOS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: STEPHANIE ARAUJO MARQUES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), LUNNA OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), HELDA CRYSTIANE CIRILO TELES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), NAIANA MOTA ARAÚJO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), ISABELLA PAIVA PALMEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), BÁRBARA FERNANDA PACHECO DA COSTA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Introdução: apresentar a factibilidade e os passos técnicos da simpatectomia lombar retroperitonioscópica bilateral e táticas utilizadas no tratamento cirúrgico da hiperidrose plantar primária em ambos os sexos. Descrição do vídeo: Realiza-se os procedimentos pré-operatório, com o paciente em decúbito dorsal com pequeno coxim em região lombossacra. Realiza-se incisão transumbilical com colocação de trocater de 5 mm e introdução da óptica, após realização do pneumoperitônio. Sob visualização da cavidade abdominal incisa-se transversalmente a pele em 5 mm no flanco direito. A seguir, introduz-se uma pinça hemostática divulsionando a musculatura até o peritônio parietal para a colocação de um trocater de 5 mm sob visão direta. Realiza-se a infusão de CO2 para a criação do retroperitônio. Uma outra incisão de 5 mm é realizada na pele a cada lado da incisão do flanco na linha axilar posterior para colocação dos trocateres. Identifica-se o músculo psoas e divulsiona-se o peritônio parietal posterior até a localização do simpático lombar. O nervo simpático é visualizado na borda medial do músculo psoas, à direita da coluna lombar, abaixo do ureter e veia cava inferior. Isolam-se e ressecam-se os gânglios L2, L3 e L4. Revisa-se a hemostasia, retiram-se os trocateres, sutura-se as incisões da pele e faz-se o curativo. Procedimento semelhante é realizado no lado esquerdo. O nervo simpático é visualizado na borda medial do músculo psoas, à esquerda da coluna lombar, abaixo do ureter e aorta abdominal. Os gânglios são enviados para exame anátomo-patológico. Realizou-se 115 simpatectomias (um dos lados não foi retirado o gânglio nervoso, e sim um linfático) lombares em 58 pacientes, sendo 38 do gênero feminino e 20 do masculino, não houve conversão para técnica por laparotomia. Inicialmente utilizava-se o intensificador de imagem para confirmar a posição dos gânglios no homem, com o intuito de evitar a retirada indevida do gânglio L1, porém atualmente não há necessidade, pois já se tem a convicção da localização do L2, tomando como referência a cicatriz umbilical. Não houve ejaculação retrógrada e nem aumento da sudorese compensatória. Atualmente, mesmo com a convicção de se tratar do gânglio simpático, a peça retirada ainda é encaminhada para exame anátomo-patológico. Conclusão: simpatectomia retroperitonioscópica lombar bilateral é um método seguro no tratamento da hiperidrose plantar primária em ambos os sexos.

PALAVRAS-CHAVES: simpatectomia | lombar | hiperidrose

CIRURGIA VASCULAR

ÁREA: CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO: 2527

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Escleroterapia química com Espuma para Tratamento da Insuficiência Venosa Crônica (IVC)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANA CAROLINA OLIVEIRA DA SILVA (FAMENE), LUCAS GERMANO FIGUEIREDO VIEIRA (FAMENE), AUGUSTO CEZAR LACERDA BRASILEIRO (FAMENE), ANA CLARA OLIVEIRA DA SILVA (FCM-PB), KAROLINE RODRIGUES COSTA ARAÚJO (FAMENE), WALDÊNIO ARAÚJO BARROS DOS SANTOS (FAMENE), ARTHUR GONÇALVES DE LIMA FRANÇA (FAMENE), GABRIELA DE LIMA FERREIRA LUCENA (FAMENE)

RESUMO: Introdução: A insuficiência venosa crônica (IVC) é uma doença de grande prevalência na população com capacidade de alterar a qualidade de vida do doente, e com um importante impacto socioeconômico. Dessa forma, na busca de métodos eficientes e com menores custos, escleroterapia com polidocanol em espuma, tem sido uma excelente alternativa no tratamento de veias safenas incompetentes e das suas tributárias. Descrição do vídeo: Para dar início ao procedimento, o eco-doppler do paciente é reavaliado e inicia-se a preparação da técnica em que é necessária a utilização de aparelho de ultrassonografia (USG), para guiar a aplicação e verificar a oclusão das veias insuficientes e da substância química esclerosante. Foi utilizado espuma polidocanol, preparada com uma mistura de 2ml de polidocanol a 3% e 8ml de ar ambiente, produzindo a espuma através da técnica de Tessari (torneira de 3 vias e 2 seringas de 10ml). A punção foi realizada com agulha butterfly 21G guiada por USG em pontos mais distais do membro enquanto a paciente encontrava-se em decúbito dorsal ou ventral a depender do ponto de aplicação. Em mesmo momento pôde-se visualizar a veia safena magna sendo ocluída em toda sua extensão (a olho nu e com o USG). Após a aplicação foi solicitado ao paciente para fazer movimentos repetidos de dorsiflexão e plantiflexão do tornozelo para acelerar o retorno do sistema venoso profundo e evitar trombose venosa profunda (TVP). Em seguida, foram colocadas as meias compressivas no paciente. Conclusão: A técnica de escleroterapia química com espuma é uma técnica de fácil aplicação, que pode ser repetida em várias sessões, não necessita de anestesia local e tem resultados muito satisfatórios que podem servir como uma alternativa rápida e barata à cirurgia (flebectomia), melhorando o acesso de muitos pacientes e gastos do governo.

PALAVRAS-CHAVES: insuficiência venosa crônica | varizes | escleroterapia

COLOPROCTOLOGIA

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 414

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Retossigmoidectomia laparoscópica com invasão de parede abdominal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CELENE BENEDITI BRAGION (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANIELLE DE CAMPOS PESETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: Muito se discute sobre a segurança oncológica em ressecções colorretais em tumores T4. Alguns autores alegam que a ressecção oncológica por laparoscopia é factível e segura, em contrapartida, há quem advogue que é mandatária a abordagem convencional em casos que ultrapassem a serosa. O caso a seguir trata-se de um vídeo de retossigmoidectomia laparoscópica com ressecção de parede de uma mulher, branca, 41 anos, casada, com queixa de hematoquezia há 6 meses. Colonoscopia evidenciou lesão ulcero-infiltrativa em transição descendente-sigmóide de 3 cm, procedido de tatuagem. Descrição do Vídeo: Foi realizado acesso laparoscópico que evidenciou cólon sigmoide aderido a parede peritoneal, e foi realizada retossigmoidectomia com ressecção de parede por laparoscopia em monobloco, com retirada da peça operatória por incisão prévia de Pfannestiel, com resultado patológico de adenocarcinoma. Paciente com boa evolução e alta hospitalar no sexto pós operatório. Conclusão: a videolaparoscopia mostra-se como via segura de abordagem em ressecções colorretais em neoplasias que ultrapassem a serosa.

PALAVRAS-CHAVES: Cirurgia videoassistida | Cólon sigmoide | Adenocarcinoma

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 437

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: APENDICECTOMIA RETROCECAL SUBHEPÁTICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IGOR ARANTES DE OLIVEIRA GÓES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CELENE BENEDITI BRAGION (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), VITOR RAFAEL PASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DENISEGRAFFITTI D'AVILA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), PAULA CRISTINA STEFFEN NOVELLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: o acesso laparoscópico tem ganhado grande espaço na abordagem das patologias inflamatórias do abdome. Na abordagem de apendicite aguda, a laparoscopia tem evidenciado menor índice de infecção dos sítios cirúrgicos. O trabalho tem como finalidade apresentar um vídeo de abordagem de apendicite por laparoscopia. Relato de caso: homem, 42 anos, com dor abdominal em flanco direito há 3 dias, febre e icterícia discreta. O hemograma evidenciou leucocitose com desvio a esquerda, e discreta elevação da bilirrubina indireta. Foi realizada tomografia computadorizada que confirmou apendicite retrocecal com continuidade do apêndice até o leito subhepático posterior ao cólon direito. Foi realizada apendicectomia por laparoscopia, utilizando 4 portais de trabalho com retirada do apêndice pelo portal umbilical. Paciente evoluiu bem, com alta hospitalar no terceiro dia de pós operatório. Conclusão: a laparoscopia é uma via factível de acesso a apendicite retrocecal subhepática evitando grandes laparotomias.

PALAVRAS-CHAVES: APENDICITE | CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA | ABDOME AGUDO

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 780

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Ressecção ileocecal totalmente laparoscópica no tratamento da endometriose intestinal: descrição de técnica a favor de melhor resultado funcional e cosmético.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), SIDNEY TOMYO (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS), MARCELLI TAINAH MARCANTE (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), VICTOR E. SEID (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: A endometriose é uma doença estrógeno-dependente que acomete mulheres em idade reprodutiva principalmente entre 25 e 35 anos, com grande impacto em sua qualidade de vida e fertilidade. Sua prevalência é de cerca de 10% da população feminina o que ressalta sua importância. A endometriose intestinal é definida pela invasão de ao menos a camada muscular e ocorre entre 8 e 12% das mulheres com endometriose. Nesses casos pode ser multicêntrica em até 40% o que justifica em muitos casos ressecções de diversos segmentos intestinais em um mesmo procedimento. Por ser considerada uma patologia benigna, ressecções regradas econômicas são advogadas, minimamente invasivas e com o menor impacto possível na fisiologia evacuatória. Ressecções de lesões em apêndice são mandatórias pelo risco elevado de tumor carcinoide de apêndice associado, ao passo que lesões em íleo terminal tendem a ser operadas mesmo quando assintomáticas pelo risco de sintomas obstrutivos mais frequentes nessa localização dado o menor calibre dessas alças. Aspectos relacionados ao diagnóstico da endometriose nessa topografia, mas sobretudo em relação à melhor opção de cirurgia minimamente invasiva, de reconstrução e de incisões auxiliares permanecem indefinidas. O presente vídeo demonstra a técnica proposta para a abordagem por ressecção do íleo terminal e ceco por endometriose profunda. Trata-se de lesões multicêntricas em região de íleo terminal próximo à válvula ileocecal, ressecadas com auxílio de endogrampeador articulado e anastomose totalmente intracorpórea a fim de minimizar a mobilização e ressecção das alças intestinais envolvidas e limitar o trauma à parede abdominal com uma menor incisão auxiliar para remoção da peça. Essa opção técnica favorece os desfechos de menor tempo de internação hospitalar, recuperação mais precoce, efeito cosmético superior e mais breve retorno às atividades diárias.

PALAVRAS-CHAVES: Endometriose | Videolaparoscopia | Ressecção Ileocecal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1815

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Prolapso Retal: Retopexia Ventral Laparoscópica uma alternativa de tratamento.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), MARCELLI TAINAH MARCANTE (HIAE), VICTOR E. SEID (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: O prolapso ou procidência retal é definida como a extrusão de todas as paredes do reto através dos músculos anais além do anel vaginal. Diversas condições anatômicas estão associadas ao prolapso retal, incluindo a tecidos retais frouxos, ao fundo de saco de Douglas mais profundo, a deficiência na fixação do reto ao sacro e a redundância do cólon sigmoide. A cirurgia é o único tratamento curativo para o prolapso retal, existindo diversas técnicas descritas para a correção diferindo no aspecto da abordagem: abdominal x perineal. A retopexia ventral laparoscópica (RVL) é um opção cirúrgica minimamente invasiva que vem ganhando espaço no tratamento do prolapso retal externo e também para os pacientes com obstrução da evacuação associada a intussuscepção retal (prolapso oculto) com ou sem incontinência fecal. Há várias vantagens associadas a essa técnica operatória. É possível corrigir além do prolapso retal outros defeitos pélvicos como retoceles e ainda pode ser combinada a outras técnicas como a sacrocolpopexia, especialmente para pacientes com múltiplos defeitos do assoalho pélvico. No vídeo apresentado, trata-se do caso de uma mulher de 72 anos com procidência do reto, que foi submetida a Retopexia Ventral Laparoscópica. Após uma incisão em LJ invertido interessando o peritônio do fundo de saco retovaginal, a face anterior do reto é dissecada para junto à face posterior da vagina até o nível do assoalho pélvico. Não há dissecação posterior ou lateral. Em seguida, o promontório revestido pela fásia parietal é exposto em uma região circunferencial de cerca de 2-3 cm de forma a permitir a fixação confortável da tela. Foi utilizada para a fixação uma tela de polipropileno de baixa gramatura revestida em uma das faces por poliglecaprone (Proceed™). Essa tela foi locada longitudinalmente na face anterior do reto extraperitoneal e, daí, ao promontório sacral. O peritônio do cul de sac foi fechado. A retopexia ventral laparoscópica é um procedimento que demanda técnica e requiere dissecação retovaginal, em mulheres e retovesical nos homens, e habilidades de sutura laparoscópica dentro de um espaço confinado, o que traz dificuldade. Porém os resultados, quando realizados em mãos habilidosas, demonstram vantagens que superam os obstáculos impostos pela cirurgia, por se tratar de um procedimento minimamente invasivo comparativamente a outras técnicas.

PALAVRAS-CHAVES: Prolapso Retal | Videolaparoscopia | Retopexia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1820

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Retossigmoidectomia videolaparoscopica com anastomose colorretal primaria

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO VINÍCIUS SUARTZ (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO), CAROLINE DO VALLE ROTTER (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO), GEORGE FELIPE BEZERRA DARCE (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO), RENAN AGUERA PINHEIRO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO), JEAMMY ANDREA PEREZ PARRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO), CARLOS AUGUSTO METIDIERI MENEZZOZZO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO), ADILSON COSTA RODRIGUES JR (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: A doença diverticular dos cólons é causa relevante de internações hospitalares e em seu espectro clínico pode cursar com variadas manifestações. A maioria dos doentes que apresentam quadro de diverticulite aguda poderão ser tratados de forma exclusivamente clínica, entretanto uma parcela desses doentes necessitarão de abordagem cirúrgica. Descrição: O caso trata de um paciente de 54 anos com episódio prévio de diverticulite aguda Hinchey II que foi submetido a drenagem guiada por tomografia associada a antibioticoterapia. Evoluiu com melhora clínica e após seis semanas foi submetido a retossigmoidectomia em caráter eletivo. O Vídeo apresenta inicialmente a posição dos portais videolaparoscópicos, sendo um umbilical, um em flanco esquerdo e outros dois em hipocôndrio direito e fossa ilíaca direita. Realizada inspeção da cavidade abdominal com presença de plastra inflamatória volumosa com aderência de cólon esquerdo, jejuno, epíplon e parede abdominal. Prosseguimento com liberação de aderências com posterior mobilização do sigmóide. Dissecção e ligadura da artéria e veia mesentérica superior proximal ao reto e ao sigmóide com hemolock e clipe. Dissecção da região medial ao sigmóide em direção lateral seguida de dissecção da região lateral em direção medial. Desperitonização do reto na topografia da reflexão peritoneal com sua posterior liberação para passagem de grampeador GIA. Grampeamento e secção do reto médio. Realizada sutura da peça com fios de prolene e sua retirada por incisão de Pfannenstiel. Passagem de grampeador circular pela região anal com acomplamento entre colon descendente e reto. Realização da anastomose colorretal com alocação de dreno de Blake em posição pélvica. O paciente evoluiu com boa aceitação da dieta no pós-operatório, sem comprometimento infeccioso ou com sinais sugestivos de deiscência da anastomose colorretal. Recebeu alta hospitalar no sétimo pós-operatório. Conclusão: O tratamento das complicações da doença diverticular dos cólons por via laparoscópica se consolida como alternativa a cirurgia aberta e se apresenta como método seguro e eficaz. A apresentação de um tempo de internação reduzido, a menor perda sanguínea e o retorno mais rápido as atividades diárias são características a serem levadas em consideração na escolha da via de abordagem cirúrgica. Entretanto, se faz necessário treinamento específico e continuado para garantir um menor tempo cirúrgico e eficácia no procedimento.

PALAVRAS-CHAVES: diverticulite | videolaparoscopia | retossigmoidectomia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1844

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Dissecção interesfincteriana via perineal após Retossigmoidectomia com Excisão Total do Mesorreto Videolaparoscópica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), MARCELLI TAINAH MARCANTE (HIAE), VICTOR E. SEID (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: O câncer de reto teve um aumento de incidência perceptível nos últimos anos, sendo que cerca de 60% das neoplasias do intestino grosso estão localizadas no reto. Grandes avanços no tratamento do câncer do reto como a terapia neoadjuvante, o advento da excisão total do mesorreto e mesmo a terapia de ressecção local isolada empregando ressecção endoscópica aumentaram as taxas de preservação esfinteriana para os tumores do reto distal localizados próximos ao aparelho esfinteriano. As ressecções interesfincterianas estão indicadas para os casos onde o estadiamento após quimio e radioterapia neoadjuvantes indica que a invasão neoplásica, para esses tumores ultrabaixos, tem como limite profundo o músculo esfíncter interno do ânus. Elas podem ser totais ou parciais, estão bem padronizadas e podem ser realizadas, como apresentaremos a seguir no vídeo, por videolaparoscopia, resultando na tremenda vantagem de uma operação totalmente laparoscópica com extração do espécime por orifício natural (NOSE, do inglês natural orifice specimen extracion).O vídeo trata-se de um caso de um paciente jovem, sexo masculino, com adenocarcinoma de reto distal (rmyT3N1N1) e tocável ao nível da linha pectínea. O paciente foi submetido a retossigmoidectomia videolaparoscópica e após os tempos abdominais (tratamento da VMI, mobilização do ângulo esplênico, tratamento da AMI e ETM) inicia-se o tempo perineal com ressecção interesfincteriana total ou completa por via transperineal, NOSE, anastomose coloanal término-terminal manual e ileostomia de proteção.A ressecção interesfincteriana é uma técnica utilizada visando a preservação da função do esfíncter anal, indicada para o manejo do câncer do reto localizado a menos de 4 cm da borda anal. Em nossa prática, a retossigmoidectomia e a excisão total do mesorreto é sempre realizada por videolaparoscopia. Para um bom resultado, além da experiência do cirurgião deste, é necessário extremo cuidado para evitar perfuração do retal parede e para preservar completamente o músculo esfíncter externo.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor de Reto | Videolaparoscopia | Interesfincteriana

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1845

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Cirurgia Minimamente Invasiva Transanal para Excisão Total do Mesorreto (TAMIS - TME) após Retossigmoidectomia Videolaparoscópica em pacientes com Tumor de Reto

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), MARCELLI TAINAH MARCANTE (HIAE), VICTOR E. SEID (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: No início dos anos 1980, Prof Gerhard Buess, inspirado pela baixa visibilidade pela TAE (transanal- excisions) desenvolveu a microcirurgia endoscópica transanal (TEM ? transanal endoscopic microsurgery) e a partir dela surgiu a cirurgia minimamente invasiva transanal (TAMIS ? transanal minimally invasive surgery). A partir desta técnica é possível utilizar insufladores, câmera e pinças laparoscópicas em um dispositivo portal único (single port) que permite o desenvolvimento de uma técnica híbrida para o tratamento do câncer colorretal. Sabe-se que a excisão total do mesorreto (ETM) pode ser especialmente difícil quando realizada por via de acesso exclusivamente abdominal, ainda que laparoscópica ou robótica, para pacientes obesos, sexo masculino, portadores de tumores distais situados na face anterior do reto e com pouca ou nenhuma resposta ao tratamento neoadjuvante. Nessas situações, a excisão total do mesorreto transanal, se apresenta como uma alternativa atraente. Nessa operação, procede-se a uma abordagem abdominal e transanal para completar a ETM. A parte abdominal da operação é concluída primeiro por via laparoscópica multiportais, e após término dos tempos operatórios, a plataforma SILSPort™ (Medtronic Covidien) é empregada para a ETM transanal. O reto distal foi inicialmente ocluído por sutura em bolsa e a dissecação retal no sentido cranial feita com o auxílio do pneumorreto primeiramente na face posterior, depois na anterior e, por último nas laterais, estritamente seguindo o mesmo plano embriológico de dissecação seguido durante a ETM minimamente invasiva. Ao término da dissecação ?retrógrada?, todo o cólon esquerdo é mobilizado e exteriorizado pela rima anal. O espécime é trans-seccionado e procede-se à confecção de uma anastomose coloanal término-terminal com emprego do grampeador circular e ileostomia de proteção. Concluímos pela experiência com nossos pacientes que a abordagem por TAMIS-TME é vantajosa devido à localização do tumor e a facilidade que a técnica oferece comparativamente a outras técnicas. Embora a segurança oncológica associada a TAMIS-TME necessite ser validada em um número maior de casos de preferência em estudos multicêntricos prospectivos, desafios de implementação estão previstos uma vez que a TAMIS-TME deve ser uma indicação para casos selecionados onde se espera um obstáculo associado à ETM por videolaparoscopia ou robótica.

PALAVRAS-CHAVES: TAMIS - TME | Tumor de Reto | Cirurgia Minimamente Invasiva

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1932

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Mobilização do Ângulo Esplênico para Cirurgia Robótica Colorretal

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), MARCELLI TAINAH MARCANTE (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), VICTOR E. SEID (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: No ano de 2008, foi descrita pela primeira vez uma retossigmoidectomia robótica realizada através de um único docking do carrinho do paciente desde a mobilização do ângulo esplênico até a excisão total do mesorreto sem reposicionamento por Hellan. Apresentando a maior vantagem dessa técnica o ganho de tempo ao prescindir do reposicionamento do carrinho do paciente. Porém, essa opção apresenta um obstáculo a mobilização do ângulo esplênico que é realizada através da manipulação de somente dois braços robóticos. O objetivo deste vídeo é propor uma sistematização para a liberação do ângulo esplênico com assistência robótica empregando técnica de único docking e um único reposicionamento de braços para a dissecação pélvica. O caso apresentado neste vídeo trata-se de um paciente, 48 anos, sexo feminino, com indicação de tratamento cirúrgico eletivo para diverticulite de sigmoide, que apresentava crises recorrentes. A mesma foi submetida a uma colectomia esquerda robótica, onde tentamos demonstrar a mobilização do ângulo esplênico pela nossa padronização. São utilizados seis portais, sendo a câmera no portal umbilical. O braço 1 ocupa portal na FID e o braço 2, na FIE. Para a mobilização do ângulo, o braço 3 ocupa portal no HCD. Um portal laparoscópico auxiliar, também no HCD (lateral) é empregado no início da cirurgia. Um portal robótico no HCE será ocupado por uma pinça laparoscópica para auxiliar na mobilização do ângulo. Posteriormente, para a dissecação do sigmóide e do reto superior, esse portal do HCE será ocupado pelo braço robótico 3. Para a mobilização do ângulo esplênico, a mão dominante do cirurgião manipula o braço 1 (FID), a mão não-dominante instrumenta o braço 3 (HCD), o braço 2 (FIE) apoia o sigmóide e o assistente manipula os portais laparoscópico no HCD e no HCE. Como resultado, a triangulação persiste otimizada. A mobilização do ângulo esplênico empregando único docking com reposicionamento dos braços é atribuída aos cirurgiões coreanos da Korea e Yonsei University. No entanto, a taxa de mobilização do ângulo esplênico publicada por essas equipes é baixa. A sistematização demonstrada empregando pinças manipuladas por laparoscopia objetiva validar a abordagem para a mobilização robótica do ângulo esplênico, a qual fazemos de rotina durante a colectomia esquerda e retossigmoidectomia.

PALAVRAS-CHAVES: Robótica | Retossigmoidectomia | Ângulo esplênico

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 1988

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Ressecção de tumor retrorretal por laparoscopia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROGER BELTRATI COSER (HCFMUSP / HAOC), ARCEU SCANAVINI NETO (HCFMUSP / HAOC), CRISTINA ANTON (ICESP), AUGUSTO QUARESMA COELHO (HCFMUSP / HAOC), FELIPE ALEXANDRE FERNANDES (HCFMUSP / HAOC), RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO (HCFMUSP / HAOC), CLAUDIO JOSE CALDAS BRESCIANI (HCFMUSP / HAOC)

RESUMO: Introdução A região pre-sacral pode abrigar diversos tipos de tumores raros, em sua maioria de origem congênita. Dentre estas lesões, os cistos de desenvolvimento são as mais comuns. Elas são classificadas em epidermóides, dermóides, entéricas e neuroentéricas. Os cistos epidérmicos são mais comuns em mulheres, com frequência de apresentação entre 0,9 e 12,5% dos tumores pré sacrais. Estas lesões geralmente são benignas, mas, apesar de raras e frequentemente assintomáticas, apresentam potencial de malignização e também de infecções recorrentes. O diagnóstico definitivo dificilmente é estabelecido apenas com exames de imagem e exame físico, e a biópsia pode trazer complicações, o que justifica sua ressecção cirúrgica mesmo em pacientes assintomáticas. A ressecção pode ser feita por laparotomia, laparoscopia ou por abordagem posterior, e a indicação da via de acesso depende de fatores como a altura da lesão, suas características, seu tamanho e possíveis aderências a outras estruturas. A ressecção por via laparoscópica, quando possível, pode trazer grande benefício na recuperação pós operatória dos pacientes. Descrição do vídeo: Apresentação do caso da paciente F.F.F., sexo feminino, 48 anos, com lesão cística pré sacral com cerca de 2,5cm de diâmetro. Apresentação de vídeo demonstrando técnica cirúrgica laparoscópica para retirada de lesão cística pré sacral. Foram utilizados 4 portais, 1 de 12mm no umbigo, 1 de 5mm em fossa ílica direita, 1 de 5mm em hipocôndrio direito e 1 de 5mm em fossa ílica esquerda. Realizada dissecação retroperitoneal pélvica pela esquerda e posterior ao reto, após identificação e preservação do ureter esquerdo. Identificada lesão retrorretal baixa na pelve, em íntimo contato com musculatura do assoalho pélvico. Realizada ressecção completa da lesão, com retirada da cavidade com endocatch e envio para anatomopatológico, realizado fechamento do peritônio lateral pélvico com sutura contínua. O exame anátomo patológico mostrou tratar-se de cisto epidermoide. A paciente recebeu alta no 2o. dia pós operatório e não apresentou complicações. Conclusão: A videolaparoscopia pode ser empregada com segurança e eficácia no tratamento de casos selecionados de lesões pré sacrais, proporcionando aos pacientes as vantagens da cirurgia minimamente invasiva.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor retro retal | Cisto epidermoide | Tumor pré sacral

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2115

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Colectomia Direita Robótica: Padronização técnica com anastomose intracorpórea

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SERGIO EDUARDO ALONSO ARAUJO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), ALEXANDRE BRUNO BERTONCINI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), MARCELLI TAINAH MARCANTE (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), VICTOR E. SEID (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

RESUMO: A cirurgia robótica tem sido uma tecnologia útil para disseções e atualmente entende-se que a excisão total do mesorreto parece ser o procedimento melhor delineado para ser realizado com assistência robótica. A colectomia direita vem sendo proposta como uma ferramenta de treinamento, em vigência da falta de padronizações técnicas descritas na literatura, em contra partida a cirurgia realizada por via laparoscópica já está bem descrita e com altas taxas de sucesso. Porém, assim como no início da videocirurgia convencional, as padronizações técnicas foram desenvolvidas após diversas tentativas e erros. As atuais descrições para a colectomia direita robótica referem sobre o emprego de dois braços robóticos o que resulta em um desnecessário maior tempo operatório comprovado na literatura, ou mesmo realizando-se a reconstrução do trânsito por uma anastomose extracorpórea, que é mais trabalhosa do que se a assistência robótica for provida durante toda a operação. No vídeo foi demonstrado o caso de um paciente submetido a colectomia direita robótica após ressecção endoscópica de adenocarcinoma pT1 do cólon ascendente. A cirurgia foi toda realizada via robótica tendo o único tempo laparoscópico a transecção dos ligamento redondo e falciforme com posicionamento do cólon transversal sobre o fígado. Empregou-se 5 portais e a anastomose foi realizada intracorpórea. Os passos técnicos fundamentais como: controle vascular dos vasos ileocólicos precedendo a disseção médio-lateral completa, a liberação do mesentério do íleo terminal, o descolamento intercoloepiplóico com confecção da anastomose ileocólica lateral isoperistáltica mecânica, e o fechamento da brecha mesocólica são apresentados e realizados sob assistência robótica. O espécime foi extraído ao final da operação por pequena incisão periumbilical. A disseção foi realizada com eletrocautério monopolar e o tratamento vascular com energia ultrassônica. A colectomia direita robótica é um procedimento ainda experimental, carecendo de padronizações técnicas. Ao comparar com a colectomia videolaparoscópica parece não haver tanta vantagem, sobretudo por que estamos comparando um procedimento altamente sistematizado a um procedimento que ainda não tem execução passo-a-passo validada, com impacto direto sobre evitar a falha de progressão. Neste caso, em específico, foi obtido um ótimo resultado pós operatório com a padronização sugerida pela equipe.

PALAVRAS-CHAVES: Colectomia Direita | Cirurgia Robótica | Anastomose intracorpórea

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2401

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Ressecção Abdominal extra elevadores em dois tempos: video demonstrativo da técnica operatória.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: AUGUSTO QUARESMA COELHO (FACULDADE DE MEDICINA DA USP), RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO (FACULDADE DE MEDICINA DA USP), FELIPE ALEXANDRE FERNANDES (FACULDADE DE MEDICINA DA USP), ANGELITA HABR-GAMA (INSTITUTO AJ GAMA), GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO (INSTITUTO AJ GAMA), BRUNA BORBA VAILATI (INSTITUTO AJ GAMA), RODRIGO OLIVA PEREZ (INSTITUTO AJ GAMA)

RESUMO: Introdução: A ressecção abdominoperineal (APE) continua a ser o tratamento de escolha para o câncer de reto distal quando a preservação do esfíncter anal é inviável. A abordagem cirúrgica extra elevadores (ELAPE) foi sugerida para evitar a conização do espécime cirúrgico ao nível anorretal e obter uma peça cilíndrica, diminuindo assim o risco de perfuração e margens positivas. Embora tais assertivas não sejam consensuais na literatura, a técnica continua a ser implementada com segurança, e seus benefícios continuam a ser estudados em diversos centros clínicos de pesquisa. VídeO: O vídeo apresenta a ressecção utilizando a técnica extra elevadores em dois tempos. O primeiro tempo da cirurgia (tempo abdominal) é realizado em posição supina, e é terminado após a ressecção atingir o nível das vesículas seminais ou a cúpula vaginal anteriormente e o ligamento retococcígeo posteriormente. O tempo perineal é realizado em posição prona, com o cóccix ressecado para facilitar a comunicação com a porção abdominal. Realiza-se a ressecção dos músculos elevadores do anus sob visão direta, e o espécime é evertido para dissecação da parede anterior. O fechamento da brecha perineal é feito com uma malha biológica nas margens dos elevadores.

PALAVRAS-CHAVES: ELAPE|extra elevadores|abdominoperineal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2408

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Tratamento de GIST anal com cirurgia endoscópica transanal (TEM)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FELIPE ALEXANDRE FERNANDES (FACULDADE DE MEDICINA DA USP), AUGUSTO QUARESMA COELHO (FACULDADE DE MEDICINA DA USP), RAFAEL ULYSSES DE AZEVEDO (FACULDADE DE MEDICINA DA USP), ANGELITA HABR-GAMA (INSTITUTO AJ GAMA), GUILHERME PAGIN SÃO JULIÃO (INSTITUTO AJ GAMA), BRUNA BORBA VAILATI (INSTITUTO AJ GAMA), RODRIGO OLIVA PEREZ (INSTITUTO AJ GAMA)

RESUMO: Introdução: O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é um tumor mesenquimal raro derivado das células de cajal. O tumor tem apresentação variável no aparelho digestivo, podendo acometer do esfôfago ao ânus, sendo o mais comum no estômago. O tratamento cirúrgico com ressecção com margens estreitas é padrão ouro no tratamento do GIST. Vídeo: no vídeo apresentado, observa-se o tratamento cirúrgico de um GIST anal por ressecção transanal endoscópica (TEM). O vídeo mostra a definição das margens, a ressecção da mucosa anal com espécime cirúrgico não fragmentado. O fechamento da brecha residual é feito com sutura contínua e é realizado a revisão hemostática da mucosa retal.

PALAVRAS-CHAVES: GIST|cirurgia endoscópica transanal|endoscopia transanal

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2533

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Peritonectomia por laparoscopia associada a colectomia direita para complementação do tratamento da neoplasia maligna mucinosa do apêndice vermiforme

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JESSE AUGUSTO CASTRO NASCIMENTO (INSTITUTO SORBELLO), MAURICIO PAULIN SORBELLO (INSTITUTO SORBELLO), EMERSON NOGUEIRA PRADO (INSTITUTO SORBELLO), JORGE SABAGA (INSTITUTO SORBELLO), ALBINO AUGUSTO SORBELLO (INSTITUTO SORBELLO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O tratamento de achados inesperados após apendicectomia varia de nenhum outro tratamento cirúrgico à colectomia direita e até à quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (QIH) em alguns casos. O adenocarcinoma mucinoso de apêndice vermiforme pode ser um achado anatomopatológico inesperado, acontecendo em menos de 1% das apendicectomias. Quando este tipo de neoplasia está restrito ao órgão, a colectomia direita com linfadenectomia é suficiente para proporcionar uma ressecção oncológica. Porém, quando há o comprometimento peritoneal ou quando não se pode ter uma avaliação completa das margens cirúrgicas ? devido apêndice fragmentado ? a peritonectomia com ou sem QIH deve ser indicada. OBJETIVO: Apresentar o vídeo de uma peritonectomia por laparoscopia associada a colectomia direita para complementação do tratamento da neoplasia maligna mucinosa do apêndice vermiforme. DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente sexo masculino com 31 anos de idade e história prévia de apendicectomia laparoscópica. Laudo anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma mucinoso de apêndice vermiforme com invasão do mesoapêndice, porém margens de ressecção não avaliáveis devido material fragmentado. Estadiamento com ressonância magnética mostrou conglomerado linfonodal mesentérico em flanco direito e PET CT evidenciou lesão em região pericecal com aumento do metabolismo glicolítico. Foi indicada peritonectomia por laparoscopia associada a colectomia direita. Foram usados cinco trocateres. A secção do íleo terminal e cólon foram feitas com stapler endoscópico, assim como a anastomose intracorpórea. Foi utilizado infiltração de água destilada no espaço pré-peritoneal para facilitar a peritonectomia parietal anterior do quadrante inferior e superior direito. O procedimento durou 465 minutos, o sangramento foi mínimo e não houveram intercorrências. O paciente recebeu alta no 4º dia de pós-operatório. CONCLUSÕES: Os autores concluem que a via de acesso puramente laparoscópica para peritonectomia associada a colectomia direita é factível e pode ser realizada com segurança. Pode ser indicada para casos selecionados onde se tem doença localizada, oferecendo a estes pacientes o benefício de uma cirurgia oncológica minimamente invasiva.

PALAVRAS-CHAVES: Peritonectomia laparoscópica | Adenocarcinoma mucinoso | Apêndice vermiforme

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2535

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: RESSECÇÃO LAPAROSCOPICA DE TUMOR DE SIGMOIDE COM INVASÃO DE ESTRUTURAS RETROPERITONEAIS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ZIADE GIL (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), SIDNEY MORENO GIL (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), JULIANA CHALELA AYUB (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), FELLIPE SILVEIRA SOUTO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), RAPHAEL DE OLIVEIRA ZUANAZZI (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), JOÃO PAULO DA SILVA DIAS (HOSPITAL SÃO DOMINGOS)

RESUMO: RESSECÇÃO LAPAROSCOPICA DE TUMOR DE SIGMOIDE COM INVASÃO DE ESTRUTURAS RETROPERITONEAIS

Autores: Dr Sidney Moreno Gil, Dr Bruno Ziade Gil, Dra Juliana Chalela Ayub, Dr Fellipe Silveira Souto, Dr João Paulo da Silva Dias, Dr Raphael de Oliveira Zuanazzi

RESUMO Paciente com diagnóstico de tumor de sigmóide (Adenocarcinoma),

diagnosticada através de colonoscopia com biópsia e estadiada por tomografia computadorizada, que evidenciou metástases. Foi indicado tratamento cirúrgico para ressecção do tumor, optando-se pela via laparoscópica. Durante o intra-operatório foi observada invasão do tumor em estruturas retroperitoneais como ureter esquerdo e vasos gonadais.

Optamos por seguir pela mesma via, tendo em vista o não comprometimento da técnica cirúrgica.

INTRODUÇÃO Paciente feminino, JCV, 35 anos sem comorbidades prévias conhecidas, refere dor abdominal do tipo cólica e enterorragia

desde outubro de 2015, relata ter realizado colonoscopia há 1 mês que evidenciou tumoração em sigmóide. Realizada

tomografica computadorizada que demonstrou metástases hepáticas. Admitida no serviço de Cirurgia Geral do Hospital

Unimed São Domingos, em Catanduva-SP no dia 21-11-2016, para preparo de cólon, sendo submetida a

retossigmoidectomia videolaparoscopia com anastomose colo retal no dia 23-11-2016, durante o intra-operatório, foi

observada invasão do tumor no retroperitônio, acometendo vasos gonadais que foram ligados e ureter esquerdo. Jcv,

evoluiu bem recebendo alta hospitalar no dia 26-11-2016 recebendo segmento da doença com o serviço de oncologia.

DESCRIÇÃO Realizada retossigmoidectomia videolaparoscopia com anastomose colo retal, para ressecção de tumor

de sigmóide com invasão de estruturas retroperitoneais. **CONCLUSÃO** O presente video teve como objetivo

demonstrar a eficácia da cirurgia videolaparoscópica em tratamento de tumores invasivos e com metástases. Em casos

de invasão de estruturas retroperitoneais, não houve prejuízo em relação a técnica cirúrgica ou comprometimento dos

critérios oncológicos, quando comparada a laparotomia. Concluímos assim uma menor resposta endocrinometabólica ao

trauma cirúrgico e menor tempo de internação hospitalar.

PALAVRAS-CHAVES: Tumor de Sigmoides | Laparoscopia | Estruturas retroperitoneais

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2737

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Retossigmoidectomia Videolaparoscopia 3 portais

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO MONTORO NETO (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS), MIRELLA DE FATIMA FUKUDA (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS), FELIPE ARAUJO DE SOUZA (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS), MARCELA QUEIROZ (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS), GABRIELA LORENCINI (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS), VICTOR MANUEL SIMOES DOS SANTOS JUNIOR (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS), ANEL JUAREZ CABALLERO (HOSPITAL ANA COSTA SANTOS)

RESUMO: Introdução: O nascimento da laparoscopia pode ser atribuído a Georg Kelling, cirurgião alemão de Dresden. Em 1901 descreveu a "celioscopia", técnica pela qual enchia o abdômen de um cão vivo com ar e inseria um cistoscópio de Nitze para inspecionar as vísceras (Kelling, 1901). RJSP, sexo feminino, 61 anos, natural e procedente de Santos/SP,

portadora de dislipidemia e osteopenia, com quadro de flatulência e mudança do padrão de evacuação (constipação e diarreia) há 7 meses. Cesariana prévia há 33 anos e histerectomia por mioma há 20 anos, Nega outros sintomas como: perda de peso, náusea, vômito, inapetência e febre. Descrição do vídeo Paciente em posição de litotomia sob anestesia geral Antissepsia com clorexidina alcoólica 2% + campos estéril Incisão periumbilical com disseção por planos até aponeurose + confecção de pneumoperitônio com agulha de Veres + passagem de trocater de 12mm descartável.

Incisão em flanco direito e fossa ilíaca direita com passagem de trocateres de 5mm e 12mm, respectivamente, sob visão. Inventário de cavidade: Evidenciado pequena quantidade de líquido livre em pelve (coletado para análise). Visualizada tatuagem em cólon sigmoide. Metástase em outros órgãos não visualizado. Dissecção de mesocolon esquerdo e fásia de Toldt com bisturi harmônico. Dissecção de mesocolon e identificação da mesentérica inferior. Realizado clipagem do mesmo com Hemolock (proximal) e LT300 (distal). Revisão de hemostasia com harmônico

Deslocado colon esquerdo até ângulo esplênico. Realizado grampeamento de retossigmoide com Echelon (carga dourada). Incisão em flanco esquerdo com abertura por planos até cavidade abdominal. Exteriorização de cólon esquerdo, realizado ressecção e sutura (pinça de reto + nurolyn 2-0). Inserido ogiva (CDH29). Colocação de CDH29 e realizado anastomose primária término-lateral. Sem apresentar torção ou tração de seguimento colônico.

Retirado trocater sob visão + desfeito pneumoperitônio. Sutura de incisão em flanco com prolene 0 em pontos separados + sutura de pele com nylon 4-0. Sutura de pele com nylon 4-0 em incisão periumbilical + flanco direito e fossa ilíaca. Limpeza e curativo. Conclusão: Retossigmoidectomia por videolaparoscopia está cada vez mais demonstrando superioridade ao procedimento aberto convencional. Foi demonstrado uma variação no número de portais a serem utilizados tendo sucesso no seu resultado final, sendo assim uma boa alternativa para o cirurgião

Retirado trocater sob visão + desfeito pneumoperitônio. Sutura de incisão em flanco com prolene 0 em pontos separados + sutura de pele com nylon 4-0. Sutura de pele com nylon 4-0 em incisão periumbilical + flanco direito e fossa ilíaca. Limpeza e curativo. Conclusão: Retossigmoidectomia por videolaparoscopia está cada vez mais demonstrando superioridade ao procedimento aberto convencional. Foi demonstrado uma variação no número de portais a serem utilizados tendo sucesso no seu resultado final, sendo assim uma boa alternativa para o cirurgião

Retirado trocater sob visão + desfeito pneumoperitônio. Sutura de incisão em flanco com prolene 0 em pontos separados + sutura de pele com nylon 4-0. Sutura de pele com nylon 4-0 em incisão periumbilical + flanco direito e fossa ilíaca. Limpeza e curativo. Conclusão: Retossigmoidectomia por videolaparoscopia está cada vez mais demonstrando superioridade ao procedimento aberto convencional. Foi demonstrado uma variação no número de portais a serem utilizados tendo sucesso no seu resultado final, sendo assim uma boa alternativa para o cirurgião

Retirado trocater sob visão + desfeito pneumoperitônio. Sutura de incisão em flanco com prolene 0 em pontos separados + sutura de pele com nylon 4-0. Sutura de pele com nylon 4-0 em incisão periumbilical + flanco direito e fossa ilíaca. Limpeza e curativo. Conclusão: Retossigmoidectomia por videolaparoscopia está cada vez mais demonstrando superioridade ao procedimento aberto convencional. Foi demonstrado uma variação no número de portais a serem utilizados tendo sucesso no seu resultado final, sendo assim uma boa alternativa para o cirurgião

PALAVRAS-CHAVES: Retossigmoidectomia | neoplasia colonretal | videolaparoscopia

ÁREA: COLOPROCTOLOGIA

CÓDIGO: 2983

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Dilatação de estenose de anastomose por via transanal laparoscópica, pós-retossigmoidectomia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIELA MOREIRA COSTA (PUC CAMPINAS), BRUNA ZINI DE PAULA FREITAS (COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE), REGINA GREILBERGER RIBEIRO (CLINICA REIS NETO), GUILHERME ZUPO TEIXEIRA (CLINICA REIS NETO), ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR (CLINICA REIS NETO), JOAQUIM SIMOES NETO (CLINICA REIS NETO), JOSÉ ALFREDO DOS REIS JÚNIOR (CLINICA REIS NETO), JOSE ALFREDO DOS REIS NETO (CLINICA REIS NETO)

RESUMO: Introdução: A incidência da estenose pós-cirurgias colorretais é relativamente alta, variando de 3 a 30% e é mais comum nas anastomoses mecânicas do que nas confeccionadas manualmente. Os fatores pré-operatórios identificados como facilitadores da estenose foram: obesidade (23%), abscessos (10%), deiscência da anastomose (12%), infecção pélvica (10,5%) e irradiação pós-operatória (5,7%). Descrição do vídeo: Paciente do sexo masculino, 50 anos, submetido a retossigmoidectomia videolaparoscópica - com sutura mecânica - e radioterapia neoadjuvante há 4 anos evoluiu no pós-operatório com estenose de anastomose. Na retoscopia, evidenciado estenose aproximadamente 8cm da linha pectínea. Foi submetido a quatro tentativas de dilatação endoscópica sem sucesso. Optado por dilatação de estenose via transanal laparoscópica com uso de ultracision, corrigindo orifício, previamente menor de 1cm, para 5cm. Paciente evoluiu bem no pós-operatório evacuando normalmente. Conclusão: A primeira escolha de dilatação de estenose de anastomose colorretal é a endoscópica, que é eficaz em cerca de 70% dos casos. Caso refratária, normalmente propõe-se métodos cirúrgicos mais invasivos, como laparotomia com ressecção e re-anastomose e técnica de Soave. Apresentamos um caso de dilatação de estenose minimamente invasiva via transanal laparoscópica com sucesso. Trata-se de técnica ainda pouco difundida no meio cirúrgico, encontrado poucos casos descritos na literatura.

PALAVRAS-CHAVES: dilatação via transanal | estenose de anastomose pós-retossigmoidectomia | laparoscopia

ESÔFAGO

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1106

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA À HELLER COM VÁLVULA À DOR POR ACALÁSIA IDIOPÁTICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OCTAVIO LUIS ALVES DA SILVA (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), PAULO MARCOS LOPES (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), ADRIANO VERAS OLIVEIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), RODRIGO MARTINS DE PAIVA SALES (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), MOISÉS FRANCISCO DA CRUZ NETO (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR)

RESUMO: Introdução O tratamento da acalásia pode ser tanto clínico como cirúrgico. Contudo, sabe-se que apesar de existirem diversas alternativas clínicas, a grande parte gera recidivas dos sintomas. Desse modo, a esofagocardiomiectomia à Heller videolaparoscópica na maioria dos casos é a estratégia mais segura e efetiva no tratamento da acalásia. Assim, apresentamos relato de caso de um paciente com 36 anos que apresentava disfagia, inicialmente para sólidos evoluindo para líquidos, acompanhada de perda de 20kg em 3 meses. Endoscopia revelou esofagite, hérnia hiatal e pangastrite. Manometria com esfíncter esofágico inferior sem relaxamento a deglutições e corpo esofágico exibindo contrações aperistálticas, compatível com acalásia. Tomografia Computadorizada sem alterações. Paciente submetido a esofagocardiomiectomia a Heller sem intercorrências, sendo liberado no 3º pós operatório (PO). Retorna no 17º PO com queixa de pirose ou disfagia. Descrição do Vídeo Após a dissecação dos pilares, redução da hérnia diafragmática e identificação dos ramos do nervo vago, iniciou-se a miotomia anterior do esôfago com eletrocaltério em gancho e pinça atraumática enquanto o auxiliar fazia tração através do Penrose no sentido latero-caudal esquerdo para melhor exposição esofagiana. Após a esofagomiectomia de aproximadamente 6cm, parte-se para a cardiomiectomia por aproximadamente 2cm da cárdia gástrica. Após a esofagomiectomia, com a exposição da mucosa esofagiana é realizada a aposição de sonda nasogástrica e teste com azul de metileno para certificação de ausência de perfurações na mucosa. Após o teste, elaborase a funduplicatura à Dor, suturando o fundo gástrica nas bordas da miotomia com pontos simples laparoscópico. Finaliza-se a cirurgia com a retirada do Penrose e desfeito pneumoperitoneo. Conclusão: Desse modo, percebe-se que a esofagocardiomiectomia a Heller com técnica minimamente invasiva pode ser efetiva no tratamento da acalásia idiopática, o que evita a realização de outras alternativas dispendiosas e desnecessárias na abordagem do paciente, além de propiciar menor morbidade e melhor pós operatório em comparação com a técnica aberta.

PALAVRAS-CHAVES: Laparoscopia | Esofagocardiomiectomia a Heller | Acalásia

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 1121

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Grandes Hérnias de Hiato - Uso de Prótese Absorvível

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE BRANDALISE (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), BRUNO LOMBARDI FARIAS (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), CLAUDIA LORENZETTI (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), PAOLA COSTA REIS (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), NILTON CESAR ARANHA (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), NELSON ARY BRANDALISE (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS)

RESUMO: Sabe-se que a videolaparoscopia é aceita como padrão-ouro no tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico. Entretanto, permanece em discussão o seu uso para correção de grandes hérnias paraesofágicas, sejam primárias ou recidivadas, uma vez que os índices de recidiva podem alcançar 50% em 5 anos. Para tentar minimizar esses números, uma das alternativas é o uso de prótese para reforço da hiatoplastia. Na literatura há diversos estudos que mostram redução das taxas de recidiva com o uso de prótese de polipropileno ou politetrafluoroetileno (PTFE). Entretanto, também há relatos de complicações graves e cirurgias de alta complexidade para corrigi-las. Como alternativa a esses materiais, apresentamos o uso de tela biossintética produzida com copolímero de ácido poliglicólico e carbono trimetileno em grandes hérnias paraesofágicas. O vídeo apresenta uma hiatoplastia com funduplicatura por hérnia paraesofágica, utilizando tela biossintética e demonstrando suas diversas formas de fixação.

PALAVRAS-CHAVES: HIATOPLASTIA|HERNIA|absorvível

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2455

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: CIRURGIA DE SERRA DÓRIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA MEGAESÔFAGO AVANÇADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CAIO CASTRO MENDANHA BARROS (UNIEVANGÉLICA), BEATRIZ FERREIRA CARVALHO (UNIEVANGÉLICA), JOSÉ LUCAS PONTIERI MELAZO (UNIEVANGÉLICA), OSCAR BARROZO MARRA (HOSPITAL DO CORAÇÃO), RAFAEL INACIO GUIMARAES (HOSPITAL DO CORAÇÃO), JULIANO MARTINI (HOSPITAL DO CORAÇÃO), LUDMILLA DA SILVA BATISTA (PUC-GO), LARISSA CAMPOS BRAGA (PUC-GO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Doença de Chagas continua sendo uma patologia de alta prevalência e endêmica em várias regiões do Brasil. O megaesôfago, uma das principais manifestações da doença, tem como tratamento de escolha a cirurgia. As indicações cirúrgicas variam de acordo com a classificação radiológica. Para casos não avançados, geralmente se opta pela técnica de cardiomiectomia de Heller, enquanto que em casos avançados pode-se lançar mão da esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia transmediastinal, esofagectomia subtotal com esofagocoloplastia ou cirurgia de Serra Dória. Esta última técnica vem sendo empregada com poucas complicações e baixa mortalidade.

DESCRIÇÃO DO VIDEO: Paciente de 48 anos, masculino, com história de megaesôfago idiopático. Referia disfagia progressiva e perda de peso. Megaesôfago grau IV pela classificação radiológica de Rezende. Foi colocado em decúbito dorsal, foram utilizados cinco trocartes, pneumoperitônio de 15 mmHg, dissecação do esôfago distal e exposição com dreno de Penrose, anastomose latero-lateral entre esôfago distal e fundo gástrico, hemigastrectomia com grampeador ENDO GIA 45 mm, secção jejunal com grampeador ENDO GIA 45 mm a 20 cm do ângulo de Treitz, anastomose jejuno-jejunal em Y de Roux, anastomose gastrojejunal termino-lateral. Obteve-se desfecho satisfatório, com o paciente assintomático em acompanhamento clínico. **CONCLUSÃO:** Ressalta-se a importância da cirurgia de Serra-Dória tanto como método de escolha para megaesôfago avançado, quanto para uma segunda abordagem em pacientes com recidiva dos sintomas após cardiomiectomia. Como complicações do procedimento, destaca-se: persistência da disfagia, pirose, perfuração da parede esofágica, pneumotórax e fístulas no pós-operatório. Porém, demonstra-se na literatura um mínimo risco a essas complicações, enfatizando-se a baixa morbimortalidade da técnica.

PALAVRAS-CHAVES: ACALASIA ESOFÁGICA | LAPAROSCOPIA | COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2468

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: CIRURGIA DE SERRA DÓRIA COM PRESERVAÇÃO GÁSTRICA PARA MEGAESÔFAGO AVANÇADO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: Nao informado

RESUMO: INTRODUÇÃO: Devido à alta prevalência do Megaesôfago chagásico no Brasil, muitos cirurgiões ainda buscam aprimorar técnicas para o tratamento de suas manifestações clínicas. Técnicas cirúrgicas como a cardiomiectomia de Heller, a cirurgia de Serra-Dória e a Esofagectomia vêm sendo utilizadas como as principais técnicas no nosso meio, dependendo de sua classificação radiológica além de presença ou não de recidivas ao tratamento. A técnica de Serra-Dória se mostrou uma técnica eficaz e com baixos índices de complicações e mortalidade. Porém, há algumas críticas à técnica devido à gastrectomia parcial, questionando o motivo da "mutilação" do órgão. Por isso, foi proposto utilizar a técnica de Serra-Dória com preservação gástrica, baseando-se no princípio de Domene que propôs uma modificação da derivação biliopancreática via laparoscópica proposta por Scopinaro para tratamento da obesidade, sem a necessidade da retirada do corpo e antro gástrico com resultados satisfatórios a curto e longo prazo. DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Paciente do sexo feminino, 54 anos, chagásica. Apresentava disfagia progressiva, perda de peso e megaesôfago grau IV pela classificação radiológica de Rezende. Colocado em decúbito dorsal, foram utilizados cinco trocartes após confecção de pneumoperitônio de 15 mmHg, dissecação do esôfago distal e exposição com dreno de Penrose, anastomose latero-lateral entre esôfago distal e fundo gástrico, anastomose gastrojejunal termino-lateral, secção jejunal com grampeador ENDO GIA 45 mm a 20 cm do ângulo de Treitz e anastomose jejuno-jejunal em Y de Roux. Obteve-se desfecho satisfatório, com o paciente assintomático em acompanhamento clínico. CONCLUSÃO: estudos têm mostrado que a preservação gástrica na técnica de Serra-Dória apresenta baixo risco de complicações, tanto em curto como em longo prazo, assemelhando-se à técnica com gastrectomia parcial. Portanto, a preservação gástrica pode ser planejada, devendo o cirurgião avaliar individualmente cada paciente para a correta indicação do procedimento. Ressalta-se ainda a necessidade de mais estudos sobre a referida técnica para melhor avaliação dos resultados a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVES: ACALASIA ESOFÁGICA|LAPAROSCOPIA|COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 2675

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: TRATAMENTO CIRÚRGICO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE DIVERTÍCULO DE ESÔFAGO DISTAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: CELSO JUNIOR OLIVEIRA TELES (UFTM - UBERABA/MG), EDUARDO CREMA (UFTM), ALEX AUGUSTO SILVA (UFTM), RAFAEL SOARES DE OLIVEIRA (UFTM), LIA YUMI OMORI NISHIKAWA (UFTM), JUVERSON ALVES TERRA JUNIOR (UFTM), CARLOS ALFREDO SALCI QUEIROZ (UFTM)

RESUMO: Introdução: Divertículos epifrênicos do esôfago (DEE) são saculações, geralmente nos 10 cm distais, de pulsão (herniação da mucosa e submucosa). Congênitos ou adquiridos, muito associados a obstrução mecânica (acalásia, hérnia hiatal, funduplicatura). Maioria assintomáticos, diagnóstico geralmente incidental no REED, EDA ou TC/RNM. Excisão cirúrgica recomendada nos casos sintomáticos, maiores que 2cm e complicados (fístula, perfuração, inflamação), preferencialmente laparoscópica. Recomendado realizar manometria esofágica, avaliar adição de miotomia esofágica na presença de acalásia, além de funduplicatura. A miotomia não é sugerida para pacientes com EIE normal, devido potencial RGE pós miotomia, mesmo com a confecção de funduplicatura. Defensores desta dizem que pode prevenir o refluxo e ajudar evitar fístulas, enquanto outros autores atribuem a ela maior recorrência devido à zona de pressão causada pela válvula anti-refluxo distal à diverticulectomia, aumentando também de chance de fístulas. Relato do vídeo: NSR, 71 anos, mulher. Há 2 anos com disfagia leve para sólidos, odinofagia, pirose e epigastralgia, com piora dos sintomas há 2-3 meses, perda ponderal de 6kg. Comorbidades: arritmia cardíaca (Atenolol). Cirurgias prévias: perineoplastia. Exame físico: BEG, corada, IMC 28 kg/m². Abdome inocente. Laboratório: sem alterações. REED: esôfago com peristaltismo e esvaziamento preservados, divertículo no terço distal do esôfago, sem sinais de acalásia. EDA: divertículo de base larga no esôfago distal, gastrite enantemática antral leve. TC de tórax: imagem ovalar no esôfago distal na face póstero-lateral direita de 2.1x2.9 cm, com resíduo alimentar no seu interior, compatível com divertículo de esôfago. Manometria esofágica: ausente dismotilidades ou acalásia. Submetida a diverticulectomia esofágica distal transhiatal videolaparoscópica e crurorrafia, sem miotomia nem funduplicatura, sem drenagem da cavidade, sem intercorrências. Esofagograma do 1º PO sem fístulas, liberado dieta no 2º PO e alta hospitalar no 3º PO. Em acompanhamento ambulatorial há 15 meses, queixa pirose. REED e EED controle (12 meses): sem alterações. Conclusão: A raridade do DEE torna a doença difícil de estudar e fornecer recomendações para tratamento. Nosso serviço recomenda abordagem abdominal transhiatal videolaparoscópica, realizar manometria esofágica para avaliar a presença de acalásia do EIE e, neste caso, avaliar associação com miotomia e funduplicatura.

PALAVRAS-CHAVES: DIVERTICULO|ESOFAGO|DIVERTICULECTOMIA

ÁREA: ESÔFAGO

CÓDIGO: 3031

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: HERNIAÇÃO GÁSTRICA PELA VÁLVULA DE NISSEN COM VOLVO GÁSTRICO AXIAL E OBSTRUÇÃO ALTA AGUDA - TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), LARA SILVA PAIXÃO (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), THIAGO HAYASHIDA TELES DE CARVALHO (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), GABRIEL ALVES CARRIÃO (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), RAFAEL BEZE SOUZA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), MAXLEY MARTINS ALVES (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), ISABELA SUAVINHA JAYME (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS)

RESUMO: Paciente feminino, 44 anos, branca, natural e procedente de Goiânia, Goiás. Submetida há 13 meses ao tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico pela técnica de Nissen. Apresentou muito boa evolução pós-operatória. Há 6 horas, após o café da manhã, iniciou forte dor em andar superior de abdome com vômitos incoercíveis. Foi admitida na emergência com quadro de extrema agitação, palidez cutâneo-mucosa e taquipnéica, gritando em função da dor. Ao exame observamos abdome sem evidência de irritação peritoneal com forte dor em andar superior especialmente em epigastro. Levada à tomografia que evidenciou volvo gástrico com grande distensão, sem penumoperitônio. Indica cirurgia onde evidenciamos grande distensão gástrica com herniação gástrica com a válvula de Nissen e consequente torção gástrica. Conseguimos a redução da hérnia e refizemos o Nissen e fechamos o espaço retroesofágico. Evoluiu bem, recebendo alta no PO 2 sem intercorrências.

PALAVRAS-CHAVES: doença do refluxo gastroesofágico | Cirurgia | Complicação

ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 675

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Anastomose Esofagojejunal Manual na Gastrectomia Total por Videolaparoscopia: Segurança e Economia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS DUDA SCHMITZ (CLÍNICA DAL VESCO), JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO (CLÍNICA DAL VESCO), JUAREZ ANTONIO DAL VESCO (CLÍNICA DAL VESCO), FERNANDA MARCANTE CARLOTTO (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), GABRIEL WEISS (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), MARCOS DAL VESCO NETOU (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), CAROLINA ARGENTA DAL VESCO (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF), MATHEUS SARMENTO MILITZ (UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO - UPF)

RESUMO: Introdução: Gastrectomia total por videolaparoscopia ainda é um desafio na maioria dos serviços do interior do Brasil, principalmente pelos custos do material e pela necessidade de treinamento em videocirurgia avançada. Nosso objetivo é demonstrar a realização da gastrojejunostomia com sutura manual intracorpórea e sem uso de grampeador na ressecção gástrica por videolaparoscopia. Descrição do Vídeo: Após a ressecção total do estômago e da linfadenectomia D2, a alça intestinal é identificada e cerca de 40 cm do ângulo de Treitz, a mesma é ancorada com um chuleio contínuo seromuscular e fixada na linha de grampeamento esofágico com polidioxanona 3-0. O esôfago anteriormente a linha de grampeamento é aberto com energia térmica, assim como a borda anti-mesentérica da alça intestinal. A parede posterior é realizada de forma contínua e total com polidioxanona 3-0. A anastomose é calibrada com uma sonda gástrica de Fouchet número 32. A síntese da parede anterior é através de uma sutura seromuscular do tipo Cushing com polidioxanona 3-0. Reforços são aplicados nos ângulos e o teste com solução fisiológica e azul de metileno é realizado para verificar possível falha de coaptação da anastomose. Conclusão: A anastomose esofagojejunal manual intracorpórea na videolaparoscopia é uma técnica segura e econômica quando realizada por equipes com treinamento em videocirurgia avançada. Bibliografia: Chen K, Wu D, Pan Y, Cai JQ, Yan JF, Chen DW, Maher H, Mou YP. Totally laparoscopic gastrectomy using intracorporeally stapler or hand-sewn anastomosis for gastric cancer: a single-center experience of 478 consecutive cases and outcomes. World J Surg Oncol. 2016 Apr 19;14:115. So KO, Park JM. Totally laparoscopic total gastrectomy using intracorporeally hand-sewn esophagojejunostomy. J Gastric Cancer. 2011 Dec;11(4):206-11.

PALAVRAS-CHAVES: Gastrectomia total | Anastomose Esofagojejunal | Videolaparoscopia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 777

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: PILORO TRIPLO: RELATO DE CASO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JEFFERSON BAGATIM (SANTA CASA DE OURINHOS), EVELYN CRISTINA DA ROSA GRANJA BATALINI (SANTA CASA DE OURINHOS), THALES VIEIRA GONÇALVES (SANTA CASA DE OURINHOS), TIMOTEO VILELA VERÍSSIMO (SANTA CASA DE OURINHOS), PATRÍCIA JOIA PERES (SANTA CASA DE OURINHOS), VITOR BORDINHON MERCANTE (SANTA CASA DE OURINHOS), ALEXANDRE DA SILVA NISHIMURA (SANTA CASA DE OURINHOS)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A FÍSTULA GASTRODUODENAL CONSISTE DE UM CANAL ADJACENTE AO PILORO, QUE LIGA O ANTRO GÁSTRICO AO BULBO DUODENAL, PROVAVELMENTE ADQUIRIDA AO LONGO DA VIDA. O PRIMEIRO RELATO DESTA MOLÉSTIA, FOI REALIZADO POR NOTKIN, EM 1929, DURANTE UMA AUTÓPSIA. ATUALMENTE EXISTE APENAS QUATRO CASOS RELATADOS NA LITERATURA MUNDIAL, SENDO CONSIDERADA EXTREMAMENTE RARA. RELATO DE CASO: PACIENTE M.H.K.M, 70 ANOS, DE ORIGEM NIPÔNICA, PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO DEVIDO MELENA EM PEQUENA QUANTIDADE, INICIADA HÁ APROXIMADAMENTE TRÊS DIAS, SEM DOR ABDOMINAL, NEGA EPISÓDIOS PRÉVIOS. HISTÓRIA PREGRESSA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA (REALIZADA EM 2002) E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, EM USO CONTÍNUO DE ROSUVASTATINA DE 20 mg E ACIDO ACETIL SALICÍLICO 300 mg. ATENDIDA PELO MÉDICO ASSISTENTE, AVENTADO A POSSIBILIDADE DE ÚLCERA GASTRODUODENAL, OPTADO POR SOLICITAR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NA URGÊNCIA. DURANTE A REALIZAÇÃO DO EXAME, VISUALIZADO: ESÔFAGITE EROSIVA LEVE DISTAL (LOS ANGELES A); GASTRITE ENANTEMATOSA MODERADA DE CORPO E ANTRO; ÚLCERA PRÉ-PILÓRICA EM FASE DE CICATRIZAÇÃO (H2 DE SAKITA) BIOPSIADA; PILORO TRIPLO; BULBODUODENITE EROSIVA PLANA MOREDADA. APÓS RESULTADO, OPTADO POR TRATAMENTO MEDICAMENTOSO COM ANTIÁCIDO (INIBIDOR DA BOMBA DE PRÓTONS). O RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO EVIDENCIOU MUCOSA GÁSTRICA, DO TIPO ANTRAL, SEM METAPLASIA INTESTINAL OU ATÍPIAS, COM PESQUISA PARA H. Pylori NEGATIVA. A PACIENTE EVOLUIU COM MELHORA DA SINTOMATOLOGIA APRESENTADA, APÓS 03 MESES REFERE REMISSÃO DO SINTOMA. CONCLUSÃO: EXISTEM POUCOS RELATOS NA LITERATURA ATUAL PARA O PILORO TRIPLO, SUA FISIOPATOLOGIA É DESCONHECIDA, PODENDO SER CONGÊNITA OU ADQUIRIDA, PORÉM HÁ RELATO DA POSSIBILIDADE DE ÚLCERA PENETRANTE EM REGIÃO PRÉ-PILÓRICA COM EVOLUÇÃO PARA FÍSTULA GASTRODUODENAL. MAIS ESTUDOS SÃO NECESSÁRIOS PARA AMPLIAR O CONHECIMENTO DA MOLESTIA APRESENTADA.

PALAVRAS-CHAVES: ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA | PILORO TRIPLO | FÍSTULA GASTRODUODENAL

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 941

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Padronização da Técnica de Laparoscopia e Lavado Peritoneal no Pré-Operatório do Adenocarcinoma de Estômago

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JUAREZ ANTONIO DAL VESCO (CLÍNICA DAL VESCO), GABRIEL WEISS (RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL / HCPF), JULIA PASTORELLO (CENTRO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO - HCPF), JORGE ROBERTO MARCANTE CARLOTTO (CLÍNICA DAL VESCO), LUCAS DUDA SCHMITZ (CLÍNICA DAL VESCO)

RESUMO: Introdução: O uso da laparoscopia e do lavado peritoneal no câncer gástrico permite o melhor estadiamento pré-operatório nos pacientes com acometimento T2 ou maior na parede gástrica. Nosso objetivo é demonstrar nossa padronização da técnica de laparoscopia e lavado peritoneal no pré-operatório do adenocarcinoma de estômago. Descrição do Vídeo: Sob anestesia geral, o paciente é colocado em posição de litotomia. O cirurgião posiciona-se entre as pernas do paciente e o primeiro auxiliar no lado direito do paciente. A torre de videocirurgia fica à esquerda da cabeceira da mesa cirúrgica. São introduzidos três portais de trabalho: cicatriz umbilical, hipocôndrio direito e hipocôndrio esquerdo. Inspecciona-se o peritônio parietal em toda sua extensão, incluindo o fundo de saco de Douglas e cúpulas diafragmáticas. Visualiza-se a superfície diafragmática e visceral do fígado e o peritônio visceral do estômago. Após cuidadosa inspeção da cavidade, instila-se 300 ml de solução fisiológica 0,9% aquecida na retrocavidade dos epíploons e 50 ml em cada quadrante da cavidade abdominal. O pneumoperitônio é desfeito e mobiliza-se a parede abdominal do paciente. Após nova insuflação do pneumoperitônio, o líquido é aspirado na retrocavidade e nos quatro quadrantes e enviado para a pesquisa de células malignas na citologia oncótica após armazenamento em recipiente adequado. Conclusão: A laparoscopia e o lavado peritoneal no câncer gástrico é uma técnica simples, factível e rápida, desde que sistematizada pela equipe cirúrgica. Sua principal utilidade é no estadiamento imagiológico falso-negativo em pacientes com tumor primário avançado. Bibliografia: Hosogi H, Shinohara H, Tsunoda S, Hisamori S, Sumida H, Hida K, Obama K, Okabe H, Sakai Y. Staging laparoscopy for advanced gastric cancer: significance of preoperative clinicopathological factors. *Langenbecks Arch Surg.* 2016 Nov 29. Yamagata Y, Amikura K, Kawashima Y, Yatsuoka T, Nishimura Y, Sakamoto H, Tanaka Y, Seto Y. Staging laparoscopy in advanced gastric cancer: usefulness and issues requiring improvement. *Hepatogastroenterology.* 2013 Jun;60(124):751-5.

PALAVRAS-CHAVES: Adenocarcinoma gástrico | Lavado Peritoneal Diagnóstico | Laparoscopia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1134

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Gastrectomia Total com Linfadenectomia D2 por Videolaparoscopia: Sistematização Técnica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE TARCISIO BARROSO ZOVICO (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), GUSTAVO ALVES DE OLIVEIRA (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), CARLOS RENATO CASTRO RENON (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), CYRO REZENDE LAGHI (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), ROGER BONGESTAB DOS SANTOS (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), TATIANE MARTINS ESCARPINI (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), MARCELLA ARAUJO DA FONSECA (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES), PEDRO LUCIANO ALMEIDA NOGUEIRA DA GAMA (AEBES : ASSOC EVANGÉLICA BENEFICENTE ES)

RESUMO: Introdução: Câncer gástrico é cada vez mais presente no mundo inteiro e apresenta-se como uma das maiores incidências dentre as neoplasias malignas. A gastrectomia com linfadenectomia D2 convencional é o tratamento padrão-ouro. No entanto, a busca por técnicas cirúrgicas menos invasivas pode proporcionar melhor resultado pós operatório relativo à dor, tempo de internação e retorno às atividades. Descrição: Os autores demonstram a realização de gastrectomia total com linfadenectomia D 2 por videolaparoscopia em uma paciente com adenocarcinoma gástrico. Discutem a disposição da equipe cirúrgica, colocação dos trocarters, tática cirúrgica para a linfadenectomia e para a reconstrução do trânsito. Conclusão: A exequibilidade por videolaparoscopia se torna possível quando realizado por equipe treinada e com suporte tecnológico adequado. A linfadenectomia por videolaparoscopia pode ser tão efetiva quanto a realizada por via convencional.

PALAVRAS-CHAVES: gastrectomia | videolaparoscopia | linfadenectomia

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1297

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Schwannoma gástrico com tratamento laparoscópico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), MURILLO DE LIMA FAVARO (UNISA), SILVIO GABOR (UNISA), TIAGO BEZERRA MACHADO (UNISA), LIGIA RIBEIRO (UNISA), AMANDA REZENDE (UNISA), MARSELLE RIBAS (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: Introdução: O Schwannoma gástrico é um tumor extramucoso que atinge cerca de 0,2% desses tumores do estômago, bem menos comum que GIST, leiomiomas ou leiomiossarcomas. É exofítico e apresenta evolução lenta. São geralmente assintomático ou com sintomatologia não específica, sendo a mais comum as manifestações de HAD. Raramente são palpáveis. O diagnóstico é feito por ultrassom, tomografia, endoscopia e eco endoscopia. Descrição do Vídeo: C.A.B., 54 anos, masculino, deu entrada pela urgência cirúrgica em dezembro de 2015 com quadro de melena, sem sinais de sangramento agudo no momento do atendimento. Antecedentes de HAS, DM e IAM (2012), estava compensado clinicamente. EDA mostrou pangastrite e lesão subepitelial na parede anterior do corpo gástrico. Tomografia com lesão expansiva, de contornos regulares e limites definidos, realçada pelo meio de contraste, medindo 4,1x3,6 cm. Submetido à laparoscopia com excisão em cunha da lesão, teve boa evolução com alta hospitalar no PO3. AP com imunohistoquímico mostrou Schwannoma gástrico bom baixo grau de proliferação celular. Apresenta-se bem, sem queixas e em seguimento até hoje. Conclusão: O Schwannoma gástrico é lesão subepitelial rara e com sintomatologia pobre. Apresenta crescimento lento. E excisão em cunha costuma ser curativa mas o seguimento do paciente por longo período é importante.

PALAVRAS-CHAVES: laparoscopia | neoplasias do estômago | neoplasias gastrointestinais

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 1720

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Complicações em videolaparoscopia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS (GASTROMED), DANILO BUGALHO GALDIANO (GASTROMED), DEIVID GRINBERGAS MIZIARA (GASTROMED), THAYLA KRUGER AMARAL (GASTROMED), ERICA GIOCOMINI LOUÇA (UNIVERSIDADE SAO LEOPOLDO MANDIC), LAURA ALEJANDRA MATULEVICH SANTANA (UNIVERSIDADE SAO LEOPOLDO MANDIC), MARINA MATOS LIMA LEITE (UNIVERSIDADE SAO LEOPOLDO MANDIC), BRUNO ZILBERSTEIN (GASTROMED)

RESUMO: Introdução A cirurgia videolaparoscópica apresenta as vantagens de uma menor cicatriz, maior aceitabilidade pelo paciente, recuperação mais rápida, tempo de internação hospitalar curto, retorno ao trabalho e atividades normais (inclusive esportiva) em uma semana, menor taxa de complicações e menor desconforto. Poucos anos após uma introdução, a cirurgia laparoscópica passou a ocupar lugar de destaque no tratamento de diversas afecções, vindo a se constituir, inclusive, a via de acesso de escolha em diversos procedimentos cirúrgicos. Tem como característica básica diminuir a agressão e o trauma cirúrgico, produzindo menor repercussão orgânica, menor reação metabólica, inflamatória e imunológica, quando comparada a laparotômica, isto representa grande benefício para a paciente. Apesar de seus inúmeros benefícios, numerosas complicações resultantes de erros técnicos ou relacionados à laparoscopia têm sido reportadas. Objetivo Chamar a atenção e exemplificar complicações intraoperatória de cirurgia videolaparoscopica. Método Para confecção deste trabalho foram utilizados vídeos de cirurgias laparoscópicas realizadas em diferentes hospitais de ensino da cidade de São Paulo. O levantamento de dados do prontuário foi útil para esclarecer as condições clínicas em que os pacientes em estudo se encontrava, cirurgia submetida e desfecho. Resultados A maioria das complicações ocorrem durante a fase inicial do aprendizado. Com o surgimento de novas aplicações do método, o cirurgião e o anestesista devem estar familiarizados com as possíveis complicações associadas, sejam aquelas diretamente relacionadas à realização da laparoscopia ou ao procedimento cirúrgico específico realizado por esta via. Foram demonstrados casos de lesões vasculares, hérnias de estruturas, problemas com a anastomose, dentre outros. Sendo assim, cabe ao cirurgião ter o domínio completo da videocirurgia, a fim de minimizar possíveis erros de técnica, e caso as mesmas ocorram, ter a possibilidade da resolução completa pela mesma via, sem necessidade de conversão. Conclusão Com o advento da videocirurgia a necessidade do domínio desta via de acesso é imprescindível, a fim de minimizar complicações e possibilitar rápida identificação e resolução de problemas operatórios advertidos ao paciente.

PALAVRAS-CHAVES: VIDEOLAPAROSCOPIA | INTERCORRENCIAS | cirurgia do ap. digestivo

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2790

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Gastrectomia robótica em câncer de coto gástrico estágio T4b em idoso frágil

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROBERTO DE MORAES CORDTS FILHO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), FABIO RODRIGUES THULER (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), WILSON RODRIGUES DE FREITAS JR. (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), DANIEL KENDI FUKUHARA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), FELIPE NARA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), ELIAS JIRJOSS ILIAS (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), PAULO KASSAB (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: A gastrectomia em idosos, especialmente nos frágeis e nos casos em que os tumores invadem as estruturas adjacentes, estão relacionados a alta mortalidade e morbidade. No entanto, o uso da cirurgia robótica parece abrir novas possibilidades para alterar o prognóstico do paciente. Objetivos: Descrever um vídeo de gastrectomia robótica em paciente idoso frágil por câncer de coto gástrico estágio T4b. Relato de caso: paciente masculino de 81 anos com quadro de anemia, dor epigástrica e perda de peso (8 quilogramas nos últimos 6 meses) com IMC 18,6 (Peso 57kg e altura 1,75m). Apresentava histórico de gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II por úlcera péptica há 50 anos, além de diabetes tipo II e arritmia cardíaca, em uso de Metformina, Amiodarona e Metoprolol. O escore de Karnofsky era de 70%. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou neoplasia de coto gástrico e a tomografia evidenciou sinais de invasão por contiguidade de cólon transverso e fígado sem sinais de metástase a distância. Realizada então totalização de gastrectomia com linfadenectomia D1 via cirurgia robótica. O tumor apresentava invasão do lobo hepático esquerdo sendo realizada ressecção parcial em bloco. Após a disseção do coto em conjunto com o fígado foi identificada uma fistula entre coto gástrico e cólon transverso, optado então por realizar a gastrectomia total com ressecção em bloco do cólon transverso. As anastomoses esôfago-jejunal e colônica foram realizadas manualmente com sutura robótica contínuas em dois planos. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta no 8o dia. A análise da anatomia patológica evidenciou adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete, T4b com invasão de fígado e cólon transverso, N0 (0/16 linfonodos comprometidos) M0. Estádio IIIB. Nove meses após a cirurgia paciente permanece com boa evolução. Conclusão - A gastrectomia robótica é viável em paciente idoso e frágil em estágio T4b.

PALAVRAS-CHAVES: CIRURGIA ROBÓTICA | IDOSO | GASTRECTOMIA

ÁREA: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

CÓDIGO: 2874

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: GASTRECTOMIA ATÍPICA LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE GIST GÁSTRICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FERNANDA ALONSO RODRIGUEZ FLEMING (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), MARCELO SA DE ARAUJO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), RODRIGO JORGE PEREIRA GONÇALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), MARCELO SOARES NEVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), ISABELLE TEIXEIRA QUINAN DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO)

RESUMO: INTRODUÇÃO Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) representam os mais comuns dos tumores mesenquimais, podendo surgir em qualquer topografia do trato gastrointestinal sendo no estômago o local mais encontrado. Trazemos um vídeo demonstrando gastrectomia atípica laparoscópica realizada para tratamento de paciente do sexo feminino, 59 anos, hipertensa e cardiopata, que foi submetida a endoscopia digestiva alta devido a epigastralgia e anemia, sendo evidenciada em fundo gástrico lesão elevada, esférica, recoberta por mucosa preservada, de consistência endurecida, medindo cerca de 30-35mm. Ecoendoscopia demonstrou tumor hipocogênico, com áreas anecoicas, de origem em muscular da mucosa ou submucosa, com limites regulares e bem definidos, sugestiva de GIST gástrico. DESCRIÇÃO DO VÍDEO vídeo apresentado é iniciado com a ressonância magnética de abdome revelando a lesão em fundo gástrico. Posteriormente iniciado o ato cirúrgico com gastrectomia atípica laparoscópica para tratamento de GIST em parede posterior de fundo gástrico. Após a introdução dos trocates, foi visualizado o estômago e seguida sua liberação do pequeno omento, não sendo identificada a lesão no inventário da cavidade. Introduzido o endoscópio para guiar a ressecção, demonstrando a lesão em parede posterior de fundo gástrico, que pode ser vista interna e externamente na presente exibição. Prosseguida a ressecção atípica da região na qual se encontrava a lesão com uso de 4 cargas de grameador laparoscópico. A linha de grampo pode ser vista através da imagem da endoscopia. Posicionada a peça cirúrgica para sua remoção em bolsa. Finalizada a apresentação com foto da peça cirúrgica parcialmente aberta, demonstrando a lesão, após sua remoção da cavidade abdominal. CONCLUSÃO tratamento ideal do GIST gástrico consiste em ressecção cirúrgica completa, conforme a exibida, não havendo benefício em linfadenectomias. O uso do imatinibe pode ser aplicado nos casos de tumores de difícil ressecabilidade, metastáticos, e de alto risco de malignidade, o que não foi necessário no caso apresentado, no qual apenas a cirurgia foi suficiente para o tratamento. É importante a análise imuno-histoquímica para confirmação diagnóstica, na qual deverá estar presente alta positividade para CD117 (c-Kit), conforme foi encontrado na presente peça cirúrgica, e/ou CD 34. O potencial de malignidade é avaliado pelo tamanho e índice mitótico do tumor, sendo neste caso considerado de muito baixo risco de mau prognóstico.

PALAVRAS-CHAVES: GIST Gástrico | GIST | Gastrectomia Atípica

FÍGADO

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 447

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: ALPPS REVERSO POR LAPAROSCOPIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (FMUSP), TIAGO BASSÈRES (HOSPITAL SIRIO LIBANES), RODRIGO CAÑADA SURJAN (FMUSP), FABIO FERRARI MAKDISSI (FMUSP)

RESUMO: OBJETIVO: A partição hepática associada à ligadura da veia porta em hepatectomia em dois tempos (ALPPS) permite a ressecção de R0, mesmo para pacientes com futuro remanescente hepático extremamente pequenos. O procedimento ALPPS foi inicialmente descrito para a trisegmentectomia direita em dois estágios. ALPPS Reverso é uma denominação em que o futuro remanescente do fígado é o setor posterior direito do fígado (S6-S7) MÉTODO: Uma mulher de 42 anos com metástases colorretais em todos os segmentos, exceto no segmento 1, foi submetida a quimioterapia com resposta objetiva e foi encaminhada para tratamento cirúrgico. A tomografia computadorizada mostrou predominância de metástases no fígado esquerdo e no setor anterior direito (S5-S8). O setor posterior direito continha três metástases. O plano era realizar um ALPPS reverso laparoscópico (ligadura da veia porta esquerda combinada com divisão in situ em uma trisegmentectomia esquerda em dois estágios). RESULTADOS: Três metástases no setor posterior direito foram ressecadas, seguidas de partição hepática e ligadura da veia porta esquerda. A tomografia computadorizada mostrou um aumento de 70% no futuro remanescente hepático. O segundo estágio constituiu em trisegmentectomia esquerda. Na laparoscopia após divisão das aderências, o pedículo glissoniano esquerdo foi dividido com um endostapler. Um grameador também foi usado para transeccionar as veias hepáticas esquerda e média, e o espécime foi removido através de uma incisão suprapúbica. Os tempos operatórios foram, respectivamente, 5 e 3 h, e o paciente recebeu alta após 4 e 5 dias, respectivamente. Nenhuma transfusão de sangue ou internação em unidade de terapia intensiva foi necessária. Paciente não apresentou evidência da doença 24 meses após o procedimento. CONCLUSÕES: ALPPS Reverso por laparoscopia é procedimento viável e seguro. A laparoscopia é útil para diminuir a perda de sangue e otimizar a visualização durante a transecção hepática.

PALAVRAS-CHAVES: FIGADO | LAPAROSCOPIA | ALPPS

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 721

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: HEPATECTOMIA ESQUERDA LAPAROSCOPICA COM ACESSO GLISSONIANO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (FMUSP), RODRIGO CAÑADA SURJAN (FMUSP), TIAGO BASSÈRES (HOSPITAL SIRIO LIBANES), FABIO FERRARI MAKDISSI (FMUSP)

RESUMO: OBJETIVO: As hemihepatectomias anatômicas geralmente requerem extensa dissecação hilar com veia porta e controle da artéria hepática. A abordagem glissoniana é uma técnica útil para hemihepatectomias laparoscópicas. Apresentamos o vídeo de uma hemihepatectomia esquerda totalmente laparoscópica utilizando a abordagem glissoniana. MÉTODO: Uma mulher de 49 anos com metástases hepáticas colorretais metacrônicas é referida. São utilizados quatro trocartes. O lobo esquerdo é puxado para cima e o omento menor é dividido, expondo a placa hilar. São utilizadas duas incisões. Uma pequena incisão anterior é feita na frente do hilo e outra acima do ligamento de Arantius. Uma pinça é introduzida entre estas incisões e fechada. A descoloração isquêmica do fígado esquerdo é alcançada e marcada com cauterização. A pinça vascular é substituída por grampeador. Se a delineação isquêmica coincidir com a área previamente marcada, o grampeador é disparado. A transecção parenquimatosa é realizada com pinça bipolar. Todas estas etapas são executadas sem a manobra de Pringle e sem assistência manual. RESULTADOS: O tempo operatório foi de 2 horas. Houve sangramento mínimo sem necessidade de transfusões. Recuperação da paciente foi boa e ela recebeu alta no terceiro dia pós-operatório. As margens cirúrgicas estavam livres. Paciente está bem sem nenhum sinal de doença 24 meses após a operação. CONCLUSÕES: A hemihepatectomia esquerda totalmente laparoscópica é segura e viável em pacientes selecionados e deve ser considerada para pacientes com neoplasias hepáticas benignas ou malignas. A técnica descrita, com o uso da abordagem glissoniana, pode facilitar a hemihepatectomia laparoscópica esquerda, reduzindo as dificuldades técnicas no controle pedículo e pode diminuir o sangramento durante a transecção hepática.

PALAVRAS-CHAVES: FÍGADO | LAPAROSCOPIA | HEPATECTOMIA

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 747

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: HEPATECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA COM ACESSO GLISSONIANO EM PACIENTE CIRRÓTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (FMUSP), TIAGO BASSÈRES (HOSPITAL SIRIO LIBANES), FABIO FERRARI MAKDISSI (FMUSP), RODRIGO CAÑADA SURJAN (FMUSP)

RESUMO: OBJETIVO: As hepatectomias anatômicas geralmente requerem extensa dissecação hilar com controle da veia porta e da artéria hepática. A abordagem glissoniana é uma técnica útil para hepatectomias laparoscópicas. Apresentamos o vídeo de uma hemihepatectomia direita totalmente laparoscópica utilizando a abordagem glissoniana em paciente idoso e com cirrose hepática. MÉTODO: Paciente sexo masculino 82 anos com cirrose hepática e carcinoma hepatocelular volumoso em fígado direito foi encaminhado para tratamento cirúrgico. São utilizados quatro trocartes. Inicia-se com liberação do lobo direito, seguido de colecistectomia. O fígado é tracionado, expondo a placa hilar. São utilizadas duas incisões. Uma pequena incisão anterior é feita na frente ao hilo e outra junto à porção direita do caudado. Uma pinça é introduzida entre estas incisões e fechada. A descoloração isquêmica do fígado direito é obtida e marcada com cauterização. A pinça vascular é substituída por grampeador. Se a delimitação isquêmica coincidir com a área previamente marcada, o grampeador é disparado. A transecção parenquimatosa é realizada com pinça bipolar. Todas estas etapas são executadas sem a manobra de Pringle e sem assistência manual. RESULTADOS: O tempo operatório foi de 3 horas. Houve sangramento mínimo sem necessidade de transfusões. Recuperação do paciente foi boa e ele recebeu alta no sexto dia pós-operatório. As margens cirúrgicas estavam livres. CONCLUSÕES: A técnica descrita, com o uso da abordagem glissoniana, pode facilitar a hepatectomia laparoscópica direita, reduzindo as dificuldades técnicas no controle pedículo e pode diminuir o sangramento durante a transecção hepática. A hepatectomia direita totalmente laparoscópica é segura e viável em pacientes selecionados e pode ser realizada mesmo em pacientes cirróticos.

PALAVRAS-CHAVES: FÍGADO | LAPAROSCOPIA | HEPATECTOMIA DIREITA

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1083

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: HEPATECTOMIA DIREITA LAPAROSCÓPICA COM RECONSTRUÇÃO DE VEIA PORTA PARA TRATAMENTO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR COM TROMBOSE TUMORAL DE VEIA PORTA EM PACIENTE CIRRÓTICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO CAÑADA SURJAN (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP), TIAGO BASSÈRES (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP), FABIO FERRARI MAKDISSI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DIGESTIVA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A ressecção cirúrgica de um carcinoma hepatocelular em paciente cirrótico está associada com melhora do prognóstico do paciente, mas pode ser um procedimento complexo pelo risco de insuficiência hepática no período pós-operatório. O uso da laparoscopia tem sido amplamente adotado por apresentar menor mortalidade e menor risco de insuficiência hepática quando comparado à cirurgia aberta convencional. Entretanto, a abordagem laparoscópica de pacientes com carcinoma hepatocelular com invasão tumoral de veia porta é raramente relatada pelas dificuldades técnicas inerentes ao procedimento. DESCRIÇÃO: O vídeo apresenta uma hepatectomia direita laparoscópica com trombectomia tumoral e reconstrução de veia porta para tratar um carcinoma hepatocelular volumoso do fígado direito com invasão tumoral de veia porta direita se estendendo ao tronco portal em um paciente cirrótico. O tempo cirúrgico foi de 500 minutos. Perda sanguínea estimada em 275 ml. O paciente apresentou ascite moderada que foi tratada com diuréticos por 1 mês. Recebeu alta no décimo pós-operatório. Oito meses após a cirurgia foi submetido à tomografia computadorizada que demonstrou veia porta érvia e nenhum sinal de recidiva tumoral. CONCLUSÃO: Em pacientes selecionados, a laparoscopia pode ser técnica eficaz no tratamento de tumores hepáticos primários mesmo em pacientes com cirrose e invasão tumoral de veia porta.

PALAVRAS-CHAVES: hepatectomia | laparoscopia | veia porta

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1111

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Meso hepatectomia com hidrodissecção

AUTORES/INSTITUIÇÕES: PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL (SANTA CASA DE SÃO PAULO), CAROLINE PETERSEN DA COSTA FERREIRA (SANTA CASA DE SÃO PAULO), MAURICIO ALVES RIBEIRO (SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUIZ ARNALDO SZUTAN (SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANDREA ZAIDAN DE ALMEIDA BARROS (SANTA CASA DE SÃO PAULO), LUIZ FELIPE FERREIRA FERNANDES (SANTA CASA DE SÃO PAULO), BRUNO DE LUCIA HERNANI (SANTA CASA DE SÃO PAULO), FABIO GONÇALVES FERREIRA (SANTA CASA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Introdução: A meso-hepatectomia é definida como a ressecção dos segmentos centrais do fígado (IV , V e VIII) com preservação dos segmentos laterais direitos e esquerdo. Suas indicações são reservadas a neoplasias primárias ou secundárias dos segmentos centrais do fígado. É um procedimento tecnicamente trabalhoso, entretanto alguns recursos como a hidrodissecção têm o tornado menos desafiador. Descrição do vídeo: O vídeo mostra os principais tempos e táticas cirúrgicas de uma ressecção central do figado em uma paciente de 75 anos com metástase de tumor de mama. A via de acesso foi uma incisão de Makushii. Controle in flow: pedículo glissoniano dos segmentos IV e V / VIII e Pringle tático. Controle out flow: reparo da veia média. Bilestasia: cateterização do ducto cístico e posterior injeção de ar. Transecção do parênquima com hidrodissecção. Conclusão: A meso-hepatectomia é uma ressecção complexa e a grande área cruenta pode gerar complicações intra operatórias como sangramento e complicações mais tardias como fístula biliar. A hidrodissecção é um recurso que reduz o dano celular e preserva estruturas nobres, facilitando o procedimento e diminuindo as complicações tardias.

PALAVRAS-CHAVES: mesohepatectomia | metástase hepática | adenocarcinoma de mama

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 1906

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Sistematização do tratamento cirúrgico de volumoso cisto hepático

AUTORES/INSTITUIÇÕES: IASMIN CAVA DE SÁ (UNIRIO), ANDREA NEVES SOARES (UNIRIO), HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS (UNIRIO), RAFAEL MASSAO DA SILVA NAGATO (UNIRIO), ANDREA POVEDANO (UNIRIO), GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI (UNIRIO), HENRIQUE NEUBARTH PHILLIPS (UNIRIO), PEDRO EDER PORTARI FILHO (UNIRIO)

RESUMO: Introdução:Cistos hepáticos são frequentemente encontrados.Estima-se que cerca de 20% da população adulta brasileira tem esse tipo de lesão. A maioria são menores de 3 cm, facilmente identificadas a ultrassonografias e assintomáticos.Sintomas podem ocorrer em grandes cistos, e são geralmente relacionados a sangramento intra-cístico, o que modifica sua aparência morfológica.Nessa circunstância, diagnóstico diferencial com outros cistos, principalmente cistoadenoma e a doença hidática, pode ser difícil e cuidados especiais no pré e per-operatórios devem ser tomados.Descrição do vídeo:MFV, 65 anos, feminina, obesa, HAS, FA crônica, natural do Espírito Santo, onde realizava abate de suínos e aves. Paciente há 6 meses com queixa de astenia, náuseas e aumento da circunferência abdominal. Os exames de imagem apresentavamvolumosa lesão hepática à direita, predominantemente cística, com áreas sólidas e alguns pontos de calcificação parietais, medindo 24x15 cm. IgG não reagente para hidatidose(Imuniblot). Mesmo com a sorologia não reagente, diante da história clínica e imagem que sugeriam doença hidática e das consequências que a estratégia incorreta poderiam trazer para o paciente, como implantes hidáticos secundários e a reaçãoanafilática grave, foi optado pelo tratamento seguindo os princípios da doença hidática. Descrição da abordagem cirúrgica: Decúbito Dorsal com MSE abertoAnestesia geral com cateter periduralIncisão mediana com extensão lateral direitaProtegida a cavidade com compressas com peróxido de hidrogênio Aspirado conteúdo cuidadosamenteApós completa aspiração, instilado peróxido de hidrogênioReaspirado conteúdo após 6 minutosRessecção da cápsulaRevisão detalhada da hemostasia e lavagem de cavidadeFechamento da aponeurose em 2 planos com Prolene 0 e Vicryl 0Fechamento do subcutâneo com Vicryl 3.0Fechamento da pele com Nylon 4.0Curativo compressivo e enviado material para estudo histopatológico Conclusão:A abordagem de cistos volumosos deve ser cuidadosa, visando a proteção do paciente quanto a reações adversas como implantes hidáticossecundários ? no caso de um possível cisto hidaticocomo apresentado no presente trabalho- e reação anafilática grave. Sendo assim a abordagem cautelosa deve ser priorizada sempre que possível.

PALAVRAS-CHAVES: cisto hepático | hidatidose | calcificação hepática

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2123

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: hepatectomia direita com ressecção de lesão no S4A por videolaparoscopia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE JULIO DO REGO MONTEIRO FILHO (HOSPITAL MIGUEL COUTO), PAULO JOSE MOREIRA DE MACEDO (HOSPITAL MIGUEL COUTO)

RESUMO: Paciente sexo masculino de 55 anos com metástases colorretais é submetido a hepatectomia laparoscópica. Cuidado especial é tomado com uma lesão localizada no segmento 4A em íntima relação com a veia hepática média. OS Ligamentos umbilical e falciforme são seccionados. Um torniquete é colocado no pedículo hepático. O Lobo direito é amplamente mobilizado. A região das veias supra-hepáticas é dissecada. O pedículo glissoniano direito desse paciente era longo e todo no sulco de Rouviere e foi abordado diretamente com um stapler vascular. A linha de hepatotomia foi marcada com cautério. A lesão do segmento 4a foi incluída na linha de ressecção. A hepatotomia é feita com bipolar, bipolar avançado, aspirador ultrassônico e staplers. Uma parte do pedículo que não havia sido seccionada é seccionada. O lobo direito é ressecado. A superfície é coagulada com argônio. A câmera é colocada na região subcostal e a lesão do segmento 4A é dissecada com o aspirador ultrasônico. Ela é terminada de ser ressecada com um stapler. É aplicado um selante de fibrina e o fígado.

PALAVRAS-CHAVES: hepatectomia |videolaparoscopia|lobectomia direita

ÁREA: FÍGADO

CÓDIGO: 2649

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Ressecção de Tumor de Hilo Hepático por Laparoscopia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: TALITA DI SANTI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS SANTA CASA DE SÃO PAULO), VICTOR SUBYUNG LEE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS SANTA CASA DE SÃO PAULO), MARCELO CALLADO FANTAUZZI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS SANTA CASA DE SÃO PAULO), GABRIELA TOMAZ MARTINHO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS SANTA CASA DE SÃO PAULO), RAFAEL GUEDES DE TOLEDO BARROS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS SANTA CASA DE SÃO PAULO), ANDREAS JOHANN MOLNAR KOSZKA (HOSPITAL SAMARITANO), ANDRE IBRAHIM DAVID (HOSPITAL SAMARITANO)

RESUMO: Introdução: Relata-se o caso de uma mulher de 38 anos com teratoma de hilo hepático. Ela se apresentou com sensação de empachamento e dor abdominal há 6 meses. Não havia outros eventos clinicamente significantes da paciente e seu histórico médico prévio era normal. Ela negava alergias, hábitos ou uso de medicamentos contínuos. USG mostrou cisto hepático, confirmado com tomografia convencional: cisto extenso em lobo esquerdo, registrado através das seguintes imagens. Após a realização dos exames, foi proposto o destelhamento do cisto por meio de laparoscopia. A paciente recebeu alta uma semana após a cirurgia. Descrição: Ressecção de Tumor do hilo hepático por videolaparoscopia. Conclusão: Foi possível a ressecção total com segurança.

PALAVRAS-CHAVES: laparoscopia | hilo hepatico | teratoma

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 592

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: ADRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DE CARCINOMA DE SUPRARRENAL ESQUERDA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: FRANKLIN VIEIRA DE ALMEIDA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), GUSTAVO SAMPAIO PEREIRA ROCHA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MAÍRA DA CRUZ GONÇALVES LEAL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), RAFAEL RIBEIRO BARCELOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), THIAGO DE AGUIAR VALLADÃO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MARCO ANTONIO CORREA GUIMARAES FO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO)

RESUMO: Introdução: O câncer de adrenal é uma neoplasia rara cuja incidência é de 0,5 a 2 casos novos por milhão de pacientes, com pico de aparecimento na infância e entre a quarta e quinta décadas de vida, sendo mais comum no sexo feminino. Na maioria dos casos são esporádicos, porém podem estar associados a síndromes hereditárias. O acesso laparoscópico ainda é controverso no tratamento, mas a literatura já sugere vantagens no seu emprego em casos selecionados, principalmente naqueles com tumores menores que oito centímetros e limitados à suprarrenal. Descrição do vídeo: F.D.F, 28 anos, sexo feminino, admitida no ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) com relato de irregularidade menstrual, obesidade, hipertensão arterial, acne, hirsutismo, palpitações e hiperglicemia há cinco anos. Durante a investigação, foi realizada Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve, sendo visualizada massa em adrenal esquerda com índice de atenuação 40HU e washout demorado. Estudo complementado com Ressonância Magnética do Abdome evidenciou imagem em adrenal esquerda de 6,2cm no seu maior diâmetro sugestiva de "não-adenoma" de adrenal. Screening laboratorial evidenciou quadro de hipercortisolismo e negativo para hiperaldosteronismo e feocromocitoma. Optou-se por tratamento cirúrgico através de abordagem videolaparoscópica. Logo após o inventário da cavidade, iniciou-se a liberação da flexura esplênica do cólon utilizando pinça de energia, seguido de dissecação do polo inferior e acesso ao retroperitônio. Foram então identificados a cauda pancreática e o pedículo renal esquerdo. Após identificação e isolamento de veia adrenal esquerda, procedeu-se à clipagem dupla e secção da mesma. Em seguida ramos arteriais da adrenal foram selados com a pinça de energia. Procedeu-se então à dissecação e mobilização da glândula. Após revisão da hemostasia, a peça foi retirada protegida por um "bag". Estudo histopatológico revelou tratar-se de Carcinoma de baixo grau, estadiamento patológico pT2. Paciente recebeu alta hospitalar com 7 dias de pós operatório e encaminhada para Oncologia e Endocrinologia para continuidade do tratamento. Conclusão: O acesso laparoscópico para ressecção do câncer de adrenal é factível, conforme demonstrado no vídeo, com as vantagens inerentes da cirurgia minimamente invasiva, podendo ser utilizado, portanto, em casos selecionados.

PALAVRAS-CHAVES: ADRENALECTOMIA|VIDEOLAPAROSCOPICA|CARCINOMA

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2525

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: RESSECÇÃO LAPAROSCÓPICA DE LIPOMA RETROCECAL

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SILAS SOARES CAVALCANTE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ANA CARLA FRANCO UBINHA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), JULIANA DE SOUZA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), PAMELA SACALINA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ADRIELI HELOISA CAMPARDO PANSANI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CALED JAUDAT KADRI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DECIO LUIZ SILVA MAZZINI (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução: Os lipomas são os tumores de partes moles mais comuns na vida adulta, de crescimento lento, que formam massas lobuladas que podem ou não ser recobertos por uma fina cápsula fibrosa. São tumores mesequimais benignos que podem se desenvolver em praticamente todos os órgãos do corpo, sendo em sua maioria no tecido subcutâneo. No aspecto histopatológico, são constituídos basicamente de adipócitos maduros que variam consideravelmente em tamanho. Possuem uma consistência amolecida, de aspecto gelatinoso e de superfície lisa, móveis e frequentemente são assintomáticos. Dependendo de sua localização e da proximidade com outras estruturas, podem acarretar limitações funcionais devido ao tamanho e peso excessivo, levar ao linfedema, à dor ou a compressão de nervos e vísceras: o que ocorre, por exemplo, em casos de tumores na região do retroperitônio. Descrição do vídeo: Foi realizada ressecção laparoscópica do lipoma em região retroperitoneal à direita (retrocecal), com punção dos trocateres em região umbilical (11mm), em flanco esquerdo (5mm), em flanco direito (5mm) e em hipocôndrio esquerdo (5mm). Foi realizada a manobra de Catel, de deslocamento medial do cólon direito, com exposição do retroperitônio. Foi feita a abertura do retroperitônio e da goteira, com dissecação em monobloco do lipoma retroperitoneal/retrocecal, sem intercorrências. A retirada da peça foi feita por incisão mediana transumbilical de 8 cm. Conclusão: O sangramento intra-operatório menor, a melhor visualização das estruturas anatômicas, menos dor pós-operatória, deambulação precoce e descarga rápida fazem da laparoscopia uma boa escolha de modalidade cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias Retroperitoneais | Lipoma | Procedimentos Cirúrgicos Operatórios

ÁREA: MISCELÂNEA

CÓDIGO: 2913

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Complicações vasculares em videocirurgia avançada

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ALEXANDRE CHARTUNI PEREIRA TEIXEIRA (HSL), ISADORA ÍSIS FERNANDES VIEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO), CAROLINA ERY HOSAKA DE VASCONCELOS (HSL), ADRIANO PAMPLONA (HSL), NALISSON ARAÚJO (HSL)

RESUMO: Introdução: Com a recente popularização da videocirurgia, técnicas e cirurgias complexas passaram a ser realizadas por esta via de acesso. Devido à necessidade de dissecação de estruturas vasculares, de realização de grandes linfadenectomias e abordagem de locais antes inacessíveis à videocirurgia, complicações hemorrágicas podem ocorrer no intra-operatório. Neste trabalho mostramos casos em que as complicações vasculares foram adequadamente tratadas sem necessidade de conversão a laparotomia. Descrição do vídeo: O vídeo apresenta 3 casos em que houve lesão de grandes vasos abdominais, com o tratamento sendo realizado por videolaparoscopia. No primeiro caso houve sangramento da veia porta durante uma duodenopancreatectomia por videolaparoscopia. O segundo caso mostra a lesão da veia hepática esquerda e veia cava inferior no momento da realização de hepatectomia esquerda por videolaparoscopia. O terceiro caso evidencia o sangramento da artéria hepática esquerda após a linfadenectomia em uma gastrectomia total por neoplasia gástrica. Todos os casos foram tratados com sutura intracorpórea, com sucesso. Conclusão: A videocirurgia avançada apresenta vantagens evidentes no pós-operatório de casos complexos. Porém, o cirurgião e a equipe devem estar preparados para o tratamento de potenciais complicações vasculares. Experiência com sutura laparoscópica e equipamentos adequados são fundamentais para o sucesso do tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: Conversão para cirurgia aberta | Laparoscopia | Sangramento

PAREDE ABDOMINAL

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 783

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: HÉRNIA INGUINAL RECIDIVADA POR VIDEOLAPAROSCOPIA: REABORDAGEM PELA MESMA VIA (r-TAPP)

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS (GASTROMED), LEANDRO CARDOSO BARCHI (GASTROMED), VICTOR POZZI LOVERSO (GASTROMED), ALETHEA GENOVESI (GASTROMED), MATEUS VANNI (GASTROMED), LUAN ARAUJO FALCAO (GASTROMED), BARBARA DE MOURA GUELERE (GASTROMED), BRUNO ZILBERSTEIN (GASTROMED)

RESUMO: Introdução: A correção cirúrgica das hérnias inguinais é uma das mais antigas intervenções. O critério da eficácia cirúrgica era avaliado em função das recidivas. A ocorrência da recidiva após correção cirúrgica da hérnia inguinal sem tela chegava a 15%. Com o uso de telas, as recidivas diminuíram significativamente e com a realização por videolaparoscopia oscilam em torno de 0-4%. A reabordagem por via laparoscópica é pouco utilizada. Este vídeo expõe os passos técnicos empregados no acesso videolaparoscópico da hérnia inguinal recidivada. Relato de Caso: Trata-se de paciente com hérnia inguinal recidivada, após tratamento cirúrgico por videolaparoscopia, abordado pela técnica transabdominal total, 15 meses após a primeira operação. Após liberação de aderências, foi aberto o peritônio parietal acima do defeito herniário sem remoção da tela anteriormente colocada. Observa-se dissecação delicada dos vasos epigástricos com ligadura da veia epigástrica. Em seguida traciona-se o saco herniado evidenciando-se o defeito ao nível do Triângulo de Hasselbach. Terminada a dissecação e colocada nova tela de proelene, tamanho 15 x 17 cm, para correção do defeito. Realizada fixação de tela com auxílio de adesivo tecidual de cianoacrilato e posterior fechamento de peritônio com sutura contínua com fio V-LOC®. Conclusão: O reparo laparoscópico da hérnia recidivada é possível mesmo nos casos de recorrência após procedimento videolaparoscópico.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA INGUINAL | R-TAPP | HERNIA INGUINAL RECIDIVADA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 912

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA: USO DO CIANOACRILATO COMO FIXADOR DA TELA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM SÃO LUÍS-MA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), LUIS EDUARDO VERAS PINTO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), TALVANE DA SILVA GOMES NETO (UFMA), GIULIANO PEIXOTO CAMPELO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), MAYSA QUEIROZ MACIEL (UNICEUMA), FRANCISCO DAS CHAGAS PIMENTA NETO (UFMA), ABDON JOSE MURAD JUNIOR (HOSPITAL SAO DOMINGOS), MARCOS ROBERTO DIAS MACHADO JUNIOR (HOSPITAL SAO DOMINGOS)

RESUMO: Introdução: A cirurgia laparoscópica no tratamento da hérnia inguinal passou a ser rotina na última década. Os motivos são vários, sendo o principal deles a menor incidência de dor crônica referida na região por lesões nervosas. No entanto, mesmo que em menor escala, tal problema persiste na técnica laparoscópica, o que levou a criação de diversas técnicas de fixação da tela e materiais na tentativa de reduzir ainda mais tal risco. Nesse contexto, destaca-se o uso do composto adesivo de cianoacrilato para fixação das telas, que demonstra excelentes resultados e menor incidência de dor aguda e crônica referida, além de menor custo. Objetivo: demonstrar a técnica de fixação da tela na cirurgia laparoscópica para tratamento de hérnia inguinal utilizando o cianoacrilato em um hospital universitário. Método: foram realizadas 15 hernioplastias inguinais laparoscópicas pela técnica transabdominal pré-peritoneal (TAPP) no período de fevereiro de 2014 a dezembro de 2015 no Hospital da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) em São Luís- MA. Um catéter de anestesia peridural número 16 foi utilizado como aplicador da cola e a mesma foi colocada em uma seringa de 1 ml e dispensada diretamente na tela posicionada conforme demonstrado no vídeo. Resultados: A média de tempo cirúrgico foi de 110 minutos realizada pelos residentes do serviço. O tempo de internação médio foi de 1,3 dias com evolução sem dor aguda importante. Não houve recidiva até o momento. Conclusão: a fixação da tela na hernioplastia inguinal laparoscópica com o cianoacrilato foi segura e mostra-se como uma opção no tratamento dessa patologia, principalmente com fins de ensino e treinamento devido menores custos. KUKLETA JF, Freytag C, Weber M. Efficiency and safety of mesh fixation in laparoscopic inguinal hernia repair using n-butyl-cyanoacrylate: long-term biocompatibility in over 1, 300 mesh fixations. *Hernia*. 2012;16(2):153-162. MENSOR, Luciana et al. Análise de custo-efetividade do n-butil-cianoacrilato para fixação de telas em hernioplastias inguinais sob a perspectiva da saúde suplementar brasileira. *JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, v. 8, n. 2, 2016. TEBALA, Giovanni D et al. Cyanoacrylate Glue versus Suture Fixation of Mesh in Inguinal Hernia Open Repair: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Gastroenterol Hepatol Open Access*, v. 2, 2015.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIOPLASTIA INGUINAL|CIANOACRILATO|LAPAROSCOPIA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1104

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA À TTAP COM USO DE TELA PRO-GRIP

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OCTAVIO LUIS ALVES DA SILVA (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), PAULO MARCOS LOPES (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), ADRIANO VERAS OLIVEIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), MOISÉS FRANCISCO DA CRUZ NETO (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), GUSTAVO GOMES MARTINS (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), WALTER BATISTA DE SANTANA NETO (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), CARLOS MAGNO QUEIROZ DA CUNHA (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR)

RESUMO: Introdução: A primeira herniorrafia inguinal foi realizada em 1887 por Bassini e é atualmente o procedimento cirúrgico eletivo mais realizado em todo o mundo. Com a realização dessa correção por via videolaparoscópica em 1982 por Ger, surgiram diversas aparatos para facilitar tal técnica, entre elas o uso de telas que não necessitam de fixação, como a ProGrip. Esta possui uma face de micro-Grips, que atua como ?velcro? e outra face lisa feita de poliéster monofilamentar. Apresentamos aqui, relato de caso de um paciente de 43 anos que apresentava hérnia inguinal direita e foi submetido a hernioplastia inguinal direita por vídeo com aposição de tela ProGrip?. Sem intercorrências no peri e no pós operatório(PO), foi liberado no 1º PO e recebeu alta ambulatorial no 20º PO, sem dor e com cicatriz em boas condições.Descrição do Vídeo: A técnica utilizada foi a Transabdominal Peritoneal (TAPP) com 3 trocateres, sendo 1 de 10mm na cicatriz umbilical e outros 2 trocateres de 5 mm paralelos a linha paramediana. Com o paciente em Trendelenburgo e lateralização a esquerda em 15° se inicia a inspeção da região inguinal, identifica-se os vasos epigástricos inferiores, vasos espermáticos, ducto deferente, anel inguinal interno e a falha no triângulo de Hasselbach. O peritônio é incisado alguns centímetros acima da falha, a partir da região da espinha íliaca ântero-superior até o ligamento umbilical. Então o plano avascular pré peritoneal é dissecado até exposição completa do ligamento inguinal, ligamento de Cooper, anel inguinal interno e vasos espermáticos. Nesse momento é realizado a identificado o saco herniário e realizada sua redução. A tela Pro-Grip de 11x7cm é introduzida pelo portal umbilical de 10mm e devido a sua propriedade de auto-aderente ela é aberta de medial para lateral, tendo os seus pontos de fixação no ligamento de Cooper e cobrindo o defeito herniário da região crural. Após revisão da hemostasia, é realizado o fechamento do peritônio com sutura contínua, utilizando caprofil 2-0. eguido da retirada dos trocateres sob visualização direta e síntese por planos.Conclusão: Com o uso da tela sem fixação é possível a diminuição do tempo cirúrgico, o que sabidamente diminui o risco de infecção, além de propiciar menor dano tecidual devido não utilizar ponto ou grampo laparoscópico, conseqüente menor trauma cirúrgico e risco de sangramento. Portanto, a combinação da videocirurgia com este aparato gera resultados satisfatórios, beneficiando o paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Laparoscopia | Hérnia inguinal | Tela cirúrgica

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1278

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Tratamento da hérnia de spiegel por laparoscopia sem necessidade de material especial

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), MURILLO DE LIMA FAVARO (UNISA), SILVIO GABOR (UNISA), LIGIA RIBEIRO (UNISA), TIAGO BEZERRA MACHADO (UNISA), AMANDA REZENDE (UNISA), MARSELLE RIBAS (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: Introdução: A Hérnia de Spiegel, uma hernia ventral lateral, aparece na face lateral do Músculo Reto Abdominal, na linha semilunar, e pode ocorrer do 9º arco costal até a Púbis. Aparece entre 1 e 2% de todas as hernias ventrais. Acomete mais o lado esquerdo e é mais comum em mulheres após a quinta década de vida e em obesos. A principal queixa é dor e um pequeno abaulamento na lateral do músculo reto. Quando há encarceramento ou estrangulamento podem aparecer sinais de obstrução intestinal ou abdomen agudo. O diagnóstico deve ser feito pelo EF e a suspeita clínica confirmada por ultrassom ou tomografia. O tratamento é cirúrgico por via laparoscópica preferentemente. Descrição do Vídeo: C.T. S., feminino, 42 anos, IMC de 28 Kg/M2, atendida no PS com dor abdominal de forte intensidade em flanco esquerdo. Ao EF apresentava nodulação na linha semilunar direita, endurecida e não móvel. Realizada tomografia que mostrou tartar-se de Hérnia de Spiegel com conteúdo de gordura e sem alça intestinal. A nodulação foi reduzida por manobra digital e a paciente encaminhada para laparoscopia. Conduta: Realizada laparoscopia com colocação de tela de prolene em posição pré peritoneal e fechamento do flap de peritônio com uso de material corriqueiro de laparoscopia. Conclusão: A Hérnia de Spiegel, apesar de pouco comum, exige tratamento cirúrgico, que pode ser realizado por via aberta ou laparoscópica (TAPP ou TEP) com tela IPOM ou pré peritoneal e que não exige nenhum material especial para sua realização.

PALAVRAS-CHAVES: hernia ventral | laparoscopia | telas cirúrgicas

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 1721

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Tratamento da hérnia incisional por videolaparoscopia - ?IPOM PLUS?

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAURICE YOUSSEF FRANCISS (GASTROMED), DANILO BUGALHO GALDIANO (GASTROMED), DEIVID GRINBERGAS MIZIARA (GASTROMED), LEANDRO CARDOSO BARCHI (GASTROMED), MAURICIO CORREIA MAUAD (GASTROMED), LUAN ARAUJO FALCAO (GASTROMED), BRUNO ZILBERSTEIN (GASTROMED)

RESUMO: Introdução A hérnia incisional é afecção comum, que ocorre em cerca de 11% das laparotomias.¹ Vários fatores estão envolvidos na sua formação, como: obesidade, idade avançada, desnutrição, múltiplas laparotomias e deficiência de colágeno. Em geral, surge nos primeiros cinco anos após a operação.^{2,3} Sua correção por técnica videolaparoscópica é minimamente invasiva, com menor trauma cirúrgico, menor tempo de cirurgia em centros referenciados e menor taxa de infecção da ferida operatória, com redução do tempo de internação.⁴ Uma das complicações mais temidas desta técnica é a lesão de alças intestinais, presente em até 3,5% dos casos, mais frequente que no reparo por via laparotômica.⁵ Com relação a taxa de recorrência da hérnia, não há diferença entre a via convencional e laparoscópica, de acordo com a literatura.⁶ A técnica de hernioplastia incisional - IPOM PLUS, consiste no fechamento do defeito herniário e fixação da tela ?separadora de tecido? intra-abdominal, com uso de grampeador ou com sutura transfascial ou intraperitoneal. Neste estudo, descreve-se caso clínico de paciente com hérnia incisional mediana submetido à correção cirúrgica por esta técnica. Relato de caso Paciente do sexo masculino, 57 anos, submetido à cirurgia de sigmoidectomia por laparotomia mediana há 4 anos. Referia abaulamento e desconforto aos esforços na região da cicatriz operatória desde o 6o mês de pós operatório, sem outras comorbidades. Ao exame físico, apresentava defeito na aponeurose em toda extensão da cicatriz longitudinal mediana, com hérnia redutível e indolor a palpação. Foi optada a técnica IPOM PLUS para correção da hérnia. O vídeo demonstra os passos técnicos desta intervenção: após realização do pneumoperitônio e colocação de três trocarteres, realiza-se a lise de aderências liberando as alças de delgado da parede abdominal anterior. Após exposição do defeito herniário, é realizada sutura contínua da diástase dos músculos retos abdominais com fio barbado ?V-Loc 2-0®?, e fixada a tela ?separadora de tecido? Ventralight ST Echo PS® intraperitoneal com grampos absorvíveis, cobrindo com sobreposição de 5 cm todo defeito herniário. Neste vídeo, pode-se acompanhar os passos técnicos desse procedimento. Conclusão Após 6 meses da operação, o paciente encontra-se sem sinal de recidiva e com função da parede abdominal preservada. O reparo de hérnia incisional pela técnica IPOM PLUS é eficaz, seguro e factível dentre as modalidades de tratamento para esta condição.

PALAVRAS-CHAVES: HERNIA INCISIONAL|IPOM PLUS|VIDEOLAPARORCOPIA

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2333

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Tratamento laparoscópico de hernia inguinal e de Spiegel ipsilateral

AUTORES/INSTITUIÇÕES: THIAGO AUGUSTUS BLASCO E SILVA (HOSPITAL MADRE TERESA), GUSTAVO MUNAYER ABRAS (HOSPITAL MADRE TERESA), GERALDO JOSE DE SOUZA LIMA (HOSPITAL MADRE TERESA), EDUARDO GODOY CASTRO (HOSPITAL MADRE TERESA), LIVIO JOSE SURETTI PIRES (HOSPITAL MADRE TERESA), EDSON GOMES SILVA (HOSPITAL MADRE TERESA), PRISCILA FREITAS MARÇAL (HOSPITAL MADRE TERESA), LEONARDO VILAS FREIRE GODOY (HOSPITAL MADRE TERESA)

RESUMO: Introdução: Paciente do sexo masculino, portador de hérnia inguinal recidivada (técnica prévia com tensão) e hérnia de Spiegel primária. Já submetido previamente a um by-pass femoro-femoral, fator dificultador em caso de uma possível correção por via convencional. Descrição do vídeo: Realizada herniorrafia pela técnica transabdominal pré-peritoneal (TAPP) com dissecação de ambas as hérnias e posicionamento de tela única. O tempo operatório foi de uma hora e quarenta e dois minutos, com dificuldade para a dissecação do espaço pré-peritoneal devido a fibrose local, mas sem intercorrências. O paciente recebeu alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório, apresentando até o momento evolução satisfatória em seu acompanhamento ambulatorial. Conclusão: A concomitância de uma hérnia de Spiegel associada à recidiva da hérnia inguinal e ao by-pass femoro-femoral fizeram com que a via de acesso laparoscópica fosse uma excelente opção para o tratamento do paciente em questão. Além de maior facilidade técnica para a equipe, o paciente se beneficiou de todas as vantagens relacionadas à cirurgia minimamente invasiva.

PALAVRAS-CHAVES: Spiegel | TAPP | Hérnia

ÁREA: PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO: 2705

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Correção de hernia incisional videolaparoscopica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUCAS FRANCO MUNIZ (HOSPITAL GUILHERME ALVARO)

RESUMO: Introdução:Os avanços da medicina e das técnicas cirúrgicas cresceram juntos desde o início do século XX. As cirurgias sobre o abdome desenvolveram-se com muita rapidez. Quase todos os cirurgiões, desde o final do século XIX, passaram a praticar intervenções cirúrgicas tanto para correção de lesões naturais da parede abdominal como para tratar doenças da cavidade abdominal.No início do século XX, não se conhecia bem, ainda, a anatomia e fisiologia da parede abdominal, o que propiciou algumas iatrogenias, independente da competência dos cirurgiões, por ocasião das laparotomias destinadas a tratar várias enfermidades da cavidade abdominal. Mesmo obtendo sucesso no objetivo da intervenção cirúrgica, um problema era eventualmente detectado: a hérnia incisional.A reparação das hérnias ventrais continua a ser um desafio para os cirurgiões devido à elevada taxa de recorrência (31% a 54%). O uso de malha reduz significativamente a taxa de recorrência em menos de 10%. No entanto, a ampla dissecação de tecidos para a colocação da malha, aumenta a incidência de infecções cirúrgicas e outras complicações relacionadas em 12%.O tratamento laparoscópico da hérnia ventral ganhou espaço em debates reais entre cirurgiões, principalmente, relacionados às técnicas e à indicação para este tipo de cirurgia.Em 1993, Le Blanc e Booth foram os primeiros a descrever o acesso laparoscópico para hérnia ventral. Desde então, esta via foi considerada uma técnica alternativa para laparotomia.O presente vídeo Livre tem por objetivo a descrição da técnica operatória de uma paciente com POT de retossigmoidectomia por diverticulite aguda em 2015, paciente tabagista, obesidade grau I, soropositiva, evoluiu após 1 ano e 8 meses com hernia incisional em parede ventral. Descrição do Vídeo:No mesmo foi apresentado, a delimitação da hernia incisional tanto externa quanto internamente pela videolaparoscopia, e fixação de tela ao redor do anel herniario com grampeador de tela por video securestrap. Conclusão:A correção de hernia incisional videolaparoscopica no caso apresentado mostrou se bastante eficaz quanto a resolução do quadro assim como um pos operatorio com menor queixa algica e menos invasivo em relação a correcao de hernias incisionais em comparação com casos laparotomicos.

PALAVRAS-CHAVES: hernia incisional|hernia de parede abdominal|hernia recidivada

TRAUMA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1139

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Relato de Caso: Perfuração diafragmática e gástrica por segmento fraturado de costela em trauma contuso tratado por laparoscopia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: GABRIEL SCHNITMAN (HC-FMUSP), ADILSON COSTA RODRIGUES JR (HC-FMUSP), LEONARDO BRANCO AIDAR (HC-FMUSP), HELBER VIDAL GADELHA LIMA (HC-FMUSP), MASAHIKO AKAMINE (HC-FMUSP), SERGIO HENRIQUE BASTOS DAMOUS (HC-FMUSP), EDIVALDO MASSAZO UTIYAMA (HC-FMUSP)

RESUMO: INTRODUÇÃO: Fratura de costela pode causar lesões torácicas e abdominais. Está associada a lesões de órgãos sólidos abdominais, porém é pouco relacionada com lesão de víscera oca. Perfuração gástrica é muito rara e há somente um relato de caso na língua Inglesa e outros dois casos em literatura Japonesa. Lesão traumática de diafragma é menos rara e sua morbimortalidade é determinada principalmente pelas lesões associadas. Pode representar uma ameaça imediata a vida quando há herniação aguda de órgãos abdominais para o tórax. Pode passar despercebida no exame inicial e requer alto índice de suspeição. Relatamos o caso de um paciente de 47 anos vítima de atropelamento. Após atendimento inicial com drenagem de tórax a esquerda, detectadas múltiplas fraturas de costelas a esquerda, associadas a contusão pulmonar. Durante evolução nos dois primeiros dias, paciente apresentou piora clínica, sepse e saída de conteúdo claro pelo dreno torácico. Devido a suspeita de lesão esofágica, realizado exame contrastado que não revelou extravasamento de contraste e mostrou pneumoperitônio. Com hipótese de lesão esofágica distal ou gástrica, paciente foi submetido a laparoscopia. DESCRIÇÃO DO VÍDEO: Realizada laparoscopia diagnóstica, com achado de perfuração de 1cm em fundo gástrico com saída de contraste e líquido entérico, além de laceração de 2cm em diafragma esquerdo, próximo a localização da perfuração gástrica e múltiplas fraturas de arcos costais. Realizada sutura de lesão gástrica por laparoscopia, seguido de toracoscopia com lavagem da cavidade pleural e drenagem torácica a esquerda. Realizada sutura de lesão diafragmática por laparoscopia e drenagem da cavidade abdominal por contaminação importante. CONCLUSÃO: Complicações comuns de fraturas de costelas são pneumotórax e enfisema subcutâneo. Podem levar a lesão de diafragma, baço e fígado. Na lesão de diafragma, diagnóstico precoce pode prevenir complicações graves e tomografia é o melhor método diagnóstico. Muito raramente, fraturas de costelas podem ser causa de lesão oculta de víscera oca. Perfuração gástrica por costela fraturada é um evento pouco descrito em literatura. Um alto índice de suspeição é necessário já que exames clínicos e radiológicos podem ser pouco elucidativos. Não há nenhum relato na literatura de tratamento deste tipo de lesão por laparoscopia. Novos estudos são necessários para melhor definição da investigação diagnóstica e conduta na suspeita de lesão de víscera oca por fratura de costela.

PALAVRAS-CHAVES: FRATURA DE COSTELA|TRAUMA PERFURATIVO DE ESTÔMAGO|LAPROSCOPIA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1187

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: PERFURAÇÃO ESOFÁGICA TRAUMÁTICA ? CORREÇÃO POR VÍDEO-TORACOSCOPIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA (IJF), FRANCISCO SOARES VELOSO NETO (IJF), ÍTALO EUGÊNIO SOUZA GADELHA DE ABREU (IJF), PLÍNIO HENRIQUE FERNANDES LEANDRO (IJF), HELADIO FEITOSA DE CASTRO FILHO (IJF), GOTARDO DUARTE DUMARESQ (IJF), FRANCISCO MARTINS NETO (IJF)

RESUMO: Introdução: Os traumas penetrantes de tórax, principalmente as lesões por projéteis de arma de fogo, possuem grande potencial de injúria de estruturas do mediastino. A avaliação adequada desses pacientes, aliada a certo grau de suspeição do cirurgião, leva ao diagnóstico precoce. Relatamos o caso de paciente que apresentou perfuração esofágica traumática por projétil de arma de fogo corrigida por vídeo-toracoscopia. Mulher, 22 anos, apresentou trauma torácico penetrante por projétil de arma de fogo com entrada em hemitórax direito (HTD), e saída em hemitórax esquerdo (HTE). Deu entrada no departamento de emergência do Instituto Dr. José Frota (IJF) apresentando dor torácica e dispnéia. Realizada endoscopia digestiva alta que mostrou orifício de perfuração em esôfago distal logo acima da transição esofagogástrica. Após avaliação do serviço de cirurgia torácica do IJF, foi indicado procedimento cirúrgico. Descrição do Vídeo: Paciente posicionada em decúbito lateral esquerdo. Submetida a pleuroscopia por vídeo à direita com utilização de 4 portais, sendo realizada decorticação pulmonar, abertura de mediastino posterior com saída de secreção purulenta e saliva, liberação do esôfago com visualização direta da lesão em terço inferior do esôfago. Em seguida, realizado bloqueio da lesão esofágica com patch de pleura parietal e musculatura intercostal colocado sobre a lesão e suturado; deixado dreno justaesofágico. Deixada paciente com sonda nasoenteral. Paciente deixada em toracostomia fechada sob selo d'água. Após 7 dias de dieta por via oral zerada, foi realizado teste de azul de metileno, que foi negativo para fístula esofágica, sendo iniciada a dieta oral. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, indo de alta. No seguimento ambulatorial, encontra-se assintomática e com ganho de peso. Conclusão: Os traumas torácicos por projéteis de arma de fogo transfixantes são um desafio para o cirurgião. Em algumas situações, mesmo com a avaliação clínica detalhada, lesões despercebidas acabam por complicar o prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: PERFURAÇÃO ESOFÁGICA|TRAUMA TORÁCICO|VÍDEO-TORACOSCOPIA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1200

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: ESTERNOTOMIA APÓS FERIMENTO POR ARMA BRANCA EM ZONA DE ZIEDLER

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SILAS SOARES CAVALCANTE (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), ANA CARLA FRANCO UBINHA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), PAMELA SACALINA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), MATEUS NOBILE SALEMME (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO), CIRO CARNEIRO MEDEIROS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), MÁRIO ISSA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), LEONARDO MORAES DE ALBUQUERQUE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), DANILO TOSHIO KANNO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO)

RESUMO: Introdução Ferimentos penetrantes que acometem a face anterior do tórax, especialmente na zona de Ziedler, merecem atenção especial, já que aproximadamente 30% das lesões nessa região atingem o coração. Esse vídeo apresenta um caso de ferimento por arma branca em zona de Ziedler, tratado pelos departamentos de Cirurgia Geral e Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário São Francisco, em Bragança Paulista ? SP. Descrição do Vídeo Paciente, 30 anos, encaminhado ao serviço de referência após tentativa de suicídio. Refere ter introduzido a faca e caído sobre ela com o peso do próprio corpo. Apresentava-se com vias aéreas pérvias, saturando 100% em ar ambiente; murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos, frequência respiratória de 26 e dreno de tórax à esquerda. Apresentava-se hemodinamicamente estável, frequência cardíaca de 92; Glasgow 15, porém confuso. Identificado orifício paraesternal esquerdo, de aproximadamente 2cm, sem sinais de sangramento ativo. Tomografia revelou arma branca, com metade anterior na projeção pericárdica e metade posterior alojada no parênquima pulmonar, à 0,3 cm da aorta descendente. Na abordagem cirúrgica, foi optado por toracotomia mediana transternal, com pericardiotomia a seguir. Foi identificada a arma branca na porção inferior do pericárdio, com hematoma na região anterior do ventrículo direito e discreta contusão pulmonar. Não houve complicações na retirada do objeto. Sem lesões de esôfago, traquéia ou grandes vasos. Paciente evoluiu bem, tendo alta hospitalar no 8º dia pós-operatório, sem intercorrências. Conclusão Pacientes com ferimentos penetrantes em região torácica devem ter seu diagnóstico e tratamento extremamente individualizados. No caso apresentado, a circunstância do ferimento, com a faca inteiramente dentro do tórax, sugeria a necessidade imediata de intervenção cirúrgica. Porém, o uso de métodos de imagem, são interessantes para excluir possíveis lesões adicionais.

PALAVRAS-CHAVES: Esternotomia | Ferimentos Penetrantes | Traumatismos Torácicos

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 1203

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: ESOFAGECTOMIA VÍDEO-TORACOSCÓPICA DE SEGMENTO DE ESÔFAGO EXCLUÍDO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ROBERTO DA SILVA FERREIRA (IJF), ÍTALO EUGÊNIO SOUZA GADELHA DE ABREU (IJF), ALYSSON AMARAL BARRETO (IJF), VITOR TEIXEIRA HOLANDA (IJF), FRANCISCO EDUARDO SIQUEIRA DA ROCHA (IJF), RICARDO MONTEIRO DE SÁ BARRETO (IJF), FRANCISCO MARTINS NETO (IJF), JOSE HUYGENS PARENTE GARCIA (IJF)

RESUMO: Introdução: O tratamento das lesões traumáticas complexas de esôfago sempre é um desafio para o cirurgião. As condutas tomadas para o tratamento dessas patologias possuem impacto direto na vida do paciente, afetando significativamente sua qualidade de vida e estado nutricional. Relatamos o caso de paciente que apresentou lesão complexa do esôfago após impactação de corpo estranho, sendo necessário tratamento cirúrgico em várias etapas. Mulher, 19 anos, apresentou engasgo com corpo estranho (osso de galinha). Houve demora na procura por atendimento médico. Após 10 dias, evoluiu com disfagia importante, edema cervical e febre. Deu entrada no departamento de emergência do Instituto Dr. José Frota (IJF), com a clínica relatada, sendo realizada endoscopia digestiva alta, que mostrou corpo estranho impactado a cerca de 20cm da arcada dentária superior, obstruindo quase totalmente a luz do órgão, associada a perfuração esofágica e abscesso local. Foi submetida a cervicotomia exploradora esquerda, sendo realizado desbridamento da lesão, rafia do coto esofágico distal, esofagostomia do coto proximal e jejunostomia para via de alimentação temporária. Paciente evoluiu bem no pós-operatório. Após 6 meses, foi readmitida para se submeter a reconstituição do trânsito alimentar através do trabalho conjunto das equipes das cirurgias geral e torácica do IJF. Descrição do Vídeo: Paciente posicionada em decúbito lateral esquerdo. Realizada vídeo-toracoscopia através de 4 portais. Realizada dissecação e isolamento de todo o esôfago com utilização de pinça Hook conectada ao bisturi elétrico e esofagectomia do segmento de esôfago que foi excluído na cirurgia anterior. Conclusão: A utilização da abordagem por vídeo no tórax diminui a morbidade dos procedimentos invasivos.

PALAVRAS-CHAVES: ESOFAGECTOMIA NO TRAUMA | CIRURGIA TORÁCICA | PERFURAÇÃO ESOFÁGICA

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 2817

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Hérnia Diafragmática Aguda pós-Traumática: correção por videolaparoscopia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ANDRE BRANDALISE (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), BRUNO LOMBARDI FARIAS (HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), CLAUDIA LORENZETTI (CENTRO MEDICO DE CAMPINAS), NILTON CESAR ARANHA (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS), NELSON ARY BRANDALISE (CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS)

RESUMO: A hérnia diafragmática traumática é uma entidade rara, de alta mortalidade, provocada em decorrência de trauma fechado no abdome ou de penetração tóraco-abdominal. A incidência varia entre 0,8% a 42% a depender do local do trauma. Grande parte dos pacientes são assintomáticos inicialmente, apresentando como primeiro sinal de descompensação o comprometimento respiratório. A correção desses defeitos pode ser feita por laparotomia, toracotomia ou ainda, mais recentemente, por acesso minimamente invasivo. O vídeo apresenta correção videolaparoscópica de hérnia diafragmática traumática aguda, em paciente de 19 anos após acidente automobilístico. Após estabilização hemodinâmica foi diagnosticada volumosa migração de estômago, cólon e epiplon para hemitórax direito. Como o paciente permanecia estável, foi optada correção por videolaparoscopia.

PALAVRAS-CHAVES: Hernia diafragmática | trauma abdominal | laparoscopia

ÁREA: TRAUMA

CÓDIGO: 3079

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Conduitas em FAB transicao toracoabdominal e zona de ziedler

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNA PEREZ VAZQUEZ (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), FELIPE ARAKAKI GUSHIKEN (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), ALEXANDRE SHINITI SASSATANI (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), JOSE GUSTAVO PARREIRA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), JOSE CESAR ASSEF (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), JACQUELINE ARANTES G. PERLINGEIRO (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO), LUCA GIOVANNI ANTONIO PIVETTA (IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO)

RESUMO: IntroduçãoOs ferimentos penetrantes da transição toracoabdominal tem incidência de 9 a 47% de lesão diafragmática, sendo de difícil diagnóstico nos pacientes oligo ou assintomáticos, podendo ter uma apresentação tardia dos sintomas. Já os ferimentos penetrantes torácicos podem ser graves e fatais, com incidência de 30% de lesão cardíaca em vítimas de trauma penetrante em Zona de Ziedler. Descrição do vídeoO vídeo mostra uma janela subxifoidea, que apesar da saída de 300mL de secreção sero hemática turva do espaço pericárdico, não apresentava sangramento ativo. A seguir mostra uma videolaparoscopia, com aderências do grande omento sobre diafragma e estômago, aderência do lobo hepático esquerdo sobre diafragma, discreta quantidade de líquido livre com aspecto purulento. Lesão diafragmática a esquerda e 3 pontos de perfuração gástrica tamponados. Realizado endoscopia digestiva intraoperatória, que mostrou 3 lesões na parede anterior gástrica, sendo duas delas extra-mucosas, sem lesões na parede posterior e portanto sem transfixação do órgão, o que tornou seguro o tratamento definitivo das lesões apenas com a sutura. A seguir nota-se a sutura das lesões diafragmáticas e gástricas. ConclusãoOs ferimentos de transição toracoabdominal necessitam de alto índice de suspeita e busca ativa para diagnóstico de lesões associadas. Lesões diversas podem passar despercebidas no exame inicial. A videolaparoscopia é um método seguro tanto para diagnóstico como terapêutica, podendo ser complementada com outros métodos diagnósticos para melhor condução dos casos.

PALAVRAS-CHAVES: FAB | Transicao toracoabdominal | Zona de Ziedler

URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 595

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: INDICAÇÕES E RELEVÂNCIA DA ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DO AGUDO GINECOLÓGICO

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), RAFAEL SILVA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), FILIPE MIGUEL BRITO FERNANDES DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), HELDA CRYSTIANE CIRILO TELES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), NAIANA MOTA ARAÚJO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Introdução: A videolaparoscopia tem avançado nos últimos anos, possibilitando uma série de procedimentos, antes jamais imaginados, por essa via. Com esse avanço, novas patologias ginecológicas puderam ser diagnosticadas e tratadas. Contudo, os cirurgiões precisaram se adaptar e aperfeiçoar essas incipientes técnicas. Descrição do vídeo: Editou-se um vídeo contendo imagens de cinco casos de abordagem laparoscópica diagnóstica e terapêutica de abdome ginecológico, sendo que quatro destes tratavam-se de abdome agudo hemorrágico, estando todas as pacientes hemodinamicamente estáveis. Os casos foram decorrente das seguintes patologias: Tumor de ovário, Ruptura de cisto hemático ovariano, Prenhez ectópica rota, Tumor de ovário torcido com teratoma e Abscesso tubo-ovariano por torção tubária, e Cisto tubário bilateral. No tumor sólido de ovário utilizou-se o "endoloop" em substituição à clipagem para ligadura do tumor, conseguinte a sua retirada. Na Ruptura de cisto de ovário hemático, após aspiração e lavagem do conteúdo sanguinolento, realizou-se como conduta terapêutica a exérese do cisto e uma ooforoplastia. Na Prenhez ectópica rota, efetuou-se a exérese e hemostasia da tuba comprometida com bisturi intracision, em virtude de a paciente já obter prole completa. No Tumor de ovário torcido (teratoma) e abscesso tubo-ovariano por torção tubária, foram desfeitas as torções e retirado o teratoma da tuba comprometida. Conclusão: A via laparoscópica permitiu uma adequada visualização da cavidade abdominal em sua totalidade e identificação das estruturas e anexos pélvicos, assim como aspiração dos conteúdos hemáticos e grandes coágulos, adequada hemostasia, e resolução terapêutica em casos como hemoperitônio. A videolaparoscopia também foi eficaz nos diagnósticos etiológicos e no tratamento definitivo do abdome ginecológico.

PALAVRAS-CHAVES: Abdome Agudo | ginecológico | laparoscopia

ÁREA: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

CÓDIGO: 1005

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM GESTANTE DE 19 SEMANAS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: ROCLIDES CASTRO DE LIMA (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), TALVANE DA SILVA GOMES NETO (UFMA), ANDREY SALGADO MORAES FILHO (UFMA), FRANCISCO DAS CHAGAS PIMENTA NETO (UFMA), JOSE APARECIDO VALADAO (UFMA), MARCOS ROBERTO DIAS MACHADO JUNIOR (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), GIULIANO PEIXOTO CAMPELO (HOSPITAL SÃO DOMINGOS), ADRIANA CARNEIRO CORRÊA NASCIMENTO (HOSPITAL UNIVERSITARIO PRESIDENTE DUTRA UFMA)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A apendicite aguda ocorre em aproximadamente uma a cada 2.000 gestações, e, embora infrequente, é a afecção abdominal cirúrgica não-obstétrica mais frequente durante a gravidez. Essa afecção pode ser encontrada em todos os três trimestres de gestação, sendo mais frequente no segundo trimestre, e quando comparada às gestantes saudáveis, apresentam maiores riscos de prematuridade e aborto. As queixas tipicamente relacionadas à gravidez, alteração dos achados do exame físico e o uso ineficaz de exames radiológicos podem retardar o diagnóstico. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: Paciente deu entrada no serviço de emergência queixando-se de dor abdominal difusa de início há 36 horas que se localizava em fosse ilíaca direita, anorexia e mal-estar. Ao exame físico: presença de dor intensa à palpação em fosse ilíaca direita, Blumberg positivo. Solicitado hemograma completo onde foi constatado ausência de leucocitose. À ultrassonografia: apêndice com espessura de 0,9 cm. Foi indicado procedimento cirúrgico de urgência. Acesso à cavidade abdominal através de uma incisão supraumbilical de 10 mm pela técnica aberta (Hasson). Realização de pneumoperitônio com fluxo de 3l/min e pressão de 8 mmHg. Realização de segundo portal de 10 mm em região epigástrica e de 5mm em hipocôndrio direito. Durante a laparoscopia foi evidenciado presença de apêndice cecal inflamado e pequena quantidade de secreção purulenta periapendicular, útero aumentado de volume pouco abaixo da cicatriz umbilical. Realizado dissecação de mesoapêndice e cauterização monopolar da artéria apendicular. Realizada sutura transfixante em base do apêndice com fio poligalactina 2-0 e clipagem. Secção e retirada do apêndice da cavidade abdominal pelo portal umbilical. Durante todo o procedimento houve um cuidado especial para não manipular o útero. CONCLUSÃO: A paciente teve evolução favorável. Foi realizada ultrassonografia obstétrica sem evidência de alterações. Teve alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. A apendicectomia laparoscópica segundo as condições realizadas (pneumoperitônio com fluxo e pressão baixos) se mostra um método seguro e eficaz. Sauerland, S.; Jaschinski, T.; Neugebauer, E. A. Laparoscopic vs open surgery for suspected appendicitis. Cochrane Database System Rev. 2010

PALAVRAS-CHAVES: APENDICECTOMIA | LAPAROSCOPIA | GESTAÇÃO

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 934

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Nefrectomia Radical Esquerda Robô Assistida

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MAYARA SANAE FUJIMOTO (UNIRIO), ROSANA SIQUEIRA BROWN (UNIRIO), EVELIN DA COSTA MAGALHÃES (UNIRIO), MARINA FERNANDES PEDRO (UNIRIO), HENRIQUE DONIZETTI B. FLORINDO (UNIRIO), THIAGO MIRANDA CARDOSO PANTALEÃO (UNIRIO), IRINEU RUBINSTEIN (UNIRIO), MAURICIO GONÇALVES RUBINSTEIN (UNIRIO)

RESUMO: INTRODUÇÃO: O carcinoma de células renais é responsável por 80 a 85% dos casos de neoplasias renais primárias. A única possibilidade de cura efetiva e alta taxa de sobrevivência envolvem intervenções cirúrgicas. Nos anos 90, a abordagem minimamente invasiva para nefrectomia radical foi desenvolvida e subsequentemente, a laparoscopia tornou-se um procedimento adotado mundialmente. No entanto, hoje enfrenta desafios técnicos relacionados às dissecações de tumores e suturas intracorpóreas. Nesse contexto, a cirurgia robótica está crescendo e suas indicações se expandindo, à medida que, a experiência cirúrgica cresce. Casos complexos e de maior morbidade abordados dessa forma vêm sendo reportados na literatura recente. Com técnicas avançadas, excelente visualização e articulação precisa dos instrumentos, a cirurgia robótica é capaz de reduzir os desafios técnicos e proporcionar vantagens como: menor perda sanguínea, tempo de cirurgia e internação hospitalar, necessidade de mais anestesia e rápida recuperação. **DESCRIÇÃO DO VÍDEO:** A técnica robô assistida na exérese de carcinoma de células renais esquerda de 5.5 cm, ocorreu em paciente de 63 anos, feminino, que procurou atendimento médico devido à lombalgia esquerda. USG de abdome total demonstrou massa renal esquerda. Após investigação com exame de tomografia computadorizada contrastada, evidenciou-se tumor renal esquerdo de 5,5 cm, hipercaptante de contraste. A paciente foi submetida a tratamento através de acesso transperitoneal. Após entrada na cavidade peritoneal, realizada com punção fechada, o cólon esquerdo foi rebatido medialmente. O pedículo renal foi dissecado e individualizado. Os vasos do pedículo renal foram clipados Hem-o-lock e seccionados. A artéria renal é a primeira a ser clipada. O tempo operatório foi de 100 minutos e a perda sanguínea foi de 50 mL. Não houve complicação cirúrgica e o tempo de hospitalização foi de um dia. **CONCLUSÃO:** O procedimento robô assistido foi realizado com sucesso. As cirurgias minimamente invasivas podem ser realizadas com maior facilidade pelo cirurgião quando há um acesso laparoscópico e visualização 3D. As vantagens da cirurgia robótica quando comparada a cirurgia laparoscópica estão associadas, principalmente, aos indicadores peri-operatórios. Destacam-se: diminuição de perda sanguínea e da necessidade de transfusões; redução de dor, menor taxa de complicações pós-operatórias e aceleração da recuperação e do retorno às atividades normais.

PALAVRAS-CHAVES: nefrectomia radical | cirurgia robótica | carcinoma de células renais

ÁREA: UROLOGIA

CÓDIGO: 1105

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: RESSECÇÃO DE ENDOMETRIOSE URETERAL COM REIMPLANTE URETERO-VESICAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: OCTAVIO LUIS ALVES DA SILVA (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), FRANCISCO NOGUEIRA CHAVES (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), LUCAS RIBEIRO NOGUEIRA (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), JOSÉ FELIPE SANTIAGO JÚNIOR (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), THIAGO COSTA MAIA (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), MOISÉS FRANCISCO DA CRUZ NETO (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR), RAPHAEL FRANCO BEZERRA (HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR)

RESUMO: Introdução: A endometriose é definida pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, e sua fisiopatologia ainda não foi totalmente definida, existem inúmeras teorias. A sintomatologia varia de acordo com a localização das lesões e o que mais motiva a procura de ajuda por parte das pacientes é a dor cíclica e a infertilidade. A endometriose pode acometer uma grande variedade de órgãos pélvicos e extrapélvicos. O acometimento do trato urinário é mais comum na bexiga, sendo os ureteres mais raramente acometidos. Apresentamos caso de uma paciente de 43 anos, G1P1A0, com queixa de dor em cólica de forte intensidade que irradiava para o ânus, associada a distensão abdominal, polaciúria, noctúria, disúria e dispareunia, há 2 anos, intensificada em seu período menstrual. Ao exame, o útero encontrava-se sem mobilidade da esquerda para a direita, espessamento do fundo do saco à esquerda com pontos gatilho. A Ultrassonografia revelou nódulo a esquerda no paramétrio e retrocervical, hidronefrose grau III e endometriose profunda com comprometimento de ureter esquerdo. Optou-se por histerectomia com anexectomia bilateral, peritonectomia e ressecção segmentar de ureter esquerdo com reimplante uretero-vesical. Após a cirurgia, o histopatológico revelou adenomiose no corpo uterino, cervicite crônica no colo uterino, endometriose de ureter e ovários com cistos folicular e hemorrágico. Descrição do Vídeo: Após confecção do pneumoperitônio, é realizada a inspeção de toda a cavidade cavidade por vídeolaparoscopia. Na pelve foi encontrada ovários e útero aumentados de volume, de contornos irregulares. Foi localizado também o ureter esquerdo dilatado e região de aderência com lesão endometriótica e estruturas adjacentes. Iniciou-se a dissecação do útero e anexos, sendo realizada histerectomia e anexectomia com extração vaginal e em seguida sutura da cúpula vaginal. O ureter esquerdo foi então isolado com preservação do tecido conjuntivo adjacente para preservar a vascularização e inervação do órgão. Realizada ressecção da porção distal do ureter e procedido reimplante ureteral na bexiga urinária com pontos separados. Conclusão: Pode-se inferir que a abordagem videolaparoscópica é efetiva na ressecção por completo de focos endometrióticos, mesmo que em sítios não habituais como no estudo em questão, evitando recidivas e garantindo um bom prognóstico para o paciente, além de propiciar menor morbidade e melhor pós-operatório comparado a abordagem laparotômica.

PALAVRAS-CHAVES: Laparoscopia | Endometriose | Ureteroplastia

VIAS BILIARES E PÂNCREAS

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 445

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: PANCREATECTOMIA CENTRAL LAPAROSCÓPICA COM PANCREATO-JEJUNOSTOMIA EM Y DE ROUX

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (FMUSP), TIAGO BASSÈRES (HOSPITAL SIRIO LIBANES), RODRIGO CAÑADA SURJAN (FMUSP), FABIO FERRARI MAKDISSI (FMUSP)

RESUMO: OBJETIVO: A pancreatectomia central é uma técnica alternativa para tumores benignos ou malignos de baixo grau do colo do pâncreas. Esta técnica preserva o parênquima pancreático e foi desenvolvida para evitar a insuficiência exócrina e/ou endócrina. A ressecção laparoscópica do pâncreas tem sido cada vez mais utilizada na última década. Entretanto, vários pacientes que necessitam de pancreatectomia central ainda estão sendo tratados com abordagem aberta ou pancreatectomia subtotal laparoscópica. MÉTODO: Uma mulher de 48 anos, com tumor cístico no colo do pâncreas foi encaminhada para tratamento. Foi proposta uma pancreatectomia central laparoscópica. Foram utilizados quatro trocartes. A operação começa com a exposição do pâncreas e ultra-som intra-operatório. O tumor foi identificado e o pâncreas foi dividido com grampeador linear endoscópico no lado direito do tumor. Após a dissecação da parte distal, o pâncreas é dividido e o colo do pâncreas é retirado por meio da incisão umbilical. O ducto pancreático principal é identificado e cateterizado. A alça jejunal em Y de Roux é preparada e é realizada pancreatojejunoanastomose ducto-mucosa. A cavidade abdominal é drenada. RESULTADOS: O tempo operatório foi de 3 horas. A recuperação foi sem intercorrências, exceto desenvolvimento de uma fístula pancreática de grau A que foi tratada com remoção tardia do dreno. A patologia confirmou cistoadenoma mucinoso sem focos malignos e com margens livres. CONCLUSÕES: A pancreatectomia central totalmente laparoscópica com anastomose pancreatojejunal em Y de Roux é uma alternativa viável para pacientes selecionados com neoplasias pancreáticas de baixo grau de localização central. Esta técnica pode diminuir significativamente o risco de insuficiência endócrina e/ou exócrina decorrente de ressecções pancreática extensas.

PALAVRAS-CHAVES: PÂNCREAS | LAPAROSCOPIA | PANCREATECTOMIA CENTRAL

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 471

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Exploração Videolaparoscópica de Vias Biliares em Gestante

AUTORES/INSTITUIÇÕES: BRUNO ZIADE GIL (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), SIDNEY MORENO GIL (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA), GUILHERME MARTINELLI VIEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA)

RESUMO: Exploração Videolaparoscópica de Vias Biliares em Gestante Gil BZ; Gil SM; Vieira GM
Introdução: A coledocolitíase pode ocorrer em até 10% dos pacientes portadores de colelitíase. A presença do cálculo na via biliar principal pode levar à sérias complicações como a pancreatite biliar e a colangite aguda. Essas complicações podem ser piores em pacientes em situações clínicas específicas, como as gestantes. Relatamos o caso de uma gestante (Idade Gestacional de 19 semanas e 3 dias) com quadro clínico de dor em hipocôndrio direito e icterícia (BT=7,27); sendo evidenciado coledocolitíase pela colangioressonância. Foi feita tentativa sem sucesso de retirada do cálculo por CPER; a paciente então foi submetida à Colecistectomia Videolaparoscópica com Exploração de Vias Biliares intraoperatória.

Descrição do vídeo: o vídeo apresenta o procedimento cirúrgico da paciente supracitada. A posição escolhida para a cirurgia foi a da "escola francesa" (cirurgião por entre as pernas do paciente) com 4 punções, sendo 2 de 10 mm (umbilical e flanco E) e 2 de 5 mm (epigastro e flanco D). Foi realizado a Colecistectomia, colangiografia intraoperatória (confirmando a coledocolitíase), abertura do ducto hepático comum com passagem de sonda de dormia e retirado do cálculo com rafia primária do ducto e drenagem contralateral da via biliar com dreno de penrose. Todo o procedimento foi realizado por videolaparoscopia. Conclusão: concluímos que o tratamento videolaparoscópico da coledocolitíase, quando há falha do tratamento endoscópico (CPER), é exequível e seguro e deve ser realizado por cirurgiões experientes em cirurgia videolaparoscópica e o mais precocemente possível para evitar complicações maiores.

PALAVRAS-CHAVES: Coledocolitíase | Gestante | Videolaparoscopia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 609

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: COLECISTITE CALCULOSA POR LAPAROSCOPIA EM SITUS INVERSUS TOTALIS

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LUNNA OLIVEIRA SANTOS (UNIVERSIDADE TIRADENTES), MATHEUS DE SOUZA NOGUEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), GABRIELA OLIVEIRA PEIXOTO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), NAIANA MOTA ARAÚJO (UNIVERSIDADE TIRADENTES), HELDA CRYSTIANE CIRILO TELES (UNIVERSIDADE TIRADENTES), ISABELLA PAIVA PALMEIRA (UNIVERSIDADE TIRADENTES), JÉSSICA SARAH SILVA DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), SONIA OLIVEIRA LIMA (UNIVERSIDADE TIRADENTES)

RESUMO: Introdução: O Situs Inversus é uma desordem genética que se caracteriza pela transposição dos órgãos abdominais em sentido sagital, fornecendo uma imagem chamada de espelho. Sua etiologia ainda não é clara, mas acredita-se que se deve a uma predisposição genética devido a um gene autonômico recessivo de penetrância incompleta. A presença de litíase vesicular sintomática em um paciente com Situs Inversus acarreta não só a dúvidas diagnósticas, mas também constitui um desafio terapêutico. Descrição do vídeo: Mulher. 42 anos, G1P1, consultou o serviço por apresentar episódios de dor abdominal em cólica, localizada em epigástrio e hipocôndrio esquerdo. Foi solicitada USG abdominal que revelou presença de fígado e vesícula biliar no quadrante superior esquerdo, sendo diagnosticado a colecistite calculosa em situs inversus abdominal. Foi realizada a radiografia simples de tórax em AP e perfil, confirmando o diagnóstico de situs inversus totalis. Na história familiar foi constatado que seus 2 únicos irmãos também apresentavam situs inversos totalis. Seis semanas depois realizou-se a colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia, com alta hospitalar em 24 horas sem intercorrências. Sob anestesia geral e em posição francesa, em declive e lateralizado para direita com o cirurgião entre as pernas do paciente. Foi realizado pneumoperitônio através do trocarer transumbilical de 10mm. Fez-se o inventário da cavidade confirmando situs inversus abdominal. A vesícula e o apêndice se encontravam em espelho em relação a posição habitual. Sob visão direta foi introduzido um trocarer de 5mm no epigástro, um de 10mm no flanco direito e outro de 5mm em fossa ilíaca esquerda na linha hemiclavicular. Foi realizada a apreensão do fundo vesicular e em seguida a dissecação do triângulo de Calot, sendo identificados os seus elementos. O ducto cístico e artéria císticas foram isolados. Clipou-se a porção superior do ducto cístico, por pequena abertura introduziu-se um cateter para realização de colangiografia (sem anormalidades). Artéria cística e ducto cístico foram clipados e seccionados. Foi liberada a vesícula do leito hepático, revisão da hemostasia e retirada da mesma pelo trocarer umbilical. O tempo operatório foi cerca de uma hora e não houve intercorrências. Conclusão: Em pacientes com situs inversus totalis, é factível a realização da colecistectomia com colangiografia por via videolaparoscópica com segurança e sem maiores dificuldades técnicas.

PALAVRAS-CHAVES: situs inversus | colecistectomia | laparoscopia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 668

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: DUODENOPANCREATECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA. TÉCNICA DE PRESERVAÇÃO DO PILORO E ESPLÊNICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (FMUSP), RODRIGO CAÑADA SURJAN (FMUSP), TIAGO BASSÈRES (HOSPITAL SIRIO LIBANES), FABIO FERRARI MAKDISSI (FMUSP)

RESUMO: OBJETIVO: A cirurgia pancreática laparoscópica está ganhando aceitação e vantagens evidentes foram demonstradas na ressecção distal. A pancreatectomia total é uma operação complexa que combina os passos operatórios da pancreatectomia distal e pancreatoduodenectomia. No entanto, a reconstrução é mais fácil e as complicações são menores devido à falta de anastomose pancreática. Apresentamos um vídeo de pancreatectomia total com preservação do piloro e do baço por via laparoscópica. MÉTODO: Mulher de 63 anos com neoplasia mucinosa papilarífera intraducal difusa (IPMN). São utilizados cinco trocartes. A operação começa com a mobilização do duodeno e da cabeça pancreática. A artéria gastroduodenal e o ducto biliar comum são divididos. Duodeno é seccionado com grampeador. O túnel da porta é cuidadosamente criado e uma fita cardíaca é passada em torno do colo do pâncreas. Pâncreas distal é cuidadosamente dissecado preservando os vasos esplênicos. O baço juntamente com a artéria e veia esplênica são preservados. Jejuno proximal é dividido e tracionado para andar supramesocólico. Após pancreatectomia total, hepaticojejunostomia é realizada seguida de duodenojejunostomia antecólica. RESULTADOS: O tempo operatório foi de 6 horas. Houve sangramento mínimo sem necessidade de transfusões. Recuperação da paciente foi excelente e recebeu alta no quinto dia pós-operatório. Patologia revelou uma IPMN não invasiva. As margens cirúrgicas estavam livres. Paciente está bem sem nenhum sinal de doença 3 anos após a operação. CONCLUSÕES: A pancreatectomia total laparoscópica com preservação do piloro e baço é viável e segura, mas deve ser realizada em centros especializados e por cirurgiões laparoscópicos com treinamento adequado.

PALAVRAS-CHAVES: PANCREAS|LAPAROSCOPIA|DUODENOPANCREATECTOMIA TOTAL

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 717

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: DUODENOPANCREATECTOMIA LAPAROSCÓPICA COM RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX COM DRENAGEM PANCREÁTICA ISOLADA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (FMUSP), RODRIGO CAÑADA SURJAN (FMUSP), TIAGO BASSÈRES (HOSPITAL SIRIO LIBANES), FABIO FERRARI MAKDISSI (FMUSP)

RESUMO: OBJETIVO: Apresentar um vídeo de duodenopancreatectomia com preservação do piloro por laparoscopia. A técnica empregada para reconstrução do trato digestivo é Y de Roux com drenagem pancreática isolada. São realizadas duas alças jejunais diferentes, uma para pancreatojejunostomia e outra para hepaticojejunostomia. Esta estratégia é usada para evitar a ativação do suco pancreático pela secreção biliar e reduzir a gravidade da fístula pancreática. MÉTODO: Mulher de 60 anos portadora de adenocarcinoma de cabeça de pâncreas com 3cm. Tomografia mostra artéria hepática direita ramo da mesentérica superior. São utilizados cinco trocartes. Após a ressecção da cabeça do pâncreas, é realizada pancreaticojejunostomia ducto-mucosa. Alça jejunal é seccionada com grampeador e Y de Roux é confeccionado para hepaticojejunostomia. Finalmente, a duodenojejunostomia é realizada de forma antecólica. RESULTADOS: O tempo operatório foi de 8 horas. Houve sangramento mínimo sem necessidade de transfusões. Paciente não apresentou complicações e recebeu alta no 5º dia pós-operatório. Os drenos foram removidos e ela não apresentou fístula pancreática ou outra complicação. A patologia revelou um adenocarcinoma. As margens cirúrgicas estavam livres. CONCLUSÕES: A pancreatoduodenectomia com preservação do píloro por via laparoscópica com reconstrução em Y de Roux e drenagem pancreática isolada é viável e pode ser útil para diminuir a gravidade das fístulas pancreáticas pós-operatórias. Este vídeo pode ajudar cirurgiões laparoscópicos a executar e padronizar este procedimento complexo.

PALAVRAS-CHAVES: PANCREAS | LAPAROSCOPIA | DUODENOPANCREATECTOMIA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1040

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: IMPORTÂNCIA DA ULTRASONOGRAFIA INTRAOPERATÓRIA NA CIRURGIA PANCREÁTICA LAPAROSCÓPICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: RODRIGO CAÑADA SURJAN (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP), FABIO FERRARI MAKDISSI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO), TIAGO BASSÈRES (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP), MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP)

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** A ressecção cirúrgica do processo uncinado do pâncreas é um procedimento mais conservador que uma pancreatoduodenectomia e é um procedimento eficaz e adequado para o tratamento de lesões benígnas e tumores não invasivos do processo uncinado do pâncreas. Apesar de algumas vantagens frente a pancreatoduodenectomia, exames pré-operatórios demonstravam um tumor neuroendócrino do processo uncinado com íntima relação com o ducto de Wirsung. A proposta inicial era a realização de uma pancreatoduodenectomia laparoscópica, mas uma ultrasonografia intra-operatória demonstrou que um procedimento com maior preservação de parênquima pancreático seria possível. **DESCRIÇÃO:** Paciente masculino de 62 anos com lesão de 2,4 cm do processo uncinado pancreático próxima do ducto de Wirsung em achados de colangio-ressonância. Realizada Eco-endoscopia com biópsia que diagnosticou um tumor neuroendócrino. O paciente foi submetido à laparoscopia com intuito de ser realizada uma pancreatoduodenectomia mas ao ser realizada ultrasonografia intra-operatória observou-se que a lesão distava alguns milímetros do Wirsung. A opção foi a realização de uma uncinectomia laparoscópica. O tempo operatório foi de 220 minutos. Perda sanguínea estimada em 80 ml. O paciente recebeu alta no quarto pós-operatório. Apresentou fístula pancreática grau A e o dreno retirado 2 semanas após a cirurgia. **CONCLUSÃO:** O uso da ultrasonografia intra-operatória em cirurgias pancreáticas pode fornecer dados anatômicos adicionais que podem tornar possível a realização de procedimentos com preservação de parênquima pancreático e evitar cirurgias mais extensas desnecessárias.

PALAVRAS-CHAVES: pâncreas|uncinado|laparoscopia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1398

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Colectistectomia subtotal - opção técnica para colectistectomia difícil

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MURILLO DE LIMA FAVARO (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), SILVIO GABOR (UNISA), CHRISTIAN SPINA (UNISA), NAYARA MARJA GIL (UNISA), AMANDA REZENDE (UNISA), TIAGO BEZERRA MACHADO (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: IntroduçãoA colectistectomia subtotal foi relatada pela primeira vez em 1955 por Maddipati como uma substituta da colectistectomia total e um procedimento de resgate em casos de colectistectomia total difícil. Nestes casos, as complicações seriam maiores devido às aderências, fibroses e inflamações (principalmente no triângulo de Calot). Sua técnica envolvia incisão da vesícula biliar no fundo até 1 cm do ducto cístico, com excisão da parede vesicular redundante. Trata-se de uma cirurgia com diversos tipos de técnicas cirúrgicas. Em um estudo conduzido em 2016 por Strasberg et al, são descritos 2 métodos. Um é o método reconstrutivo, em que a porção inferior da vesícula é fechada, com redução da presença de fístula mas com risco de novo desenvolvimento de colelitíase. O método fenestrante não possui oclusão, mas sim a sutura do ducto cístico internamente, havendo maior risco de fístula, mas com menor quantidade de colelitíase aparentemente. Descrição do Vídeo NOME: V.L.D.N., IDADE: 61 anos. PROCEDENTE: SÃO PAULO, S.P. PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 17-23/06/2016 DATA DA CIRURGIA: 20/06/2016 HPMA: DOR INTENSA NO ABDOMEN SEM IRRADIAÇÃO AP: ALERGIA A MORFINA / IAM HÁ 1 ANO SEM CATE/ EUD INSULINA, CAPTOPRIL E AAS EF ENTRADA: PA=201X83 mmHg FC=90 BPM SAT=100% T=36°C Dx: 259 MV + BILAT SEM RA, TAQUIPNEICA ACV: RCR 2T, BNF S/S ABD: MURPHY +, GIORDANO -, DB - IMAGENS: 17/06 TC ABDOMEN E Pelve: HÉRNIA DE HIATO ESOFÁGICO / FÍGADO NORMAL/ VVBB NORMAIS/ VB PAREDES ESPESSADAS + BORRAMENTO GORDURA ADJACENTE/ PÂNCREAS NORMAL 17/06/2016 USG ABD: FÍGADO NORMAL/ VB PAREDES ESPESSADAS E DELAMINADAS COM CÁLCULOS/ VVBB E PÂNCREAS NORMAIS Optado tratamento clínico pela equipe do pronto-socorro devido comorbidade associadas Paciente no 3 dia do tratamento clínico apresentou piora clínica e laboratorial Realizada colectistectomia subtotal após identificação de duodeno aderido firmemente em infundíbulo vesicular. Conclusão A colectistectomia subtotal é uma opção técnica efetiva para casos mais complicados.

PALAVRAS-CHAVES: colectistectomia | laparoscópica | cirurgia minimamente invasiva

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 1464

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Cisto dermoide retrogástrico videolaparoscópico

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MURILLO DE LIMA FAVARO (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), SILVIO GABOR (UNISA), LIGIA RIBEIRO (UNISA), JULIO BETIOL (UNISA), YASMIN GARCIA BATISTA (UNISA), MARSELLE RIBAS (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: Introdução Os sintomas são inespecíficos como dor abdominal, náuseas, vômitos, inapetência, perda ponderal. Normalmente são achados acidentais de exames. Os cistos dermoide, embora raros, fazem partes do diagnóstico diferencial das neoplasias císticas do pâncreas. Os exames de imagem sugerem o diagnóstico, entretanto não existem sinais patognomônicos de cisto dermoide. Ao US e descrito como uma massa hiperecogênica de margens definidas. Na TC lesões redondas, delineadas, hipodensas. Calcificações internas e periféricas também podem estar presentes. O tratamento é cirúrgico, principalmente por não ser possível o diagnóstico pré-operatório. Não existe tratamento clínico descrito na literatura. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica, entretanto não é consensual. Os tratamentos vão desde drenagem externa, cistectomia, pancreatocomia distal, cistogastrectomia, e enucleação laparoscópica em um paciente. Descrição do Vídeo F. M. M. G., 34 anos, sexo feminino, atendida em consultório após encaminhamento direcionado após ida a pronto-socorro com dor recorrente em hipogastro em pontada de moderada para forte intensidade, refere náuseas, nega febre ou outras alterações, refere sintomas semelhantes antes de operar de endometriose Antecedentes Pessoais: Nega HAS/DM/diabetes/melancolia/tabagismo Cirurgia de endometriose há 5 anos e retossigmoidectomia por adenocarcinoma in situ em cólon sigmoide 1G1Pc Ao exame: Bom estado geral, corada, hidratada, afebril, normocárdica, eupneica e anictérica. Abdome semigloboso, flácido, doloroso em hipogastro a palpação profunda, descompressão brusca negativa, ruídos hidroaéreos presentes. Realizada tomografia computadorizada: cistos hepáticos, cisto adjacente ao jejuno proximal retro gástrico, (possibilidade de duplicação entérica), adenomioma, cisto com componente hemático em ovário direito (possibilidade de cisto endométrio), espessamento dos espaços paracervicais (endometriose) Eco-endoscopia: lesão de 3,9 cm retrogástrica Conduta: videolaparoscopia diagnóstica, tratamento da endometriose profunda e ooforectomia direita Achados: cisto retrogástrico aderido ao estômago e pâncreas, mas sem comunicação com esses órgãos, com 4 cm de diâmetro, parede regular e sem sinais de degeneração. Anatomopatológico: cisto dermoide Paciente recebeu alta após 24h do procedimento cirúrgico sem queixas e acompanha há 1 anos sem retorno do quadro de dor Conclusão O tratamento videolaparoscópico é uma das melhores abordagens para as lesões benignas da região retrogástrica.

PALAVRAS-CHAVES: dermoid cyst | pancreas | laparoscopy

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2119

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Hepatectomia + Whipple por videolaparoscopia - Relato de Caso

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE JULIO DO REGO MONTEIRO FILHO (HOSPITAL MIGUEL COUTO), PAULO JOSE MOREIRA DE MACEDO (HOSPITAL MIGUEL COUTO)

RESUMO: Paciente sexo feminino , 62 anos, em acompanhamento de CA de mama bilateral já operado e sem doença residual, apresenta achado de nódulo de 1,5 cm na cabeça do pâncreas. Investigação (TC, RNM e ecoendoscopia) revelam tratar-se de Neoplasia Neuro endócrina de Baixo Grau. Octreoscan mostra 4 lesões no lobo direito do fígado de até 1,8 cm, segmentos 5/6 e 7, a lesão pancreática, uma lesão no delgado e uma no mesentério. Apesar da longa duração da operação, é proposta a ressecção de todas as lesões num só tempo cirúrgico, com início por videolaparoscopia pela hepatectomia. Foram realizados por videolaparoscopia a hepatectomia e a cirurgia de Whipple, sendo ampliada a incisão da cicatriz umbilical com retirada das peças e ressecção das lesões do mesentério e do delgado. O tempo cirúrgico total foi de 11horas e 30 minutos - 4 horas na hepatectomia, 30 minutos de intervalo, 6 horas no Whipple e 1 hora na enterectomia. Apresentou boa evolução pós operatória com um episódio de hematêmese sem repercussão hemodinâmica no terceiro DPO, inicio de dieta no quinto DPO e alta hospitalar no oitavo DPO. O Video mostra a hepatectomia e a ressecção pancreática.

PALAVRAS-CHAVES: DUODENOPANCREATECTOMIA|HEPATECTOMIA|VIDEOLAPAROSCOPIaA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2120

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Pancreatogastrostomia por vídeolaparoscopia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: JOSE JULIO DO REGO MONTEIRO FILHO (HOSPITAL MIGUEL COUTO), PAULO JOSE MOREIRA DE MACEDO (HOSPITAL MIGUEL COUTO)

RESUMO: Pancreatogastrostomia laparoscópica na reconstrução da gastroduodenopancreatectomia. Uma mulher de 52 anos de idade foi submetida a gastroduodenopancreatectomia por tumor de papila. A artéria hepática direita proveniente da artéria mesentérica superior foi preservada. A anastomose biliar é a primeira a ser feita, término lateral a cerca de 25 cm do final da alça jejunal. A anastomose pancreática é feita na parede gástrica posterior. O pâncreas é puxado / empurrado para dentro do lúmen gástrico. Um retalho de omento é passado em torno da anastomose pancreática e sobre os vasos mesentéricos. A anastomose gastrojejunal é feita manualmente. Um dreno de Blake é utilizada. A peça é removida através de uma ampliação da incisão umbilical.

PALAVRAS-CHAVES: duodenopancreatectomia | pancreatogastrostomia | vídeolaparoscopia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2193

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Colectistectomia robótica com portal único - passo a passo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: SERGIO ROLL (HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ), BRUNO DE LUCIA HERNANI (HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ), PAULO HENRIQUE FOGAÇA DE BARROS (HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ), IRON PIRES DE ABREU NETO (HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ), PEDRO HENRIQUE DE FREITAS AMARAL (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ), NELSON DE SOUZA LIBONI (HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ), ANA OLGA NAGANO GOMES FERNANDES (HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ), CARLO CAMARGO PASSEROTTI (HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ)

RESUMO: Objetivo: Este vídeo se destina a mostrar todos os passos da colectistectomia robótica com portal único. Método: Edição de vídeo em alta definição de Colectistectomia robótica com portal único realizada pelo grupo..Resultados: O tempo cirúrgico total foi de 60 minutos, sendo o tempo de docking 15 minutos, cirurgia (final do docking até retirada da vesícula) de 30 minutos e fechamento da parede de 15 minutos. Não houve complicações menores, incluindo perfuração da vesícula, sangramentos e lesão hepática.A paciente não apresentou dor significativa e referiu alto grau de satisfação.Conclusões: A colectistectomia com portal único robótica é factível e seguro, com alto grau de satisfação por parte dos pacientes. A técnica vem a somar no armamentário cirúrgico já disponível para o tratamento das patologias da vesícula biliar.Bibliografia: Pietrabissa A, Pugliese L, Vinci A, Peri A, Tinozzi FP, Cavazzi E, Pellegrino E, Klersy C. Short-term outcomes of single-site robotic cholecystectomy versus four-port laparoscopic cholecystectomy: a prospective, randomized, double-blind trial. Surg Endosc. 2016 Jul;30(7):3089-97Zehetner J, Pelipad D, Darehzereshki A, Mason RJ, Lipham JC, Katkhouda N. Single-access Laparoscopic Cholecystectomy Versus Classic Laparoscopic Cholecystectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trial. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2013;23:235-243

PALAVRAS-CHAVES: Colectistectomia | Cirurgia robótica | Portal único

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2407

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Adenocarcinoma de pâncreas concomitante a tumor neuroendócrino de duodeno - um achado de gastroduodenopancreatectomia robótica

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCOS BELOTTO DE OLIVEIRA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), KAREN FALCÃO BRITTO (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), DAMILA DE CASSIA FANTOZZI GIORGETTI (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), FABIO RODRIGUES THULER (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), FABIO ARNONI GOMÇALVES PINTO (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO)

RESUMO: Os carcinomas de pâncreas perfazem a decima neoplasia mais incidente e a 4ª causa de morte por câncer nos Estados Unidos e a segunda neoplasia mais frequente do trato gastrointestinal. Em 2005, neste país havia estimativas de 31.800 óbitos. Já no Brasil, dados mais recentes do INCA, o carcinoma pancreático corresponde a 2% das neoplasias e 4% dos óbitos. A neoplasia neuroendócrina bem diferenciada em duodeno é a apresentação mais infrequente de todas as apresentações dos tumores neuroendócrinos do trato gastrintestinal. Apenas 3% das lesões são encontradas no duodeno, preferencialmente na primeira porção, com 58% dos casos, a segunda é sede de 33%, terceira de 5% e a quarta porção com apenas 4%. Paciente J.C.S.J, 59 anos, masculino, casado, natural e procedente de São Paulo, militar aposentado. Paciente assintomático, durante exame de rotina, médico oftalmologista suspeitou de icterícia. Foi encaminhado então ao serviço de oncologia do Hospital Alemão Oswaldo Cruz onde no momento apresentava-se com quadro de icterícia obstrutiva há 15 dias. Tomografia computadorizada de abdome com importante dilatação de vias biliares intra e extra-hepática e presença de lesão de 3,0 cm com hiperealce ao contraste em cabeça pancreática, com linfonodos aumentados em região retroportal. Após estadiamento oncológico, identificada neoplasia em cabeça pancreática ressecável sendo indicada gastroduodenopancreatectomia robótica. Procedimento sem intercorrências. Necessitou nova abordagem no 8ºPO para drenagem de cavidade por sangramento e recebeu alta no 20ºPO com fístula pancreática tipo A. Já em retorno ambulatorial, assintomático, anictérico, sem evidências de complicações pós operatórias. Anatomopatológico: ADENOCARCINOMA DUCTAL MODERADAMENTE DIFERENCIADO da cabeça do pâncreas e TUMOR NEUROENDÓCRINO BEM DIFERENCIADO em duodeno. Abordagens minimamente invasivas para gastroduodenopancreatectomia mostram grande promessa como uma estratégia para melhorar os resultados a curto prazo. Este relato de caso trata-se de paciente submetido a gastroduodenopancreatectomia robótica após diagnóstico de neoplasia periampular, com anatomopatológico de adenocarcinoma ductal de pâncreas, concomitante a lesão pancreática apresentava 3 focos de sugestivos de neoplasia neuroendócrina bem diferenciada em duodeno.

PALAVRAS-CHAVES: ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS|TUMOR NEUROENDOCRINO DE DUODENO|GASTRODUODENOPANCREATECTOMIA ROBÓTICA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2543

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Recolecistectomia - Tratamento videolaparoscópico da síndrome pós-colecistectomia

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MURILLO DE LIMA FAVARO (UNISA-SP), SILVIO GABOR (UNISA), OTTO MAURO DOS SANTOS-ROSA (UNISA-SP), LIGIA RIBEIRO (UNISA), JULIO BETIOL (UNISA), YASMIN GARCIA BATISTA (UNISA), MARSELLE RIBAS (UNISA), ALUISIO ALMEIDA PINTO (UNISA), MARCELO AUGUSTO F. RIBEIRO JR. (UNISA)

RESUMO: IntroduçãoA colecistectomia videolaparoscópica é o método de escolha no tratamento da colelitíase. A manutenção dos sintomas pós-colecistectomia pode representar uma grande variedade de condições, as quais representam um diagnóstico desafiador. O remanescente do ducto cístico, definido como um ducto residual maior que 1 cm de comprimento ou a realização de colecistectomia subtotal, pode, causar a síndrome pós-colecistectomia. O ultrassom é uma exame com baixa sensibilidade nesses casos e a tomografia computadorizada pode nos casos de urgência ajudar no diagnóstico. Mas a colangiografia é o método ideal para avaliar o trato biliar nestes casos. J. R. P., 64 anos, sexo masculino, atendido em pronto socorro com dor recorrente em hipocôndrio direito (HCD) em cólica de moderada para forte intensidade, refere náuseas, nega febre ou outras alterações, iniciou o quadro há 1 ano com aumento progressivo da dor. Fazia acompanhamento com gastroenterologista, sendo feita investigação diagnóstica com ultrassom e endoscopia anual e iniciado tratamento com omeprazol devido gastrite. AP nega HAS/DM/etilismo/tabagismo Cirurgia de colecistectomia aberta há 15 anos Herniorrafia umbilical há 7 anos Exames laboratoriais com leve leucitose, sem outras alterações Realizada tomografia computadorizada: relato de colecistectomia, destacando-se ectasia do coto do ducto cístico, configurando imagem sacular medindo cerca de 2,5 x 1,5 x 1,5 cm com pelo menos quatro imagens ovaladas hiperatenuantes (cálculos) em seu interior, medindo até 0,4 cm Descrição do vídeo Recolecistectomia videolaparoscópica com colangiografia intraoperatória Conclusão Paciente recebeu alta após 24h do procedimento cirúrgico sem queixas e acompanha há 1 ano sem retorno do quadro de dor 1. Tania O, Jain M, Khanna S, Sen B. Post cholecystectomy syndrome: Role of cystic duct stump and re-intervention by laparoscopic surgery. J Minim Access Surg. 2008;4(3):71-2. Shaw C, O' Hanlon DM, Fenlon HM. Cystic Duct Remnant and the Post-cholecystectomy Syndrome. Hepatogastroenterology. 2004;51(55):36-8.3. Terhaar OA, Abbas S, Thornton FJ, et al. Imaging patients with post-cholecystectomy syndrome?: An algorithmic approach. Clin Radiol. 2005;60(1):78-84.4. Katsohis C, Prousalidis J, Tzardinoglou E, et al. Subtotal Cholecystectomy. HPB Surg. 1996;9(3):133-6.

PALAVRAS-CHAVES: colecistectomia | videolaparoscopia | síndrome pós-colecistectomia

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2773

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: VARIAÇÃO ANATÔMICA ARTÉRIA CÍSTICA

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MATHEUS DE CARVALHO BASSANI (SANTA CASA POÇOS DE CALDAS), ANTONIO ANGELO ROCHA (SANTA CASA POÇOS DE CALDAS), JULIANO RODRIGUES OLIVEIRA (SANTA CASA POÇOS DE CALDAS), DENNISON GUERREIRO COVAS (SANTA CASA POÇOS DE CALDAS), EDUARDO PEREIRA BUENO (SANTA CASA POÇOS DE CALDAS), ALCIDES JOSÉ RIZZO BRAGA (SANTA CASA POÇOS DE CALDAS)

RESUMO: INTRODUÇÃO Na última década, com o avanço da utilização da cirurgia videolaparoscópica, o conhecimento das variações anatômicas tornou-se muito mais importante, pois nessa técnica cirúrgica o campo de visão é reduzido e a segurança do cirurgião em relação a este conhecimento é de extrema importância no procedimento, evitando complicações durante o ato cirúrgico, como no pós-operatório. A vesícula biliar encontra-se na porção ínfero-anterior do fígado, no lobo direito e projeta-se à parede abdominal, anterior ao nível da 9ª costela e linha hemiclavicular direita. O suprimento arterial desse órgão provém da artéria cística. Esta artéria usualmente origina-se da a. hepática direita, percorre o triângulo hepatocístico anteriormente ao ducto cístico e posteriormente ao ducto hepático comum e então se divide em 2 ramos para irrigar a vesícula por suas diferentes faces. Porém, essa artéria sofre muitas variações em sua origem, trajeto, distribuição e número. A principal origem da artéria cística, a artéria hepática direita em cerca de 73% dos casos. Em relação as demais origens: a origem na artéria hepática esquerda varia entre 1,22 a 6,2%; artéria gastroduodenal varia entre 1,4 a 2,6%; 1,22 a 2,8% na hepática comum e 1,22 a 1,4% na mesentérica superior. Há também casos isolados de origens nas aa. retroduodenal, pancreaticoduodenal superior e tronco celíaco. Quanto ao trajeto, 32,93% percorrem anteriormente pelo triângulo cistohepático, 26,83% correm anteriormente ao ducto hepático comum, enquanto que em 9,76% essa corre posteriormente a esse ducto. Em 4,87% dos casos passa anteriormente ao ducto hepático direito, e, em 25,61% correspondem a casos de trajetos isolados. DESCRIÇÃO DO VÍDEO Colecistectomia videolaparoscópica. Artéria cística originando da artéria gastroduodenal, anterior ao ducto cístico, exteriormente ao triângulo de Callot. Foi identificada sua origem, isolada, dissecada e realizado ligadura e secção da artéria cística. Realizado dissecação cuidadosa e identificação do ducto cístico e infundíbulo, ligadura e secção de ducto cístico. CONCLUSÃO A variação anatômica mais comum da artéria cística é em relação ao seu trajeto, e a característica que é menos variável é a distribuição dos ramos terminais na vesícula biliar. Enfim, as variações anatômicas da artéria cística são um desafio aos cirurgiões, dessa forma, seu conhecimento é de suma importância tanto para o sucesso no manejo de procedimentos videolaparoscópicos.

PALAVRAS-CHAVES: ARTÉRIA CÍSTICA | VARIAÇÃO ANATÔMICA | COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 2836

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: SISTEMA DE PRESSÃO NEGATIVA CONTÍNUA COMO OPÇÃO PARA TRATAMENTO DE SÍNDROME DE COMPARTIMENTO ABDOMINAL POR PANCREATITE AGUDA GRAVE E FÍSTULA GÁSTRICA.

AUTORES/INSTITUIÇÕES: MARCUS DE ALMEIDA CORREIA LIMA (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA), WAGNER LUIZ LORA FILHO (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA), JOHN THIERRY MARQUES DE JESUS (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA), CARLA VIEIRA STRAUCH (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA), PAULA ARAÚJO AUAD (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA), MARCIO RIVISON SILVA CRUZ (UNIFACS), FERNANDA SILVA CAMPOS (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA)

RESUMO: Introdução: A aplicabilidade dos curativo em sistema de pressão negativa ainda é um método de abordagem a feridas que vem alcançando novos campos a cada dia. A literatura mostra benefícios palpáveis da terapia a vácuo às feridas diabéticas crônicas com difícil cicatrização, em casos de infecções pós-cirurgias cardíacas e em pacientes submetidos a enxertos de pele. O presente estudo busca trazer como possibilidade desta técnica o tratamento de síndrome do compartimento abdominal pós-pancreatite aguda e fístula gástrica. Método e Resultado: Paciente de 32 anos submetida a bypass gástrico laparoscópico para tratamento de obesidade grau II que evoluiu no terceiro dia pós-operatório evoluiu com mal-estar, sinais de resposta inflamatória e dor lombar intensa. Realizada então abordagem por via laparotômica. O inventário da cavidade mostrou intenso processo inflamatório intra-abdominal com lesões peritoneais em "pingo de vela" compatível com pancreatite aguda. Devido à piora clínica foi iniciada antibioticoterapia de amplo espectro, suporte ventilatório e hemodinâmico. Realizada ainda peritoneostomia descompressiva associada a tratamento com sistema de pressão negativa contínua com curativo abdominal a vácuo. Os curativos foram trocados em média a cada 3 dias segundo recomendação do fabricante. Na segunda troca de curativo foi identificada deiscência parcial de anastomose gastro-jejunal sendo optado por colocação de prótese endoscópica parcialmente revestida. Na sétima troca do sistema de terapia à vácuo foi iniciado o fechamento da parede abdominal com passagem de sutura contínua com PDS II 1 na aponeurose mantendo tensão parcial e esponja siliconada para aspiração contínua. Após 3 dias foi retirado sistema de aspiração contínua, fechamento da aponeurose, colocação de esponja com nitrato de prata e pressão negativa contínua do subcutâneo até a sutura da pele após 5 dias. Conclusão: peritoneostomia com sistema de aspiração contínua e tratamento precoce de fístula gástrica de difícil resolução, devem ser sempre considerados no paciente obeso com seps abdominal grave e síndrome compartimental abdominal.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreatite | Pressão negativa | síndrome do compartimento abdominal

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 3063

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: VIDEOPANCREATECTOMIA CENTRAL NO TRATAMENTO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO COM ANASTOMOSE PANCREATOGÁSTRICA EM PORTADOR DE GASTROPLASTIA REDUTORA COM BYPASS JEJUNAL EM Y DE ROUX PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE

AUTORES/INSTITUIÇÕES: LEONARDO EMILIO DA SILVA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), RONALDO ELIAS CARNUT REGO (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), MAXLEY MARTINS ALVES (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), LUDMILLA DA SILVA BATISTA (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), ISABELA SUAVINHA JAYME (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS), PHELPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL (ICAD HOSPITAL UNIQUE - GOIANIA - GOIÁS)

RESUMO: PACIENTE 44 ANOS, FEMININO, BRANCA DE GOIANIA, GOIÁS. ANTECEDENTES DE BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE HÁ 12 ANOS. HÁ 2 SEMANAS APRESENTOU DOR EM REGIÃO LOMBAR ESQUERDA E PROCUROU PRONTO SOCORRO ONDE INDICARAM UMA TOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL COM SUSPEITA DE NEFROLITÍASE. O RESULTADO DA TOMOGRAFIA EVIDENCIOU LITÍASE RENAL ESQUERDA SEM OBSTRUÇÃO E UMA LESÃO CÍSTICA NA TRANSIÇÃO CORPO/CABEÇA PANCREÁTICA. APÓS MELHORA DO QUADRO DE CÓLICA NEFRÉTICA, FOI ENCAMINHADA PARA AVALIAÇÃO. EXAME FÍSICO SEM ALTERAÇÃO, ANICTÉRICA E AFEBRIL. SEM QUALQUER QUADRO QUE SUGERISSE PANCREATITE PRÉVIA. APÓS MARCADORES TUMORAIS ESPECÍFICOS NORMAIS E ESTAR APTA CLINICAMENTE INDICAMOS ABORDAGEM CIRÚRGICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA. ENCONTRAMOS LESÃO CÍSTICA EM CORPO/CABEÇA PANCREÁTICA E OPTAMOS PELA RESSECÇÃO CENTRAL COM PRESERVAÇÃO DA CAUDA. REALIZAMOS PANCREATO-GÁSTROANASTOMOSE COM PAREDE POSTERIOR DO ESTÔMAGO EXCLUSO. DRENAMOS A ANASTOMOSE. O TEMPO CIRÚRGICO FOI DE 3 HORAS DE 20 MINUTOS. NÃO APRESENTOU FÍSTULA PANCREÁTICA E FOI REALIMENTADA NO PO 1. PERMANECEU INTERNADA ATÉ PO 3 QUANDO RECEBEU ALTA. O ANATOMOPATOLÓGICO EVIDENCIOU TUMOR NEUROENDÓCRINO DE BAIXO GRAU. ENCONTRA-SE NO PO 10 MESES ASSINTOMÁTICA.

PALAVRAS-CHAVES: TUMOR NEUROENDÓCRINO|PÂNCREAS|TRATAMENTO VIDEOCIRÚRGICO

ÁREA: VIAS BILIARES E PÂNCREAS

CÓDIGO: 3067

FORMA DE APRESENTAÇÃO: VÍDEO

TÍTULO: Pancreatectomia Central Laparoscópica ? Apresentação de Vídeo

AUTORES/INSTITUIÇÕES: Nao informado

RESUMO: Introdução: Paciente feminino, 24 anos, assintomática, sendo encontrada lesão no pâncreas de 59x21mm em USG de rotina. Ao exame físico apresentava massa palpável em epigástrico. Exames laboratoriais sem alterações. RNM evidenciou formação nodular expansiva pancreática sólida, heterogenia com duvidosos focos hemáticos medindo 50x44mm característico de tumor sólido pseudopapilar ou, menos provável, tumor neuroendócrino. Marcadores tumorais normais. Eco-EDA com ducto pancreático sem dilatação e, na topografia do corpo/colo do pâncreas, lesão expansiva de 52x40mm, sendo realizado biópsia. Biópsia mostrou Tumor de Frantz. Indicado pancreatectomia central por videolaparoscopia. Descrição do vídeo: Realizado pneumoperitoneo entre 12-15mmHg e colocação de 5 trocaters sendo 2 em flanco esquerdo, 1 na cicatriz umbilical, 1 no epigastro e 1 em flanco direito. Liberado colon transverso e ângulo hepático para acesso retroperitoneal. Identificado lesão bem delimitada em região de colo pancreático. Dissecado lesão do hilo hepático com necessidade de ligadura de artéria pancreatojejunal. Liberado parede inferior do pâncreas com identificação de veia mesentéria e confecção de túnel até o eixo portoesplnomesentérico. Utilizado grampeador linear para secção do parênquima pancreático entre a cabeça e a lesão distando pelo menos 1 cm de margem. Liberado lesão pancreática da artéria e veia esplenica e seccionado parênquima entre a lesão e corpo utilizando bisturi ultrassonico com identificação de ducto pancreático e secção do mesmo com tesoura fria. Retirado lesão em saco plástico pela incisão de Pfannenstiel. Confecção da anastomose gastropancreática em parede posterior do estômago em 2 planos. Realizado sutura de reforço da linha de grampeamento da cabeça do pâncreas. Revisão da hemostasia e drenagem cavidade com 2 drenos tubulares. Anatomopatológico mostrou tumor sólido-pseudopapilífero do pâncreas com 5,5 cm, extensão neoplásica extra-pancreática presente focal, sem invasão neoplásica angiolinfática ou angiovenosa, e margens cirúrgicas radiais focalmente exíguas. Em seguimento de 6 meses, encontra-se assintomática, sem queixas e com glicemias normais. Exames laboratoriais, de imagem e endoscopia sem alterações. Conclusão: A técnica vídeolaparoscópica mostrou-se segura e menos invasiva, sendo a pancreatectomia central uma alternativa atraente em caso de tumor localizado no istmo, evitando assim ressecções extensas do parênquima que podem evoluir com co-morbidades futuras.

PALAVRAS-CHAVES: Pancreatectomia central|Videolaparoscopia|Tumor de Frantz